

# Actualités en infectiologie

## infections urinaires

### du sujet âgé

**Dr ARLAUD Cyprien**

CHU GRENOBLE ALPES

Mardi 19 mai 2026



# Lien d'interets

- Biomérieux, Pfizer, Advanz pharma, Eumédica

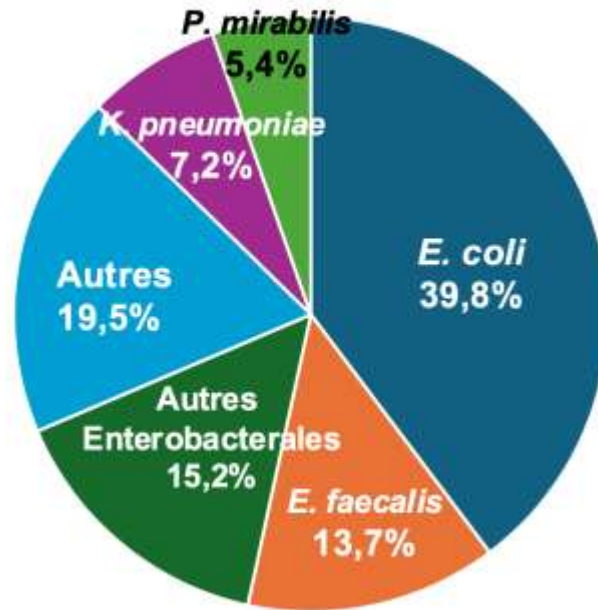


# Epidémiologie (1)

- **IU = 2eme infection communautaire**
- 20% des infections urinaires (> 30 millions d'infections urinaires par an dans le monde)
- 5% des hommes présenteront  $\geq 1$  épisode d'infection urinaire
- Pic épidémiologique : 65 ans
- Spécificité masculine : atteinte prostatique
- Principaux pathogènes impliqués: Enterobacterales ( 85% E. coli +++)
- Traitement de référence actuels: fluoroquinolones (FQ) et cotrimoxazole (TMP-SMX)

# Epidémiologie (2)

## Données épidémiologiques des espèces bactériennes responsables d'IUM communautaires en France



*E. coli* est l'uropathogène majoritaire mais dans seulement 40% des infections

- services d'urgences de 15 centres hospitaliers entre 2019 et 2023
- groupement de LBM privé et de la mission nationale PRIMO
- et à partir de AntibioClic entre 2017 et 2024.

Données agrégées

- des laboratoires de bactériologie des services d'urgences de CH (Rennes, Nantes, Grenoble, Limoges, Tours, Caen, Besançon, Henri-Mondor et du Kremlin-Bicêtre, Versailles, Foch, Saint-Joseph, Mantes-la-Jolie et Antibes, Bégin)
- du groupement de LBM Atoutbio (Meurthe, Moselle, Vosges)

Taux de résistance aux C3G chez les hommes de plus de 65 ans en EHPAD : évalué à 15-18% chez *E. coli* et 32-36% chez *K. pneumoniae* (données PRIMO)

# Ne sont pas traitées dans cette mise à jour les infections urinaires :

- de l'enfant
- de l'immunodéprimé
- **des patients sondés**
- **des patients neurolésés**
- **chroniques/récidivantes**
- **nosocomiales**



# La cystite existe chez l'homme

- **Diagnostic = Signes cliniques locaux, diversement associés, d'apparition ou d'aggravation aiguë:**
  - brûlures urétrales per-mictionnelles, polakiurie, urgenturie, dysurie, nycturie, douleur de l'hypogastre. Une hématurie macroscopique peut être associée.
- **Et absence de fièvre**
- **Et absence de douleurs lombaires spontanées ou provoquées**
- **Et ECBU positif**
- ECBU = seul examen complémentaire recommandé pour confirmer le diagnostic de cystite de l'homme.
- **En présence d'une rétention aiguë d'urines, sans signe clinique associé d'infection urinaire ou de sepsis sans autre cause,**
  - il est indiqué de drainer les urines, mais il n'est pas recommandé de réaliser un ECBU, ni de traiter une colonisation urinaire.

# Antibiothérapie de la cystite de l'homme

## Antibiothérapie probabiliste

- **En 1ère intention**

Fosfomycine-trométamol

- **En 2ème intention**

Nitrofurantoïne (sauf si DFG connu < 45 mL/min)

Pivmécilinam

- **En cas de colonisation ou d'infection urinaire connue dans les 3 derniers mois, choisir un antibiotique préconisé et actif si antibiogramme disponible.**

L'antibiotique préconisé en probabiliste doit être poursuivi si l'uropathogène y est sensible et que la tolérance est bonne. Dans le cas contraire, l'antibiothérapie doit être adaptée comme suit, En cas d'infection à Enterobacterales produisant une BLSE, les traitements préconisés sont identiques si sensibilité confirmée.

## Antibiothérapie documentée

- **En 1ère intention, par ordre alphabétique**

Fosfomycine-trométamol : une dose de 3 g à J1, à J3 et à J5

Nitrofurantoïne : 100 mg x 3/jour pendant 7 jours (sauf si DFG connu < 45 ml/min)

Pivmécilinam: 400 mg x 3/jour, pendant 7 jours

Triméthoprime: 300 mg x 1/jour pendant 7 jours

- **En 2ème intention, par ordre préférentiel**

Amoxiciline 1g x 3/jour par voie orale pendant 7 jours

Triméthoprime-sulfaméthoxazole 160/800 mg x 2/jour pendant 7 jours

Amoxiciline-ac. clavulanique 1g x 3/jour par voie orale pendant 7 jours

# Place de l'ECBU...

- Nombre d'ECBU réalisés chaque année en France est en constante augmentation
  - Car même chez un patient asymptomatique, un ECBU est souvent prescrit sans justification argumentée.
- En France, près de 7 à 9 millions d'ECBU sont réalisés chaque année,
  - **Examen le plus prescrit !**
  - **Coût de 180 millions d'euros par an pour la sécurité sociale.**

## ...Colonisation urinaire

- **Présence d'une bactériurie sans manifestation clinique associée qui pourrait faire évoquer une infection urinaire telle que la fièvre ou des brûlures en urinant.**
- **Pas de seuil validé de bactériurie sauf en cas de grossesse ( $\geq 10^5$  cfu/mL)**
- **Chez les patients âgés de plus de 70 ans**
  - 16% chez les femmes
  - 19% chez les hommes.
- **Prévalence de la colonisation urinaire chez les personnes portant une sonde urinaire à demeure > 3 mois est proche de 100%**

# Place de l'ECBU avant une prise en charge urologique chirurgicale ou interventionnelle chez l'adulte et modalités de traitement en cas de colonisation

- En cas de colonisation urinaire et d'indication au traitement antibiotique
  - il est recommandé de mettre en place un traitement antibiotique adapté, indépendamment de la quantité du microorganisme isolé (Grade AE).
- Lorsqu'une antibiothérapie est indiquée, celle-ci sera débutée 48 heures avant le geste chirurgical et sera poursuivie au minimum à J0 et au maximum 48 heures après le geste, soit un total de 3 à 5 jours de traitement péri-opératoire (Grade C).

