



# Quels examens microbiologiques pour quelles situations ?

## Bon usage Diagnostique

Dr Nicolas Blondiaux,  
Dr Pauline THILL

D'après le diapo du groupe BUD BUA de la SPILF  
et la présentation initiale au séminaire de Paris du Pr Nathan Peiffer Smadja et du Dr Mathilde Neuville

# Les enjeux

Mieux utiliser des outils diagnostiques de plus en plus variés

- Panels de PCR
- Point of care

Eviter les effets collatéraux

- iatrogénie
- incidentalomes
- dépenses inutiles

Un des leviers du mésusage des antimicrobiens

- un résultat positif doit-il toujours conduire à un traitement ?

# Les difficultés

- Multiplication des outils diagnostiques
- Manque de formation concernant leurs indications, leur utilisation et leurs limites
- Faire évoluer les recommandations d'utilisation au même rythme que la modernisation des outils diagnostiques => "Bon Usage Diagnostique"

## UNNECESSARY TESTS AND PROCEDURES IN THE HEALTH CARE SYSTEM

Figure 1: Do you think the frequency of unnecessary tests and procedures in the health care system is a...

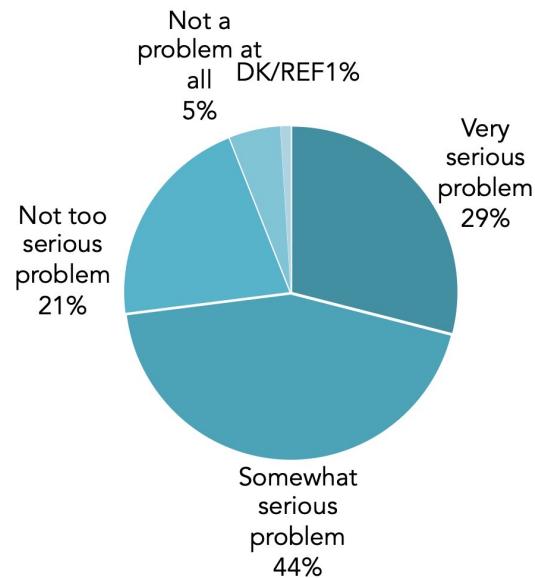
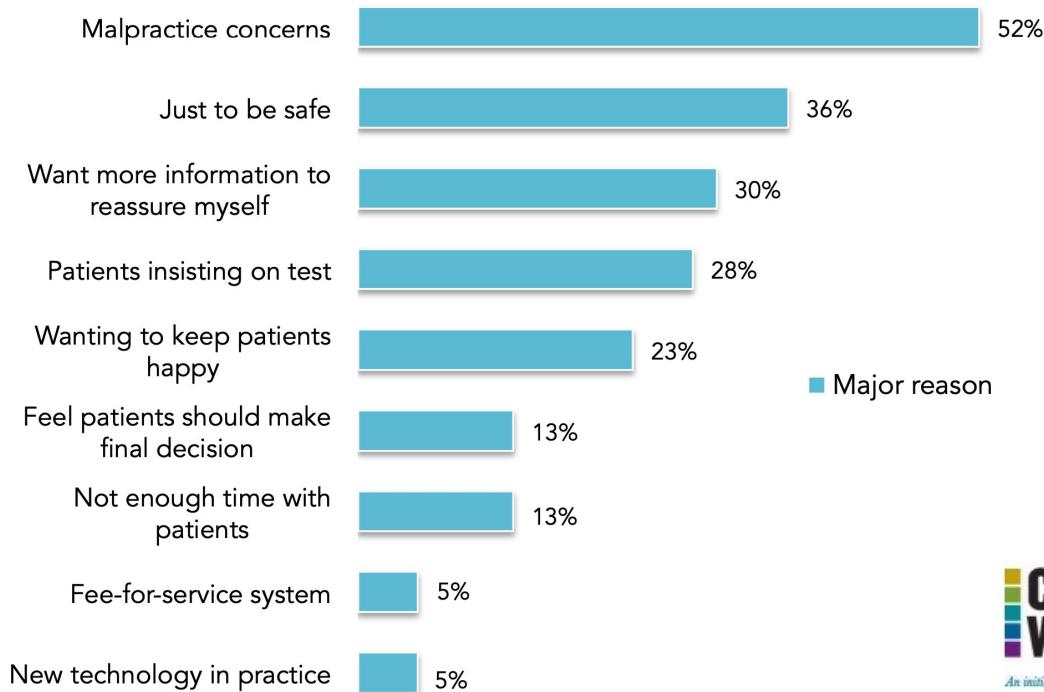


Figure 5: In your own practice, is this a reason you sometimes end up ordering an unnecessary test or procedure? IF YES: Is this a major reason or minor reason?  
Total n = 600



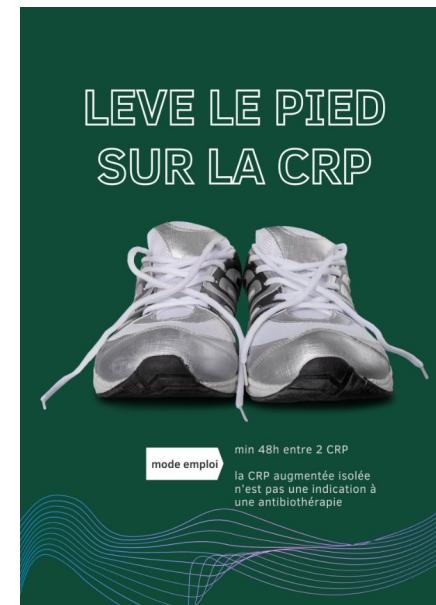
# Objectifs

- EVITER
  - les examens systématiques
    - « au cas où »
    - « de principe »
  - la répétition d'examens
    - en l'absence de changement de situation clinique
    - ou d'un suivi spécifique d'évolution
  - les examens complémentaires redondants
    - par exemple: CRP et PCT

La clinique c'est très chic



L'examen clinique doit toujours primer sur la prescription d'examen complémentaire



# Osons fermer les yeux sur la CRP



La CRP n'est pas un marqueur d'infection, mais d'inflammation

Une CRP élevée isolée ne justifie pas une prescription antibiotique

CA. Hobson pour le Groupe BUA SPIF



Cf cours suivant de Nicolas Lauwerier

# Approches syndromiques

=> Tester un large panel d'agents infectieux sur un seul prélèvement



L'offre des PCR multiplex rapides peut varier selon les laboratoires. Un dialogue clinico-biologique est donc indispensable afin de déterminer la pertinence de la prescription, les conditions de réalisation et son interprétation