**R4.** Chaque fois que possible, et même en présence de bactéries multirésistantes (entérobactériales productrices de BLSE ou de carbapénèmes, *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, ...), l'usage de molécules simples d'utilisation, efficaces (actives d'après les résultats de l'antibiogramme et avec une bonne diffusion dans l'urine), peu pourvoyeuses d'effets indésirables et à faible impact écologique est recommandé en privilégiant les traitements per os (Grade AE). Il est recommandé donc d'utiliser pour le traitement de la colonisation urinaire peri-opératoire (ordre alphabétique) :

- En 1<sup>ère</sup> intention : Fosfomycine-trométamol (J-2 / J0), Nitrofurantoïne, Pivmécillinam, et Triméthoprime ;
- En 2<sup>ème</sup> intention : Amoxicilline, Cotrimoxazole ;
- En 3<sup>ème</sup> intention : Amoxicilline + acide clavulanique ;
- En 4<sup>ème</sup> intention : Fluoroquinolones ; Céfixime ;
- En 5<sup>ème</sup> intention : Autres antibiotiques.

INDICATION DE L'ECBU AVANT UNE PRISE EN CHARGE UROLOGIQUE INTERVENTIONNELLE OU CHIRURGICALE

Acte interventionnel ou chirurgical	Indication d'un ECBU préopératoire (Référence) (niveau de preuve) / grade de la recommandation
<b>ECBU indiqué</b>	
Résection transurétrale de prostate (RTUP)	Oui / [EIMalik et al. 2000] (NP2) / Grade B
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : énucléation (laser holmium [HoLEP], laser thulium [ThuLEP], laser greenlight [GreenLEP], bipolaire [BiPOLEP])	Oui / Grade AE
Résection transurétrale de la vessie (RTUV)	Oui / [Kobnda et al. 2019] (NP4) [Kutchukian et al. 2024] (NP3) / Grade C
Cure de jonction pyélo-urétérale	Oui comme JJ -> cf. recommandations du CLAFU [Bev et al. 2021]
Uréthroplastie	Oui / [Noble et al. 2022] (NP4) / Grade C
Uréthroplastie	Oui / Grade AE
Uréteroscopie diagnostique et/ou thérapeutique	Oui / [Marov et al. 2015] (NP2) [Schm et al. 2013] (NP4) / Grade B -> Cf. recommandations du CLAFU [Raxnal et al. 2023]
Uréthrotomie	Oui / [Noble et al. 2022] (NP4) / Grade C
Montée ou changement de sonde de néphrostomie, mono J ou JJ	Oui / cf. Reco AFU 2021
Néphrolithotomie percutanée	Oui / Grade A, et si possible urine pyélique : [Yang et al. 2022] (NP4) [Amier et al. 2022] (NP4) / Grade C -> cf. recommandations du CLAFU [Abid et al. 2023]
Bilan urodynamique	Oui / Accord fort d'après [Egrot et al. 2018]
<b>ECBU non indiqué</b>	
Prostatectomie totale	Non / [Bourzi et al. 2025b] (NP4) / Grade C
Adénomectomie chirurgicale	Non / Grade AE
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : pose d'implant intraprostatique (UROLIFT) et embolisation des artères prostatiques	Non / Grade AE
Biopsie de la prostate par voie trans-périnéale	Non -> cf. recommandations du CCAFU [Ploissard et al. 2022]
Biopsie de prostate par voie transrectale	Non -> cf. recommandations du CLAFU [Bruyere et al. 2021]
Cystectomie susrigonale partielle ou totale, quel que soit le mode de dérivation	Non / [Haider et al. 2019] [Kyoda et al. 2010] (NP4) / Grade C
Cystoscopie	Non / [Herr 2012b] [Herr 2013] [Herr 2015] [Herr 2016] (NP3 -> NP2 car plusieurs études consécutives) / Grade B
Cure d'incontinence urinaire : implantation d'un sphincter urinaire artificiel	Non / [Kavoussi et al. 2017] (NP4) / Grade C
Insufflations thérapeutiques endovésicales (BCG, chimiothérapie anticancéreuse, acide hyaluronique, chondroïtine sulfate, ...)	Non / [Bourzi et al. 2025a] (NP4) [Herr 2012a] [Herr 2012b] [Herr 2013] [Herr 2016] [Herr 2020] (NP2) / Grade B
Neuromodulation des racines sacrées	Non / Grade AE
Néphrectomie partielle, totale	Non / [Bruyere et al. 2025] (NP3) [Ayoub et al. 2024] (NP4) / Grade C
Surrénalectomie	Non / Grade AE
Embolisation des artères rénales	Non / Grade AE
Biopsie rénale ou thermoablation de tumeur rénale	Non / Grade AE
Pose ou changement de cathéter de dialyse intrapéritonéale	Non / Grade AE
Uréthrocyctographie rétrograde	Non / Grade AE
Pose d'implant pénien	Non / [Kavoussi et al. 2017] (NP4) / Grade C
Pose de prothèse testiculaire	Non / Grade AE
Chirurgie scrotale ou du pénis sans prothèse	Non / Grade AE
Injection de toxine botulique A	Non / Grade AE
Pose, ablation ou changement de sonde vésicale, cathéter suspubien	Non / Grade AE
Radiothérapie curi-thérapeutique	Non / Grade AE
Pose de fiduciaires dans la prostate	Non / Grade AE
<b>Le groupe de travail ne se prononce pas</b>	
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : thermothérapie à la vapeur d'eau	Pas de consensus
Ultrasons focalisés (HIFU)	Pas de consensus
Cure de prolapsus chez la femme ou Cure d'incontinence urinaire - chez la femme et chez l'homme	Pas de consensus
Injection de macroplastie	Pas de consensus
Transplantation rénale	Pas de consensus
Lithotripsie extra-corporelle	Pas de consensus



# Infections urinaires fébriles de l'homme

## Prostatite aiguë

- Diagnostic: association des signes cliniques de cystite, de fièvre et d'un ECBU positif.
- TR n'est recommandée qu'en cas de doute diagnostique entre cystite, prostatite et pyélonéphrite.
- **PSA n'est pas recommandé** pour le diagnostic de prostatite, ni pour décider d'un traitement antibiotique ni pour le suivi d'un patient traité.
- L'évaluation de la fonction rénale, le dosage des marqueurs inflammatoires et le prélèvement d'hémocultures ne sont pas recommandés de manière systématique dans les prostatites aiguës communautaires prises en charge en ville et en l'absence de comorbidités à risque d'insuffisance rénale aiguë

## Pyélonéphrite aiguë

- Diagnostic: association de fièvre, de douleurs lombaires spontanées ou à l'ébranlement et d'un ECBU positif.