- En général, Résultats fiables => **désescalade thérapeutique précoce**
- **Mais il faut connaître les "trous"**

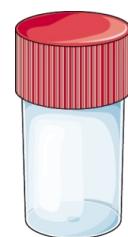
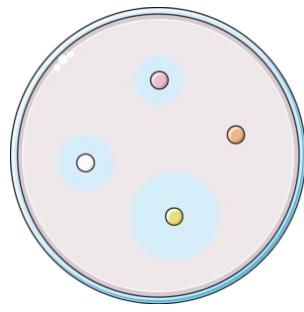
# Approches syndromiques



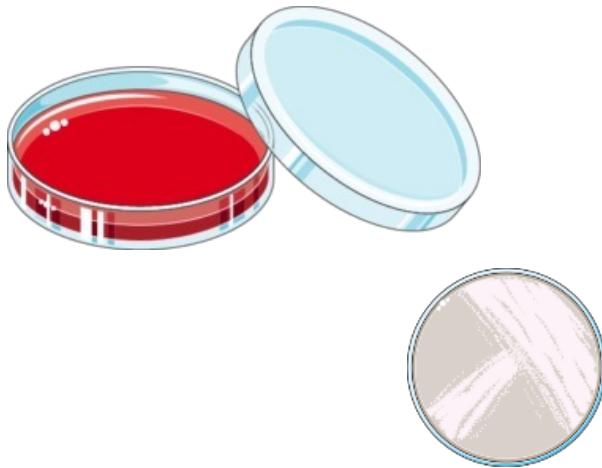
- Limites générales :

- PCR = détection d'ADN/ARN.
- Un résultat positif ne signifie pas une infection active.
  - portage sain, reflet d'une infection ancienne...
- Un résultat négatif ne signifie pas absence de pathogène.
  - absents du panel
  - sensibilité faible

**POSITIF  $\neq$  INFECTION**  
**NEGATIF  $\neq$  SAIN**



# Culture microbiologique standard



## Sites stériles

### Prélèvements par ponction

- Sang
- LCR
- Liquide des séreuses
- Liquide articulaire

- Uries
- Prélèvements pulmonaires distaux (PDP, LBA)

### Prélèvements profonds

- Tissu (os, synoviale, végétation, endocarde...)
- Liquide de collection d'organe profond  
Ex :abcès du foie, etc.

Péférer les prélèvements tissulaires aux écouvillons profonds

# Sites stériles

**Une culture bactériologique standard positive ne reflète pas forcément une infection**



## Contamination lors du prélèvement

= A suspecter selon le type et le nombre de micro-organismes retrouvés

- Micro-organismes cutanés si ponction transcutanée : hémoculture, liquide articulaire, toute ponction d'organe profond (surtout si ensemencement sur flacon d'hémocultures positif et culture standard négative)
- Micro-organismes de la sphère uro-génitale : urines (surtout si culture plurimicrobienne)

## Colonisation bactérienne

= A suspecter sur matériel étranger en place en contact avec la peau

- Hémocultures positives sur voie veineuse centrale uniquement (PAC, KTC, Piccline) (cf diapo dédiée)
- ECBU positif sur sonde en place depuis > 48h (cf diapo dédiée)
- Liquide de drainage positif, prélevé sur drain en place (PleurX, drain abdominal, liquide de redon...)

## Sites **NON** stériles

### Lesquels ?

- Peau
- Ulcération cutanée, escarre, liquide de fistulisation cutanée
- Muqueuses ORL, conjonctivale, digestive, uro-génitale

## Sites **NON** stériles

Lesquels ?

- Peau
- Ulcération cutanée, escarre, liquide de fistule cutanée
- Muqueuses ORL, conjonctivale, digestive, uro-génitale...

→**NE PAS PRELEVER** : Culture standard non contributive car  
**TOUJOURS positive** (contamination par la flore locale)

## Sites NON stériles

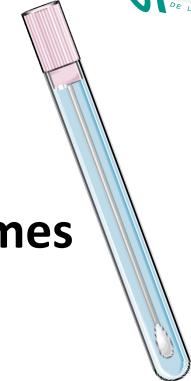
Lesquels ?

- Peau
- Ulcération cutanée, escarre, liquide de fistule cutanée
- Muqueuses ORL, conjonctivale, digestive, uro-génitale

→**NE PAS PRELEVER** : Culture standard non contributive car **TOUJOURS positive**  
(contamination par la flore locale)

- Si prélèvement nécessaire :
  - Soit aspiration à l'aiguille après nettoyage
  - Soit biopsie cutanée
  - Ecouvillon à réaliser **seulement si recherche micro-organismes spécifiques**

## Sites NON stériles



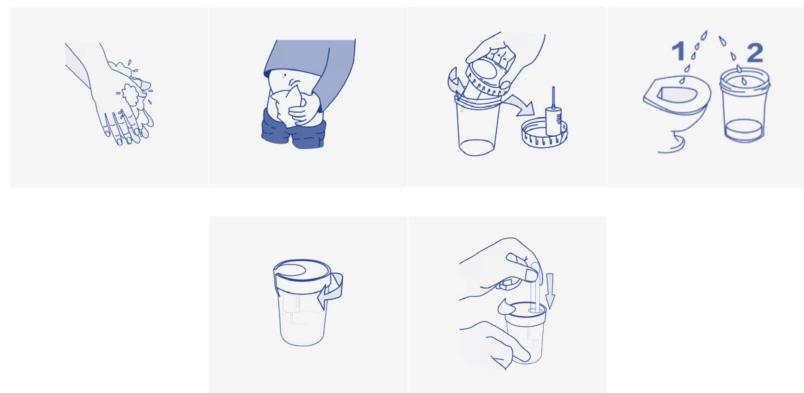
**Ecouvillons avec milieu de transport pour recherche de micro-organismes spécifiques :**

- Peau
  - Dépistage portage
    - *S. aureus*, streptocoques...
    - Bactéries multi-résistantes (BMR) : SARM
  - Muqueuses
    - Dépistage portage
      - Nasal : SAMS, SARM
      - Anal : BMR, BHRe (Bactéries Hautement Résistantes Emergentes)
      - Pharynx : gonocoque / méningocoque
    - Dépistage infection active
      - Anus, pharynx : gonocoque

⇒ Culture sur milieux sélectifs

Objectif : s'affranchir de la contamination par la flore  
Favoriser la recherche d'une bactérie spécifique

# BU - ECBU



## Urides - Définitions

- Contamination urinaire = contamination lors du prélèvement par des bactéries commensales de la sphère génitale cutanée ou digestive
- Colonisation urinaire = bactériurie asymptomatique AVEC OU SANS leucocyturie
- **INFECTION urinaire = existence de SYMPTÔMES**  
Dysurie, brûlures mictionnelles, pollakiurie, urgencie, douleurs pelviennes , douleurs à ébranlement lombaire +/- fièvre
- **La modification de couleur, d'odeur ou d'aspect des urines NE SONT PAS des signes fonctionnels urinaires**

# Bandelette urinaire (BU)



## BU recommandée

- ✓ Chez la femme
  - jeune non enceinte en cas de suspicion de cystite aiguë simple
  - enceinte systématique à partir de 4 mois de grossesse
- ✓ Chez l'enfant
  - fièvre > 48h sans symptôme urinaire
  - si suspicion de cystite ou pyélonéphrite aiguë

### Comment bien prélever

Sur urines du 2ème jet fraîchement émises  
Sans toilette préalable, pot non stérile  
Chez l'enfant : si propreté non acquise, sondage aller-retour ou recueil en milieu de jet

## BU non recommandée

- ✓ Chez les porteurs de matériel endo urinaire (leucocyturie et inf° à bactéries nitrites neg)
- ✓ Patients avec vessie neurologique (leucocyturie chronique)
- ✓ Nouveau-né et nourrisson <1 mois
- ✓ Dépistage d'une colonisation urinaire pdt la grossesse si à risque d'infection urinaire (uropathie sous-jacente organique ou fonctionnelle, diabète, ATCD de cystite aigüe récidivante)

### **La bandelette urinaire présente :**

- Chez la femme : une bonne valeur prédictive négative
  - **si BU-** : rechercher un autre diagnostic
- Chez l'homme : une bonne valeur prédictive positive
  - **si BU+** : IU à confirmer par un ECBU
  - **si BU-** : le diagnostic d'IU n'est pas exclu

# Bandelette urinaire (BU)

## Interprétation du résultat

**BU positive = leucocytes + et/ou nitrites +**

**NB :** Nitrites négatifs si bactériuries faibles ou bactéries n'utilisant pas les nitrates comme *S. saprophyticus*

**BU négative = leucocytes - et nitrites -**

**BU positive ≠ infection urinaire**

## Quand ne pas prélever d'ECBU

- **Si pas de symptômes d'IU**
- **Si urines malodorantes ou purulentes isolées**
  
- Si BU positive en cas de cystite aiguë simple de la femme jeune (traitement minute)
- Avant ou après changement de sonde vésicale
- Avant ablation de sonde de néphrostomie ou matériel endo-urétéral si pas de repos et patient asymptomatique
- Avant biopsies de prostate
- En fin de traitement d'une IU si bonne évolution clinique (sauf femme enceinte)

# Examen cytobactériologique des urines (ECBU)



## Quand prélever un ECBU ?

- ✓ En cas de symptômes urinaires ET suspicion de :
  - toute infection urinaire chez l'enfant
  - cystite à risque de complication
  - pyélonéphrite aiguë
  - infection urinaire masculine
  - infection urinaire chez un patient porteur de matériel des voies urinaires : JJ, Bricker, sonde urinaire
- ✓ En l'absence de symptômes urinaires :
  - en préopératoire d'un geste urologique
  - avant changement de sonde endo-uréterale
  - chez femme enceinte avec BU positive
- ✓ Chez enfant :
  - En cas de fièvre + BU positive
  - En cas de fièvre chez nourrisson < 1 mois même si BU négative

## Comment bien prélever :

Apres toilette urétrale  
Prélèvement du 2ème jet  
Dans un pot stérile

# Examen cytobactériologique des urines (ECBU)



## Interprétation du résultat

- Pas de leucocyturie = pas d'infection urinaire\* = pas d'ATB
- Bactériurie asymptomatique = colonisation ou contamination = pas d'ATB \*\*
- Polymicrobien = contamination jusqu'à preuve du contraire = refaire ECBU avant de décider
- SFU + bactériurie + leucocyturie = infection urinaire = ATB