# Antibiothérapie probabiliste d'une infection urinaire fébrile de l'homme (1)

- *Pas de sepsis, ni choc septique*
- *Pas d'ATCD d'infection ou de colonisation à Enterobacterales résistant aux C3G dans les 3 derniers mois*
- **Si traitement initié en ambulatoire**
  - **Ceftriaxone IV ou SC** ou ciprofloxacine ou lévofloxacine par voie orale en l'absence de prises de fluoroquinolones dans les 6 derniers mois et si l'efficacité de la voie orale n'est pas compromise (nausées, vomissements, malabsorption, observance incertaine...)
- **Si traitement initié en milieu hospitalier**
  - **Céfotaxime IV ou ceftriaxone IV ou SC**

# Antibiothérapie probabiliste d'une infection urinaire fébrile de l'homme (2)

- *ATCD d'infection ou de colonisation à Enterobacterales résistant aux C3G dans les 3 derniers mois*
- **Si antibiogramme disponible et selon sensibilité:**
  - Traitement initié en ambulatoire : ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine par voie orale
  - Traitement initié en milieu hospitalier ou résistance aux fluoroquinolones
    - Céphalosporinase hyperproduite :
      - céfépime
    - BLSE: par ordre préférentiel:
      - témociline, pipéraciline/tazobactam, céfoxitine (seulement si E. coli ou Proteus) ou sinon imipénème ou méropénème, ertapénème
- **Si antibiogramme non disponible**
  - Céfotaxime IV ou ceftriaxone IV ou SC + amikacine 1 dose unique IV

# Antibiothérapie de relai d'une infection urinaire fébrile de l'homme (1)

- *Relai oral possible (pas de contre-indication et bactérie sensible)*
- **Pyélonéphrite aiguë**
  - amoxiciline, TMP-SMX, amoxiciline-acide clavulanique, FQ (ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine), céfixime.
- **Prostatite aiguë**
  - TMP-SMX, FQ (ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine).
  - Si résistance ou contre-indication à TMP-SMX et fluoroquinolones :
    - Fosfomycine-trométamol ou bêta-lactamine (après au moins 5 jours de traitement par voie parentérale), par ordre préférentiel : amoxiciline, amoxiciline-acide clavulanique, céfixime.

# Antibiothérapie de relai d'une infection urinaire fébrile de l'homme (2)

- *Pas de relai oral possible (bactérie résistante ou contre-indication)*
  - Enterobacterales sensible aux céphalosporines de 3ème génération
    - céfotaxime ou ceftriaxone IV ou SC
  - Enterobacterales résistant aux céphalosporines de 3ème génération
    - céphalosporinase hyperproduite :
      - céfépime
    - BLSE, par ordre préférentiel:
      - témocilline, pipéracil line-tazobactam, céfoxitine (uniquement si E. coli ou Proteus), imipénème ou méropénème ou ertapénème.

# Durée du traitement

- **Pyélonéphrite aiguë**

- 7 jours, si le traitement comporte: beta-lactamines par voie parentérale et/ou fluoroquinolones et/ou TMP-SMX
- 10 jours sinon
- 5 jours si amikacine exclusivement

- **Prostatite aiguë**

- 14 jours



# Conclusion

- **La cystite existe chez l'homme**
- **Son traitement est de 7 jours, avec antibiotiques utilisés pour traiter la cystite de la femme**
- **Epidémiologie: *E. coli* est l'uropathogène majoritaire mais dans seulement 40% des infections**
- **La diffusion des bêta-lactamines dans le compartiment extracellulaire prostatique est favorable**
- **Leur utilisation pour traiter, en 2<sup>ème</sup> intention, les prostatites aiguës est possible**
- **Durée de traitement prostatite aiguë: 14 jours**

# Bibliographie

- Laufaurie M. Infections urinaires masculines : recommandations SPILF 2026 [Internet]. Paris: SPILF; 2026 [cité 2026 May 14]. Disponible sur: PDF recommandations SPILF 2026
- Nouvelles recommandations sur les infections urinaires masculines : qu'en retenir ? MediQuality [Internet]. 2026 [cité 2026 May 14]. Disponible sur: MediQuality – infections urinaires masculines 2026
- Comité des Pratiques Professionnelles de l'AFU (CPP-AFU), Comité d'Infectiologie de l'AFU (CIAFU). Place de l'ECBU avant une prise en charge urologique chirurgicale ou interventionnelle chez l'adulte et modalités de traitement en cas de colonisation : synthèse. Paris: Association Française d'Urologie; 2026 Jan.



# Hygiène Buccodentaire en EHPAD

Nathalie WEIL, Pharmacien hygiéniste à Valence  
[nweil@ch-valence.fr](mailto:nweil@ch-valence.fr)



# La réalité du terrain

- La probabilité de recours au chirurgien-dentiste est diminuée d'un quart lorsque les personnes âgées sont institutionnalisées par rapport aux personnes âgées vivant à domicile.
- Parmi les résidents en EHPAD, on estime que 35% à 50% des résidents souffrent de pathologies dentaires et bucco-dentaires.

# Quelles sont les recommandations?

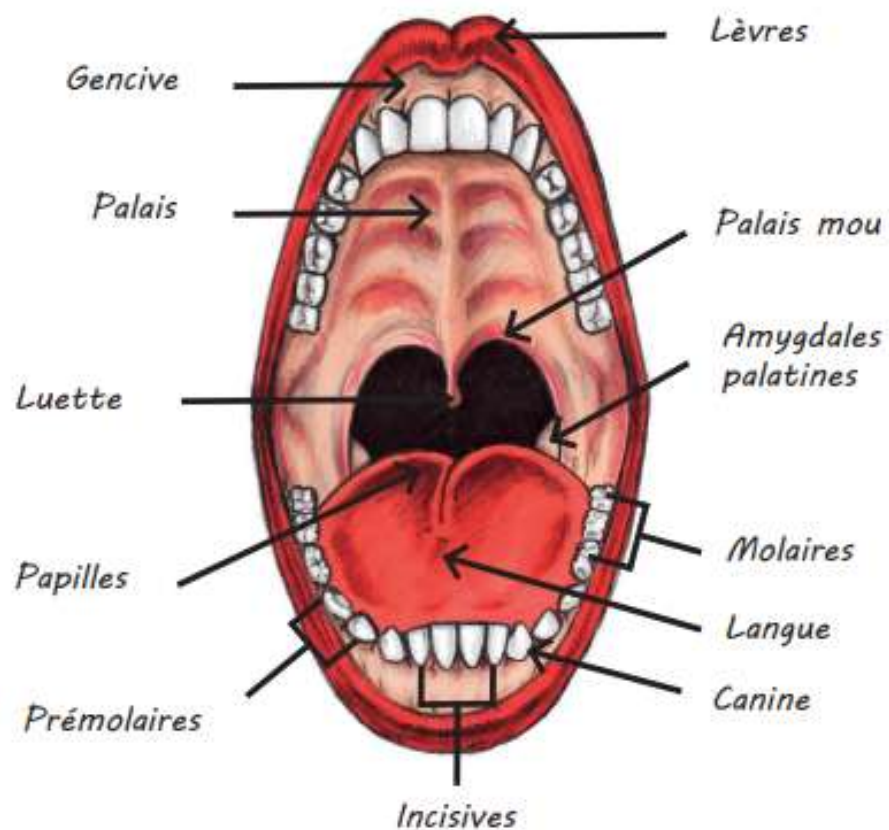


- OMS : Déclaration de Bangkok 2024 « No Health Without Oral Health »
- Recommandations HAS (2010): [Microsoft Word - Synthèse - Stratégies de prévention de la Carie Dentaire.doc](#)
  - Personnes hébergées: évaluation initiale du risque carieux à l'entrée dans l'établissement (personnel soignant formé); bilan bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste.
  - Participation active des personnels aidants au maintien d'une bonne hygiène bucco-dento-prothétique.
  - Actions complémentaires peuvent être envisagées (développement de structures consacrées aux soins spécifiques).