\* sauf si leucopénie

\*\*sauf si grossesse ou geste urinaire invasif

# Hémocultures

Ensemble,  
luttons contre les faux négatifs

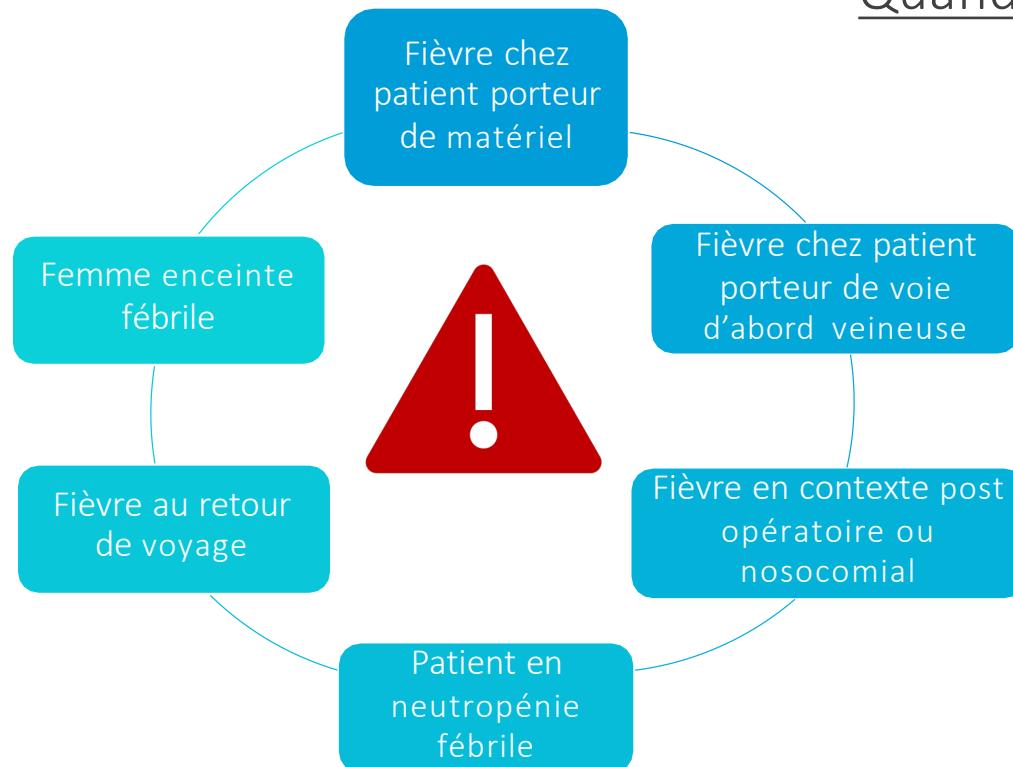


Le diagnostic d'une bactériémie repose sur des hémocultures bien remplies, 8-10 mL chez l'adulte

CA. Hobson pour le Groupe BUA SPILF



# Hémocultures



## Quand prélever des hémocultures ?

- ✓ Si température  $> 38^{\circ}\text{C}$  ou  $< 36^{\circ}\text{C}$  ou frissons
- ✓ AVANT toute antibiothérapie si possible
- ✓ À répéter si besoin et jusqu'à négativation

# Hémocultures : Comment bien prélever

- 1 hémoculture = 2 flacons : aéro et anaérobie
- C'est la quantité totale de sang qui compte >> nombre de flacons
- Adulte
  - Volume optimal : 40 à 60 mL = 4 à 6 flacons remplis (8 à 10 mL/flacon) (sinon risque de faux négatif) par épisode clinique
  - La pratique d'une seule hémoculture (2 flacons)/24 h n'est pas recommandée (volume insuffisant)
- Enfant
  - Volume fonction de l'âge et du poids de l'enfant
  - Patient  $\leq 8$  kg ou  $< 2$  ans : 1 seul flacon
- Hémocultures différentielles si voie veineuse en place
  - D'abord par ponction veine périphérique puis à partir du dispositif
  - Effectuées au même moment ( $\leq 10$  min)
  - Bien noter heure et origine du prélèvement



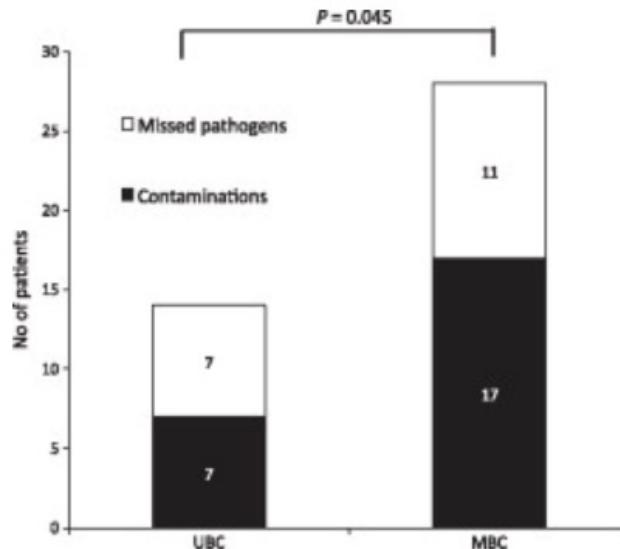
# Bénéfices d'une seule ponction

ORIGINAL ARTICLE | INFECTIOUS DISEASES · Volume 20, Issue 11, PO920-O927, November 2014 · Open Archive

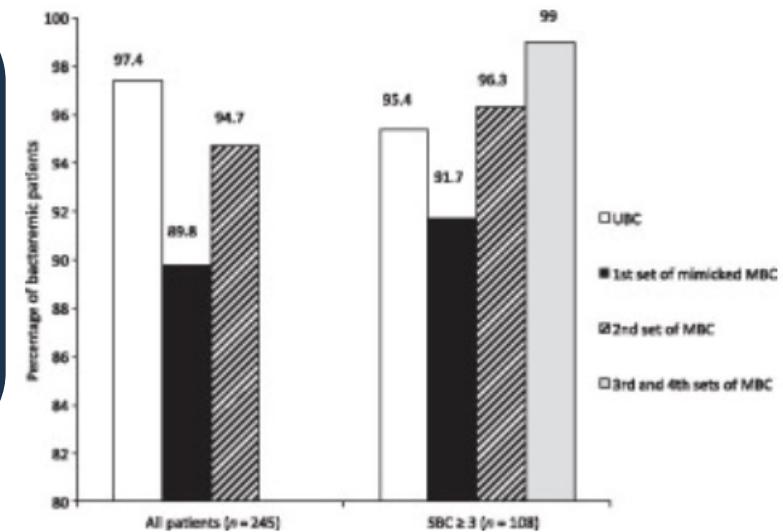
 Download Full Issue

## Unique blood culture for diagnosis of bloodstream infections in emergency departments: a prospective multicentre study

S. Dargère   · J.-J. Parienti <sup>b,c</sup> · E. Roupie <sup>d</sup> · ... · R. Leclercq <sup>c,j</sup> · V. Cattoir <sup>c,j</sup> · UBC study group \* ... Show more



Efficacité comparable  
Moins de  
contamination  
Gain de temps  
Confort du patient  
Moins de retard d'ATB