# Quels sont les moyens à disposition?

- La Stratégie Nationale de Santé propose d'encourager l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- Le Plan National de Santé Publique retient 25 mesures phares dont :  
"Organiser les soins bucco-dentaires en EHPAD."
- La nouvelle convention nationale des Chirurgiens-Dentistes signée le 21/07/23 prévoit une approche plus préventive de la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en établissements avec l'instauration **d'un bilan dentaire spécifique lors de l'entrée dans ces établissements.**
- Depuis le 01/01/2025, les résidents doivent bénéficier d'un bilan dentaire spécifique (examen bucco-dentaire pris en charge par la CPAM) lors de leur entrée en EHPAD.

# La bouche et sa flore



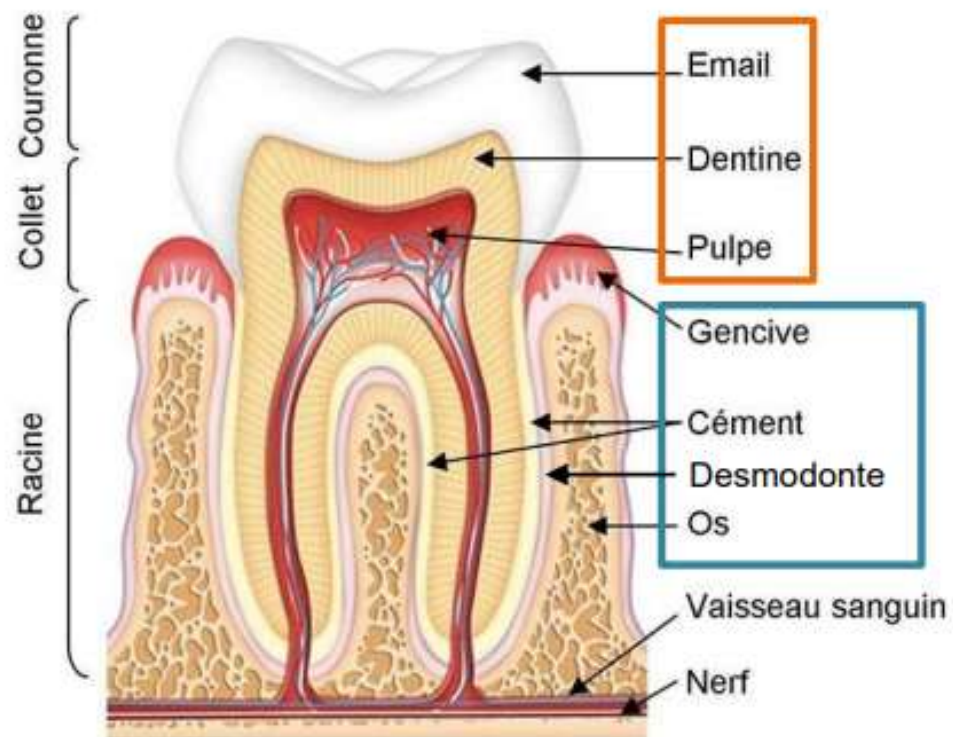
## Flore bucco-dentaire

La cavité buccale renferme un écosystème complexe. Quatre sites sont à distinguer :

- Salive : plus de 500 micro-organismes !
- Langue : prédominance de streptocoques
- Muqueuse gingivale : prédominance de streptocoques, mais aussi anaérobies, spirochètes...
- Zone de jonction dent/gencive : flore anaérobie

Cette flore évolue tout au long de la vie. A l'état d'équilibre, elle limite l'implantation de bactéries exogènes.

# Les pathologies dentaires des personnes âgées



- Deux grandes pathologies d'origine bactérienne
  - Les caries
  - Les maladies parodontales



**COUPER**  
8 INCISIVES  
(4 en haut – 4 en bas)  
qui ont une  
seule racine



**DÉCHIQUETER**  
4 CANINES  
(2 en haut – 2 en bas)  
qui ont une  
seule racine

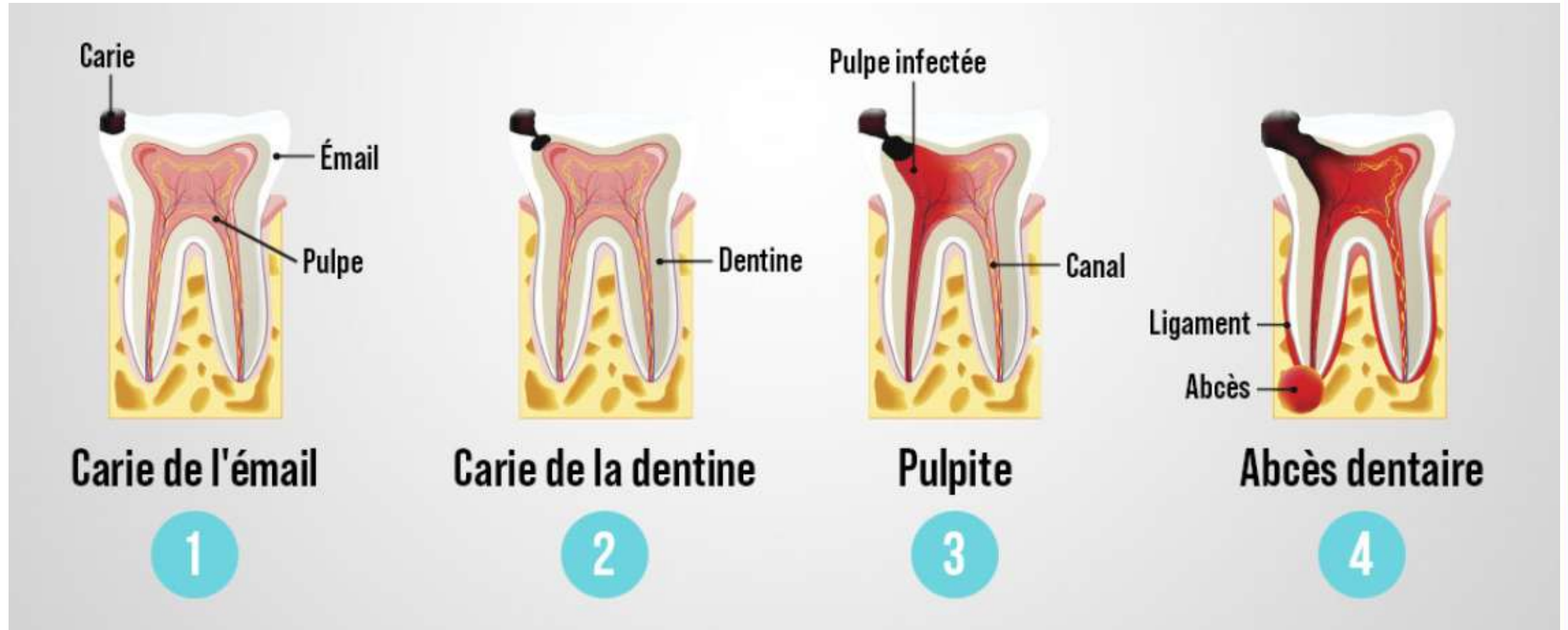


**ÉCRASER/BROYER**  
8 PREMOLAIRES  
(4 en haut – 4 en bas)  
qui peuvent  
avoir deux racines













**ÉCRASER/BROYER**  
12 MOLAIRES  
(6 en haut – 6 en bas)  
Les inférieures  
qui ont deux racines  
Les supérieures  
trois racines