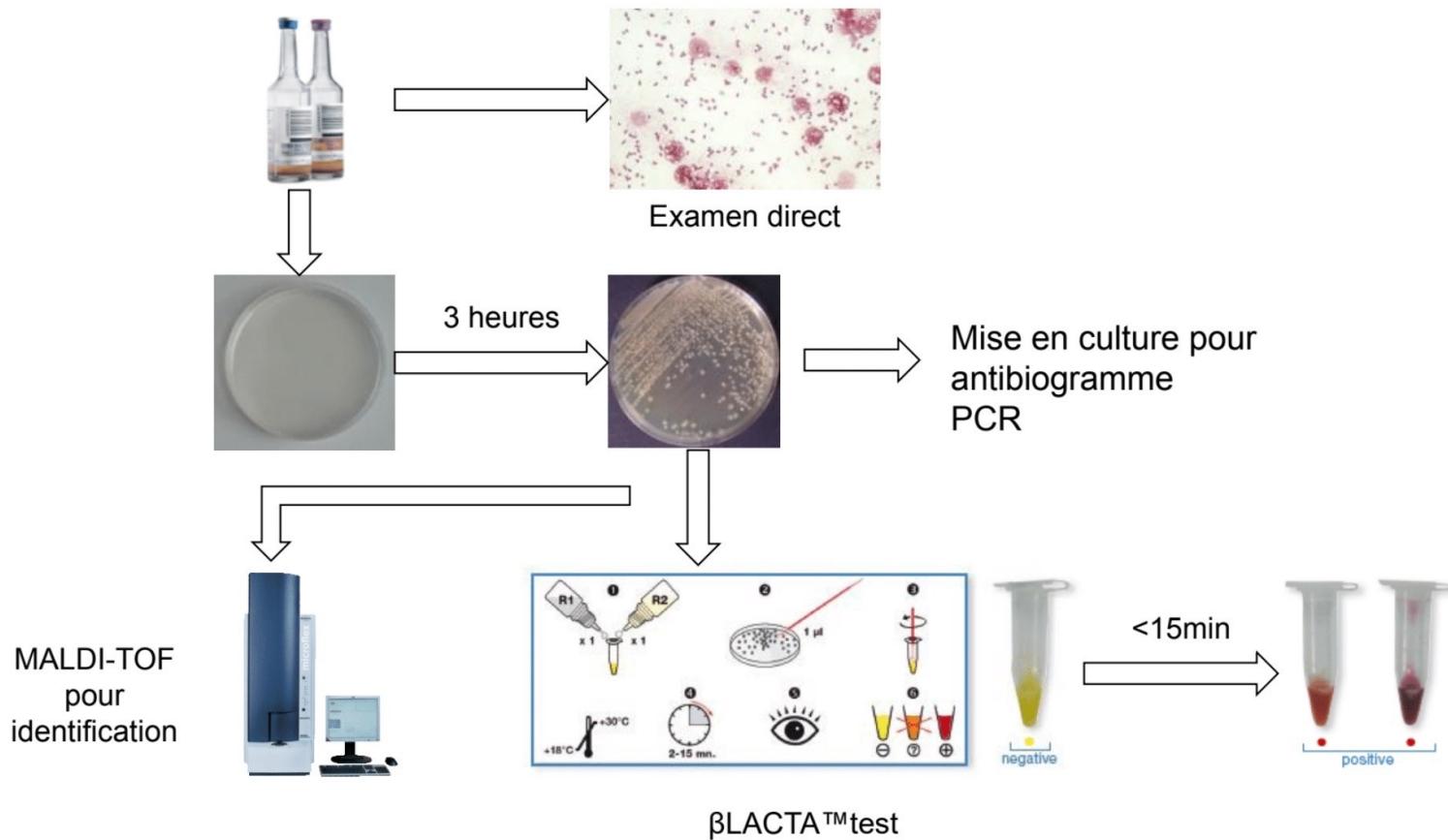


JOURNAL ARTICLE CORRECTED PROOF

## Single- Versus Multiple-sampling Strategy for Blood Cultures in the Diagnosis of Infective Endocarditis: The Prospective Multicenter UniEndo Study

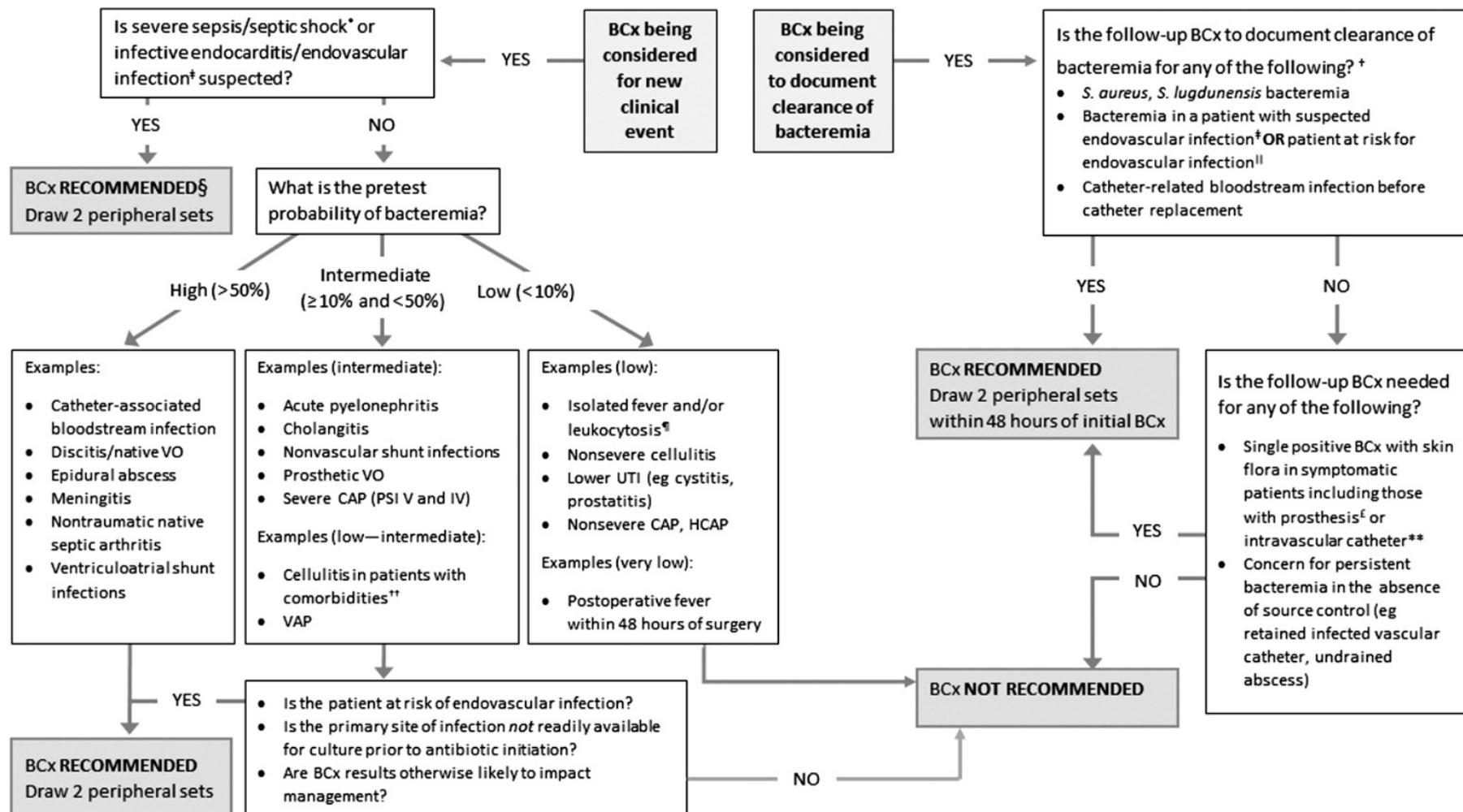
 Get access >

François Goehringer , Marc Soudant, Corentine Alauzet, Christine Selton-Suty, Nelly Agrinier, Jean-Marc Virion, Benjamin Lefevre, Nejla Aissa, François Alla, Yvon Ruch ...  
Show more



# Does This Patient Need Blood Cultures? A Scoping Review of Indications for Blood Cultures in Adult Nonneutropenic Inpatients

Valeria Fabre,<sup>1</sup> Sima L. Sharara,<sup>1</sup> Alejandra B. Salinas,<sup>1</sup> Karen C. Carroll,<sup>2</sup> Sanjay Desai,<sup>3</sup> and Sara E. Cosgrove<sup>1</sup>



**Figure 1.** Algorithm for bacterial blood cultures recommendations in nonneutropenic patients. The algorithm is not a substitute for clinical judgment. \*Blood culture (BCx)

## Guidelines

# European society of clinical microbiology and infectious diseases guidelines for antimicrobial stewardship in emergency departments (endorsed by European association of hospital pharmacists)

Teske Schoffelen <sup>1, 2, \*, †</sup>, Cihan Papan <sup>3, 4, †</sup>, Elena Carrara <sup>5</sup>, Khalid Eljaaly <sup>6, 7</sup>, Mical Paul <sup>8</sup>, Emma Keuleyan <sup>9, 10</sup>, Alejandro Martin Quirós <sup>11</sup>, Nathan Peiffer-Smadja <sup>12, 13, 14</sup>, Carlos Palos <sup>15</sup>, Larissa May <sup>16</sup>, Michael Pulia <sup>17</sup>, Bojana Beovic <sup>18</sup>, Eric Batard <sup>19, 20</sup>, Fredrik Resman <sup>21</sup>, Marlies Hulscher <sup>22</sup>, Jeroen Schouten <sup>1, 23</sup>, on behalf of the ESCMID Study Group for Antimicrobial Stewardship (ESGAP)

## Blood cultures

### Community acquired pneumonia

We suggest against obtaining blood cultures routinely in patients presenting to the ED with a diagnosis of non-severe CAP

Weak

Low

We suggest obtaining blood cultures in patients admitted with severe CAP, e.g. patients with PSI score IV or V or with indications for ICU admission

Good practice statement

Expert opinion

We suggest obtaining blood cultures in patients admitted with CAP and risk factors for or initiated on therapy for unusual or resistant pathogens<sup>a</sup>

Good practice statement

Expert opinion

We suggest obtaining blood cultures in patients admitted with CAP and immunocompromised state<sup>b</sup>

Good practice statement

Expert opinion

### Urinary tract infection with systemic symptoms

We suggest against obtaining blood cultures routinely in patients presenting to the ED with UTI with systemic symptoms without anatomical abnormalities of the urinary tract in whom a good-quality urine sample for culture is available

Weak

Very low

We suggest obtaining blood cultures in patients presenting to the ED with UTI with systemic symptoms and antibiotic pretreatment

Good practice statement

Expert opinion

We suggest obtaining blood cultures in patients presenting to the ED with a chronic indwelling catheter and UTI with systemic symptoms

Good practice statement

Expert opinion

We suggest obtaining blood cultures in immunocompromised<sup>b</sup> patients presenting to the ED with UTI with systemic symptoms

Good practice statement

Expert opinion

### Skin and soft tissue infections

We suggest against routinely obtaining blood cultures in patients presenting to the ED with cellulitis/erysipelas

Weak

Very low

We suggest obtaining blood cultures in immunocompromised<sup>b</sup> patients presenting to the ED with cellulitis/erysipelas

Good practice statement

Expert opinion

We suggest obtaining blood cultures in patients presenting to the ED with cellulitis/erysipelas in clinical situations associated with high risk of non-standard pathogens<sup>c</sup>

Good practice statement

Expert opinion

We suggest obtaining blood cultures in patients presenting to the ED with cellulitis/erysipelas who have an intravascular prosthesis, a pacemaker or a valvular prosthesis

Good practice statement

Expert opinion

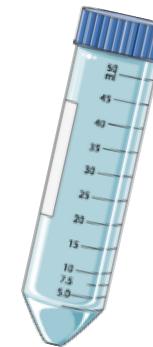
# Quand prélever?