# Les caries et conséquences



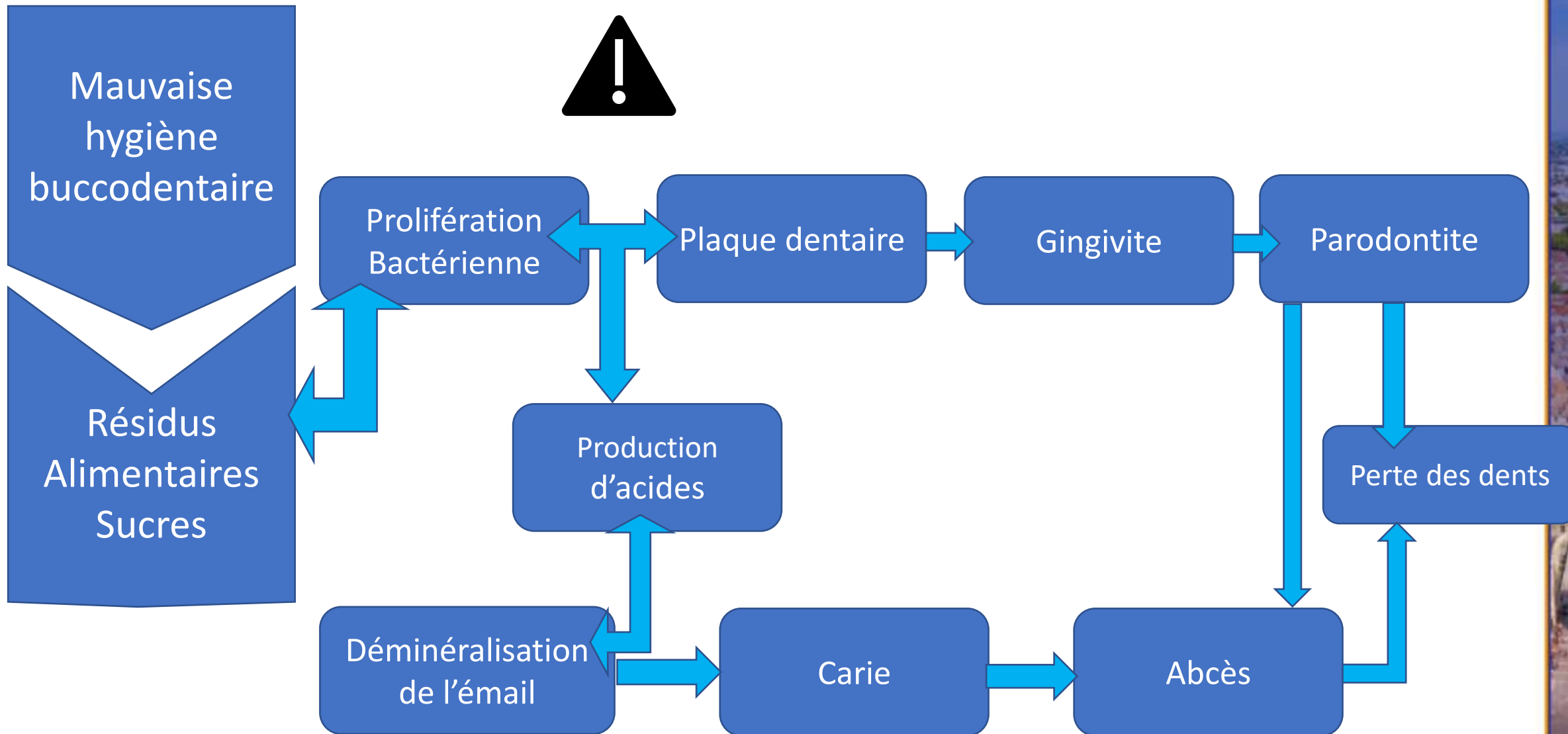
# Les Gingivites et conséquences

Correspondance des indices sur votre santé gingivale				
Indice 0	<b>DENT ET GENCIVE SAINE</b>	Pas de poche Pas de saignement au sondage Pas de tartre		
Indice 1	<b>GINGIVITE</b>	Présence de tartre Saignement au sondage		
Indice 2	<b>PARODONTITE INITIALE</b> Début de destruction osseuse	Présence de tartre Saignement au sondage Poches entre 3 et 6 mm		
Indice 3	<b>PARODONTITE AGGRAVÉE</b> Destruction osseuse avancée	Identique à l'indice 2 Poches entre 6 à 9 mm avec des récessions gingivales		
Indice 4	<b>PARODONTITE TERMINALE</b> Mobilité avancée	Identique à l'indice 3 Poches quasiment sur la totalité de la longueur des racines		 <b>PERTE DES DENTS</b>

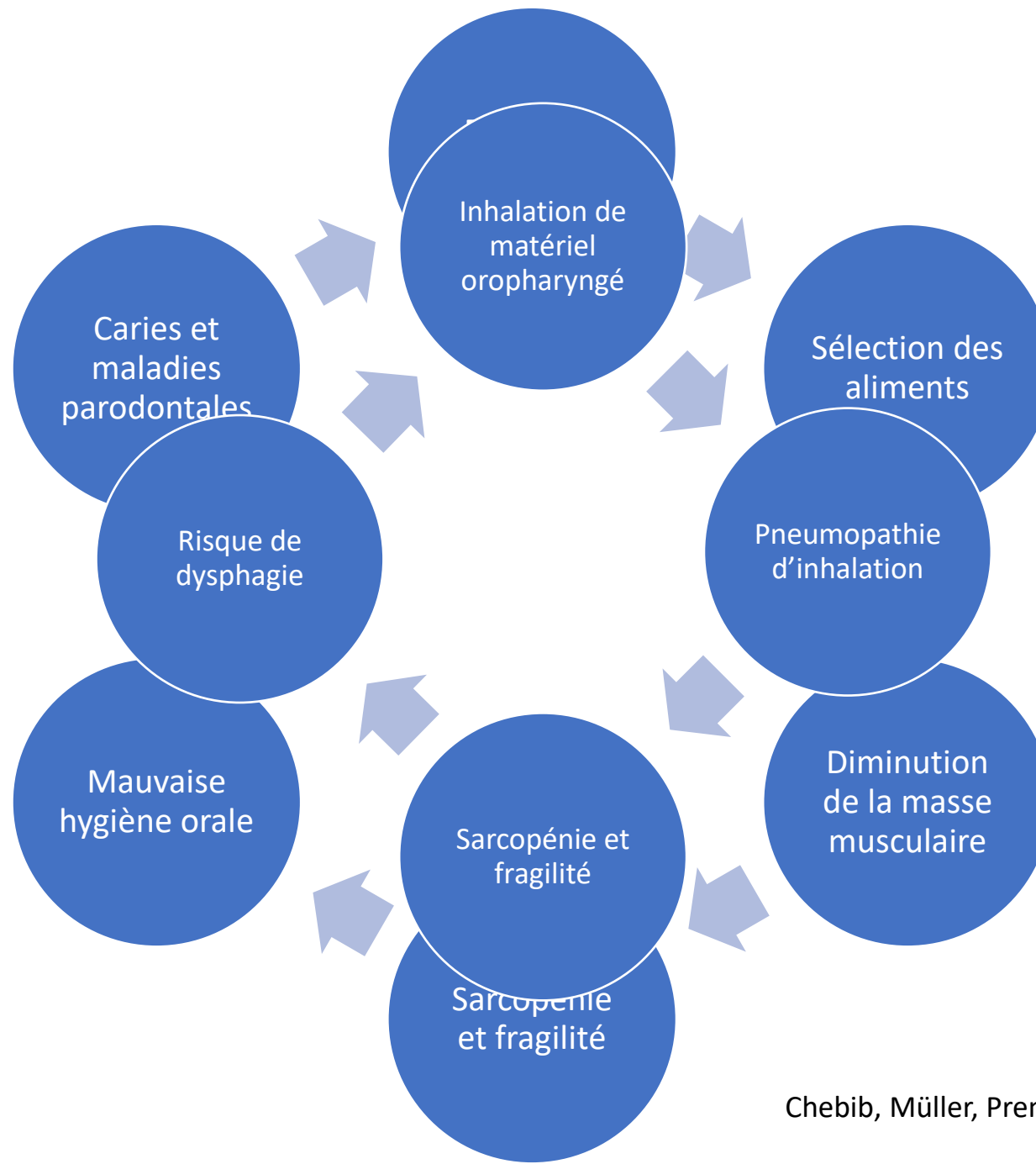
- **Alerte** : saignement au brossage
- **Responsable** : le biofilm formé par les bactéries soit la plaque dentaire
- **Lutte contre la plaque dentaire** : brossage des dents 2X/J 2 min ET nettoyage de l'espace interdentaire à la brossette
- Le détartrage régulier et le polissage des dents diminuent aussi l'adhésion bactérienne.

*«Au collet de la dent, une fine membrane attache celle-ci à la gencive. Si un brossage n'élimine pas suffisamment les bactéries, elles vont se multiplier, favoriser l'arrivée d'autres bactéries»*

Pr Martine Bonnaure-Mallet, odontologue et microbiologiste (CHU et Inserm Rennes).



# Cercle vicieux du déclin fonctionnel chez la personne âgée



# La pneumopathie d'inhalation et ses facteurs de risques

## 1/ Troubles de la vigilance

- Pathologies neurologiques: AVC, épilepsie, traumatisme crânien...
- Syncopes et arrêt cardiorespiratoire
- **Médicaments**: anesthésies générales, drogues, toxiques...

## 2/ Troubles de la déglutition

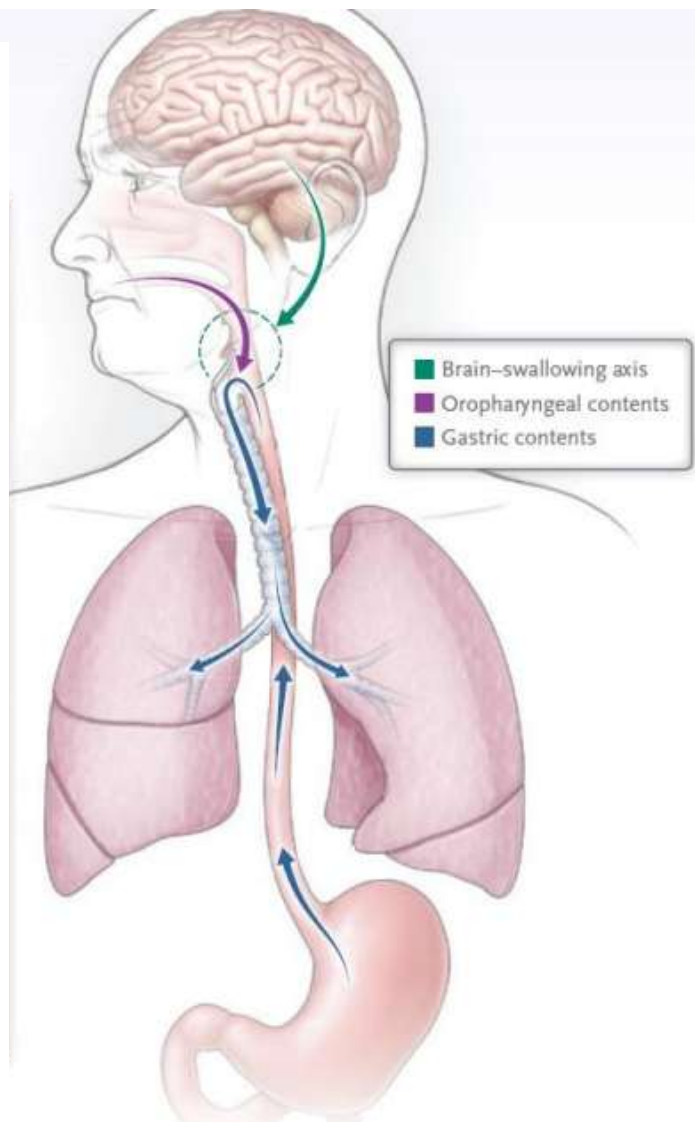
- Maladies neurodégénératives, **AVC**, lésions encéphaliques
- Maladies neuromusculaires
- Lésions ORL, **dysphagie**, médicaments, BPCO, sarcopénie

## 3/ Altération réflexes (toux/nauséux)

- Médicaments (Anesthésie locale, opiacés...)
- **Maladies neurodégénératives**
- SNG, lésion neurologique bulbaire ou ORL

## 4/ Fact favorisant le reflux gastrique

- **RGO**, hernie hiatale
- SNG et nutrition entérale
- Constipation, iléus, hyperpression abdo, médicaments



- **Pneumopathie** : conséquences d'une interaction entre hôte et inoculum conduisant à une inflammation et des lésions tissulaires
  - Pneumopathies chimiques
  - Pneumopathies d'inhalation
- **Pneumopathies d'inhalation** : inhalation de matériel en provenance des voies oropharyngées ou gastrointestinales supérieures dans le tractus respiratoire