**pneumonie grave / colonisation à micro organismes résistants / immunodéprimés**

**IU pré-traitée par antibiotiques, sonde vésicale**

**érysipèle chez patient immunodéprimé / haut risque / matériel intra cardiaque ou vasculaire**

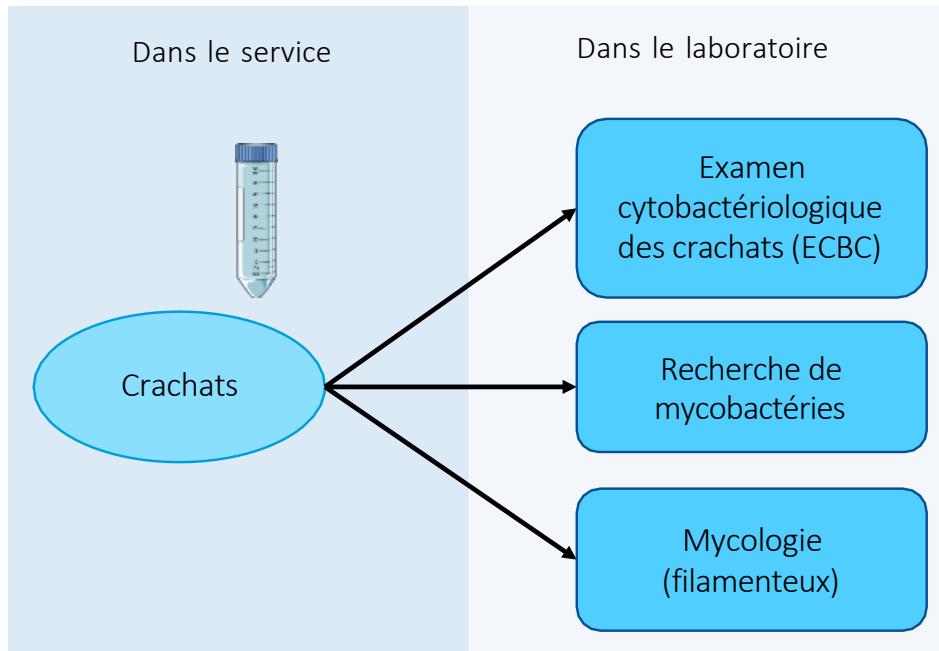
# Expectorations



# Un crachat: Quoi ? Qui ? Quand ? Comment ?

Au lit du patient : 1 crachat = 1 prélèvement

Au laboratoire : 1 crachat = plusieurs analyses possibles = plusieurs laboratoires



→ PRÉCISER ce qui est recherché et l'envoyer au bon endroit (importance des renseignements cliniques !)

# Examen cytobactériologique des crachats (ECBC)

## Quand prélever un ECBC ?

- ✓ PAC après échec du traitement empirique
- ✓ Patients atteints de mucoviscidose / transplantation pulmonaire
- ✓ *Lorsque d'autres types de prélèvements pulmonaires sont nécessaires mais non réalisables (aspiration trachéale ou bronchique, LBA, prélèvement distal protégé)*

## Ne pas réaliser d'ECBC quand :

- ✓ Pneumonie aiguë communautaire (PAC) initialement traitée en ambulatoire ou en dehors des soins intensifs
- ✓ PAC de bonne évolution clinique
- ✓ Un prélèvement plus sensible est possible
- ✓ Crachats non purulents

De façon générale :

- Les ECBC sont rarement contributifs, contaminés par la salive dans >50 % des cas
- Seuil de significativité de la culture =  $10^7$  UFC/mL (surtout si culture monomicrobienne ++)

# Examen cytobactériologique des crachats (ECBC)

## Comment prélever un crachat ?

- De préférence à jeun
- Après rinçage bucco-dentaire à l'eau stérile
- Après un effort de toux +/- kinésithérapie

→ À envoyer au laboratoire en moins de deux heures pour éviter la multiplication des bactéries de la flore buccale et la diminution de viabilité du *S pneumoniae*

## Antigénuries

### Pneumocoque

→ Recommandée uniquement pour les pneumonies sévères de l'adulte (USI) et les pleurésies purulentes (VPP++)

- Sensibilité médiocre 66-99 %, meilleure dans les pneumonies sévères ou bactériémiques
- Spécificité > 80 % chez l'adulte
- Faux positifs possibles (BPCO) surtout chez l'enfant (21-54 % des enfants porteurs au niveau nasopharyngé)
- Excrétion dans les urines jusqu'à 3 mois après une infection sans impact de l'antibiothérapie

### Légionelle

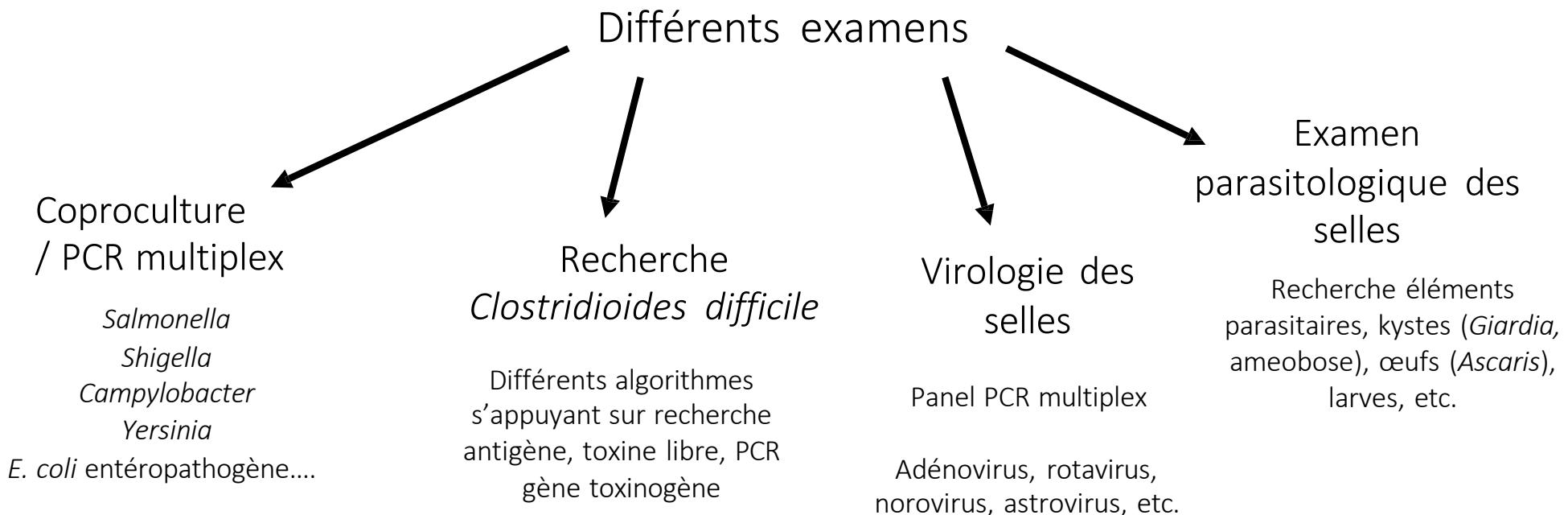
→ À réaliser si pneumonie sévère et/ou suspicion de pneumonie à germe atypique

- Très bonne spécificité >99 %, assez bonne sensibilité (80-90 % pour le sérogroupe 1), sévérité et origine (nosocomiale 50 % )
- Faux négatif si trop précoce/début des symptômes (positif dans les 2-3 jours après)
- Les autres sérogroupes peuvent être détectés en fonction des kits (à discuter avec le laboratoire)
- Excrété dans les urines 2 mois en moyenne, jusqu'à 1 an → en cas de pneumopathies récidivantes
- Test négatif → n'exclut pas le diagnostic
- Test positif → culture prélèvement respiratoire systématique ++