Mandell, NEJM 2019

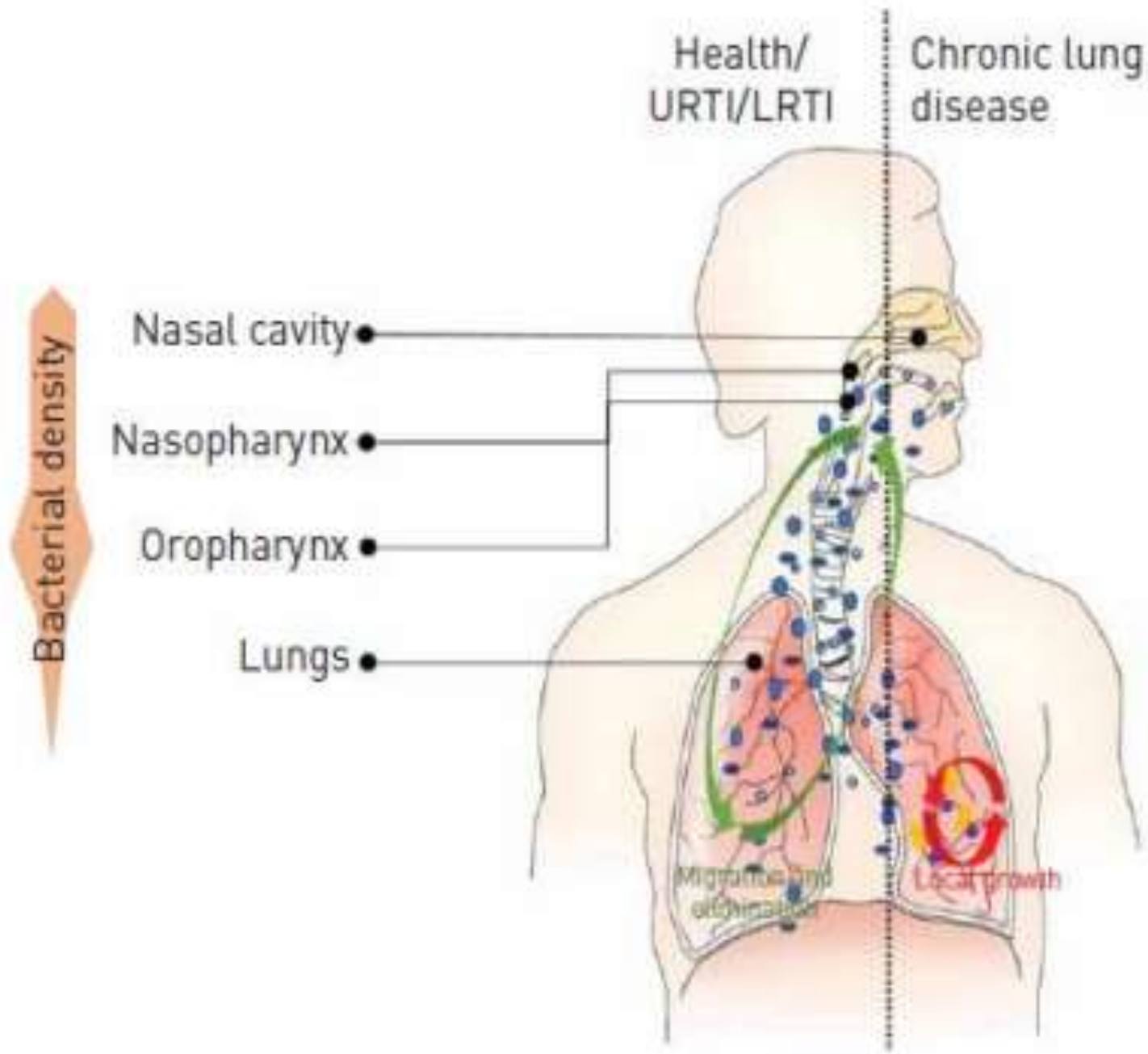
# Colonization

A Reservoir of Acquired Pneumonia

Etude de colonisation bactérienne dentaire pour pneumonie à l'hôpital :

- 45% *Staphylococcus aureus*
- 42% bactéries anaérobies
- 13% *Pseudomonas aeruginosa*

Correspondance entre les patients et de la plaque dentaire LBA.



organisms and  
er people in  
ic review

*nzae, K.*  
et *Candida*  
mucal  
vaise hygiène  
opathie par  
els  
esure efficace  
organismes

# Quels sont les risques liés à une mauvaise hygiène buccodentaire ?

- Associés aux risques de décès liés à une pneumopathie
  - Maladie parodontale
  - Microbiote lingual
  - Et absence de retrait du dentier la nuit
- Un décès sur 10 par pneumopathie chez les personnes âgées vivant en EHPAD pourrait être prévenu par des soins buccodentaires
- Méta analyse
  - Des soins oraux réguliers réalisés par du personnel spécialisé réduiraient la mortalité par pneumopathie acquise à l'hôpital, RR=0.43
  - Des soins oraux réalisés par des soignants ne montraient aucun résultat

# Prévention des pneumopathies inhalation que peut-on faire?

Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients: a narrative review

Leonor Pássaro<sup>1</sup>, Stephan Harbarth<sup>1</sup> and Caroline Landelle<sup>1,2,3\*</sup>

- Hygiène orale : évaluation état buccodentaire; hygiène buccodentaire et de la langue, enlever le dentier pour dormir
- Prévention de l'inhalation et de la dysphagie : post AVC, orthophoniste, évaluation de la déglutition, attention sur certains médicaments
- Positionnement lors du repas
- Textures adaptées
- Hygiène des mains
- Prévention des infections virales par la vaccination

## BIEN INSTALLÉ POUR MANGER EN SÉCURITÉ

Les troubles de la déglutition, c'est à dire les difficultés pour avaler, se manifestent par des fausses routes et peuvent entraîner des infections pulmonaires.

Il est donc primordial de savoir s'installer pour le repas, de respecter les régimes prescrits. En cas d'apport alimentaire extérieur, les soignants doivent être prévenus et éventuellement surveiller le repas.

ASSIS LE DOS DROIT

PIEDS ANCRÉS DANS LE SOL

PENSER AUX COUSSINETS / ROUDINS POUR BIEN STABILISER LA PERSONNE

DANS LE LIT, LE DOSSIER RELEVÉ AU MAXIMUM

AU LIT, SI MATELAS À AIR, METTRE EN DUR QUAND LA PERSONNE MANGE

Tête inclinée vers l'avant

ENCOURAGER LE RÉSIDENT À MANGER SEUL

ENVIRONNEMENT CALME

ÉTEINDRE LA TÉLÉVISION

**TOUX = DANGER**  
Alerter le personnel soignant

Adopter la posture aux limitations physiologiques : position du torse, bras sur l'adaptable ou la table

Accessoires adaptés

Sonnette à portée de main

Médicaments sous forme adaptée

Plateau préparé

ADAPTER LES SENSATIONS ET LES CONSISTANCES

AUGMENTER LES STIMULATIONS SENSITIVES



TEXTURES ADAPTÉES



BOISSONS ADAPTÉES



ÉVITER DE...

BOIRE OU MANGER LA TÊTE EN EXTENSION (pas de verre "canard")



INGÉRER EN MÊME TEMPS DES SOLIDES ET DES LIQUIDES



BOIRE OU MANGER EN FAISANT AUTRE CHOSE



BOIRE OU MANGER ALLONGÉ



CONSOMMER DES ALIMENTS FACTEURS DE FAUSSES ROUTES



## 4/ L'HYGIÈNE BUCCO-DENTO-PROTHÉTIQUE

- Mettre en place le repérage et le dépistage dès l'entrée en EHPAD (et même avant)
- Vérifier régulièrement l'état bucco-dentaire des résidents (mycose, aphte, ...)
- Boire un verre d'eau après chaque repas
- Soins de bouche quotidien et à adapter en fonction de l'état bucco-dentaire du patient (a minima le soir)



Boîte à outils Hygiène Bucco-dentaire PRIMO



- Brosse à dents à poils souples ou électrique
- Avec un dentifrice fluoré, non moussant
- En cas d'appareil dentaire :

- Vérifier régulièrement l'adaptation des prothèses
- Entretien quotidien à l'eau et au savon
- Ne pas laisser tremper l'appareil toute la nuit



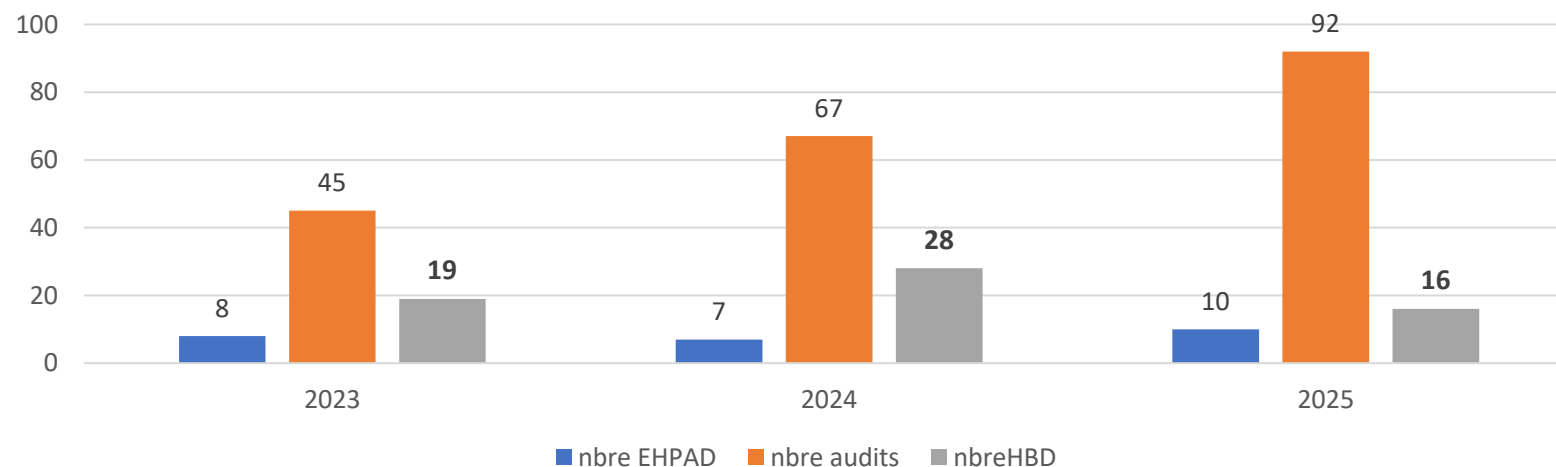
Outils mnémotechniques pour un brossage efficace

- Programme d'amélioration de l'état bucco-dentaire des résidents en établissement médico-social [Programme HBD.pdf](#)
  - Formation de formateurs (EMH/EOH) : pilotage CPIAS
  - Indicateurs EMS
  - Organisation d'ateliers de formation des professionnels dans les EMS par EMH/EOH
- [Hygiène bucco-dentaire - Outils de formation VDEF](#)
  - Tableaux synthétiques des différents outils référencés par les CPIAS
    - Évaluation de l'état bucco-dento-prothétique
    - Formations aux pratiques d'hygiène buccodentaire au quotidien : vidéos, des jeux
    - Flyers d'information famille
- Appels à projets ARS (ex: ARA)
  - le dépistage : diagnostic – orientation,
  - la prise en charge curative : soins conservateurs, chirurgie, réadaptation de prothèses dentaires.
- Associations de dentistes
  - Bilans buccodentaires
  - Soins basiques
  - Formation des professionnels



# Réalité des pratiques

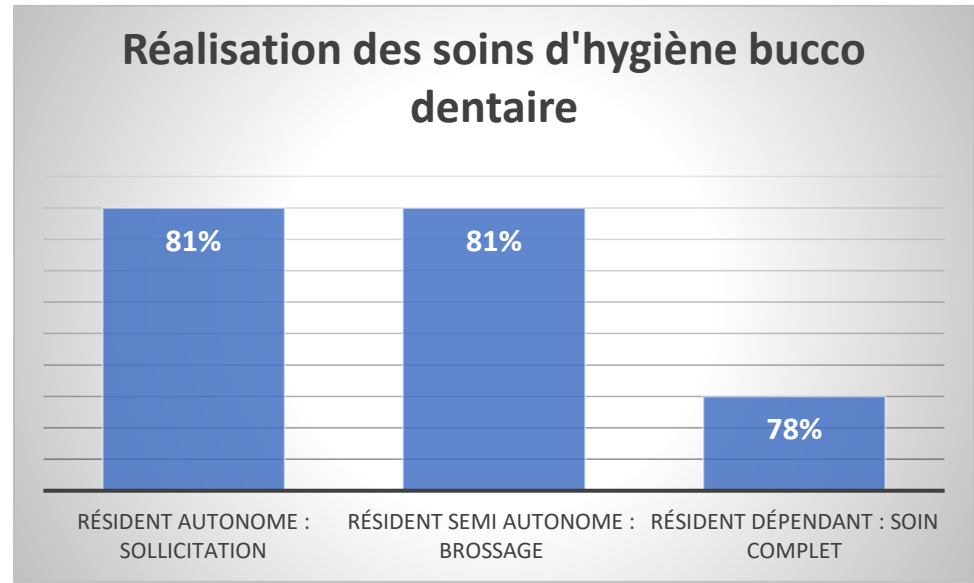
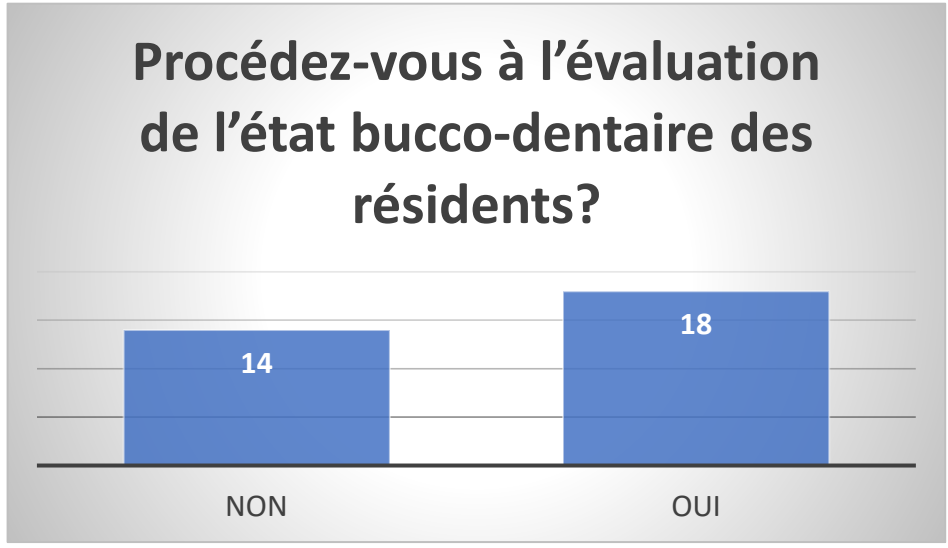
- 204 audits PS dans la toilette réalisés entre 2023 et 2025:
  - 25 établissements.
  - 17,4 % à 42 % d'observation d'Hygiènes BuccoDentaires
  - A interpréter avec prudence: observation de toilettes au lit





# Réalité des pratiques

- Audit réalisé dans le cadre d'un mémoire DU Hygiène
  - 33 professionnels audités
    - 29 AS et FFF
    - 4 IDE





# Merci de votre écoute

Remerciements à

- Pr Virginie Prendki, Genève GInGer
- Pr Claire Roubaud-Baudron, Bordeaux GInGer
- Dr Thibaut Fraise, Alès GInGER