# Selles

# Examens microbiologiques des selles



## Coproculture standard

- La stratégie repose sur la recherche des agents les plus fréquents
- Permet de documenter des **bactéries** : *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Campylobacter spp.*, (*Yersinia spp.*)
- Les autres pathogènes (hors *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Campylobacter spp.*) incluant les virus, ne sont recherchées que dans certaines circonstances

## Quand ne pas réaliser de coproculture ?

- Chez le sujet immunocompétent avec une diarrhée aiguë banale (sans glaires ni sang ni fièvre) et qui n'a pas voyagé dans les 3 mois précédents
- Selles moulées
- Chez les patients hospitalisés depuis  $\geq 3$  jours présentant une diarrhée aiguë s'ils ne consomment pas de nourriture de l'extérieur

Diarrhée aiguë définie par  **$\geq 3$  selles liquides et/ou molles (non moulées) par jour depuis  $< 14$  jours.**

Ce n'est pas : une ou deux selles molles isolées

## Indications coproculture

### e-Pilly 2023

- Diarrhée aiguë fébrile (chez l'enfant : uniquement si fièvre + selles glairo-sanglantes)
- Toxi-infection alimentaire collective fébrile
- Retour des tropiques
- Signes de gravité
- Immunodéprimés

## Recherche de *C. difficile*

- Seules les selles diarrhéiques doivent être analysées
- **Recherche spécifique**, ne fait pas partie de la coproculture standard
- Aucun intérêt de répéter l'examen s'il était négatif et que si la situation clinique n'a pas changé (gain diagnostique dans les 7 jours très faible (0,9 à 3,8 %))
- L'absence de TOXINE LIBRE N'ELIMINE pas le diagnostic (sensibilité faible) → à coupler avec la PCR plus sensible
- **Pas de contrôle de l'examen en cas de positivité : les tests (GDH ou PCR) restent positifs à l'issue du traitement (pendant des semaines)**

**Critères de guérison uniquement cliniques**

## Indications recherche *C. difficile* (e-Pilly 2023)

- **Diarrhée ou iléus sous antibiotiques ou dans les 3 mois après une antibiothérapie**
- **Diarrhée nosocomiale ou associée aux soins survenant après le 3ème jour d'hospitalisation**
- **Diarrhée communautaire avec signes de gravité clinique (nécessitant hospitalisation), mégacolon toxique**
- **Diarrhée communautaire aiguë persistante avec bilan de première ligne négatif (notamment coproculture)**

## Examen virologique des selles - indications

**La prescription de PCR multiplex pour recherche de virus dans les selles doit rester exceptionnelle**

- ✓ Diarrhée sévère ou persistante de l'immunodéprimé
- ✓ Nouveau-né hospitalisé avec diarrhée
- ✓ Investigation des épidémies

## Approche PCR multiplex selles - Limites

- Pas de distinction de certains pathotypes (salmonelles majeures vs mineures; EIEC vs Shigelles...)
- Multiplicité des cibles détectées : interprétation difficile (infection asymptomatique, portage sain, germe responsable de la diarrhée)
- Bactéries pathogènes : pas de sensibilité aux antibiotiques → coproculture indispensable et complémentaire
- Attention aux protozoaires peu/non pathogènes fréquemment détectés : *Blastocystis*, *Dientamoeba*, etc.

# Comment gérer les résultats des examens microbiologiques dont le retour est différé, et organiser la prise en charge d'aval

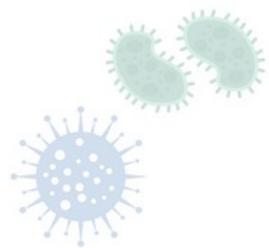


- Hémoculture : A récupérer par l'urgentiste => organiser un système d'information par le laboratoire d'une HC positive aux urgences
- ECBU : proposer une réévaluation clinique à 48h chez le médecin traitant qui récupérera le résultat de l'ECBU (intérêt pour IUM, cystite à risque de complication, PNA simple) => permet d'adapter, réduire le spectre +- relai per os
- Si une recherche de C difficile a été envoyée => demander une réévaluation par le médecin traitant pour récupérer le résultat (PCR, toxines...)
- Coproculture : proposer une récupération de l'antiobiogramme par le médecin traitant

# Messages clés



- Une infection est un diagnostic clinique avant tout
- Pas de bilan de contrôle systématique de l'inflammation si évolution favorable, ne pas répéter si baisse
- Pas d'ECBU si pas de symptômes d'IU
- Hémocultures : prélèvement de volume optimal par épisode
- Pas d'écouillon cutané sauf cas particuliers
- Pas de recherche de *C. difficile* si pas de diarrhée
- Avant de prescrire, réfléchir à l'impact du résultat sur la prise en charge



## TOP 5 DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MALADIES INFECTIEUSES



1

Ne pas traiter un ECBU positif  
sans symptômes urinaires\*

\*Hors grossesse et intervention urologique



2

Ne pas prescrire d'antibiotiques  
pour traiter une infection virale

Notamment rhinopharyngite, otite et angine



3

Ne pas prescrire d'ECBU chez les  
patients sondés uniquement  
devant une modification de  
l'aspect ou de l'odeur des urines



4

Ne pas prescrire d'antibiotiques  
pour une angine sans avoir réalisé  
un Test Diagnostic Rapide pour le  
Streptocoque du groupe A



5

Ne pas prescrire d'antibiotiques  
devant une fièvre inexplicable en  
l'absence de signes de gravité ou de  
terrain à risque de complications



SUR LE MODÈLE « CHOOSING WISELY »

À PARTIR DE RECOMMANDATIONS D'EXPERTS DU  
Groupe Bon Usage



Ecologie



Économie

ÉVALUATION DES PRATIQUES SELON 3 CRITÈRES :

- Fréquence d'utilisation perçue
- Caractère délétère pour le patient
- Caractère délétère pour la communauté



Antibiorésistance



Patient



Source : Thèse Julie SLAMA mai 2025

# Bon Usage Diagnostique

## Diaporamas pédagogiques Bon Usage Diagnostique

Diagnostic bactériologique : jeu de diapositives concernant le bon usage de la CRP / PCT / PCR multiplex /  
Hémocultures / ECBU / examens de selles

Guide prélèvements microbiologiques en EHPAD

Le Top 5 du groupe BUA



# Merci pour votre attention



48

