



WEBINAIRE CRATB / RSQR
**« BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES : DE LA
RECOMMANDATION À LA PRATIQUE CLINIQUE »**

Dr Saltiel – Dr Decoene

Juin 2026



DÉROULEMENT DU WEBINAIRE

Merci de couper vos micros...
... mais de laisser vos caméras allumées

Si vous souhaitez prendre la parole, « levez la main » dans Teams, inscrivez votre question dans la discussion en ligne...
et de nombreux temps d'échanges sont prévus !

Le support vous sera envoyé par mail

Le webinaire est enregistré et sera disponible en replay

DÉROULEMENT DU WEBINAIRE

- Le décryptage du critère et les critères impliqués, Laurine Dutoit
- Du référentiel à la pratique : le bon usage des antibiotiques, Dr Saltiel
- L'évaluation lors de la visite, le point de vue d'un expert-visiteur, Dr Decoene

LES ATTENDUS DE LA CERTIFICATION

- Décryptage du critère 2.4-02



Critère 2.4-02 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Le respect des recommandations de bonnes pratiques d'antibiothérapie par les équipes est indispensable pour lutter contre l'antibiorésistance, cause de complications graves, de prolongations d'hospitalisation et même de décès. La lutte contre l'antibiorésistance passe notamment par la justification des prescriptions de traitement antibiotique et la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure. Plus globalement, la lutte contre l'antibiorésistance s'appuie sur des éléments-clés (politique, formations des personnes ressources, ...) intégrant le suivi d'indicateurs tels que le pourcentage d'antibiotiques prescrits en conformité avec les directives cliniques, la proportion d'infections causées par des bactéries résistantes aux antibiotiques dans la population et la mise en place d'actions d'amélioration.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'établissement met en place les éléments-clés d'un programme de bon usage des antibiotiques (politique, plan de formation des personnes ressources, stratégie d'évaluation : indicateurs et programme d'évaluation).
- Les praticiens sont formés au bon usage des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.
- Toute prescription d'un traitement antibiotique et/ou sa prolongation est justifiée dans le dossier.
- Les praticiens se réfèrent à un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antibiothérapie.
- Les prescriptions d'antibiotiques sont systématiquement réévaluées entre la 24e et la 72e heure.
- L'E.O.H, les équipes, le référent en antibiothérapie, la PUI et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant, surveillent leur consommation d'antibiotiques et les résistances aux antibiotiques.

Traceur ciblé



rouge

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Médicament
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Taux de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour infection respiratoire basse

2.4-02 : La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

- Critère impératif
- Méthode du traceur ciblé
 - Mais pas que....



LE CRITÈRE HAS LE BON SENS OU POURQUOI ?

Le respect des recommandations de bonnes pratiques d'antibiothérapie par les équipes est indispensable pour lutter contre **l'antibiorésistance**, cause de complications graves, de prolongations d'hospitalisation et même de décès.

La lutte contre l'antibiorésistance passe notamment par **la justification des prescriptions de traitement antibiotique et la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure.**

Plus globalement, la lutte contre l'antibiorésistance s'appuie sur des éléments-clés (politique, formations des personnes ressources, ...) intégrant le suivi d'indicateurs tels que **le pourcentage d'antibiotiques prescrits en conformité avec les directives cliniques, la proportion d'infections causées par des bactéries résistantes aux antibiotiques dans la population et la mise en place d'actions d'amélioration.**



Les fiches anomalies concernent uniquement les critères impératifs

Lorsque UN élément d'évaluation d'un critère impératif obtient une réponse « NON », une fiche anomalie est générée dans CALISTA

Il y a au maximum 1 fiche anomalie par Critère Impératif mais une fiche anomalie peut contenir plusieurs anomalies

La fiche anomalie permet à la HAS d'apprécier la gravité de l'anomalie sur la prise en charge des patients et/ou l'exercice des professionnels

3 conséquences possibles sur le niveau de décision :

- Impact **léger** : la HAS classe sans suite (situation sans gravité, isolée et non pérenne)
- Impact **modéré** : la HAS se réserve le droit de dégrader le niveau de décision auquel l'établissement est éligible (l'anomalie traduit une situation générant un risque direct et peu maîtrisé pour le patient et/ou les professionnels, ou des dysfonctionnements institutionnels)
- Impact **grave** : la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification (l'anomalie traduit une situation grave générant un risque direct et non maîtrisé pour le patient et/ou les professionnels, ou des dysfonctionnements institutionnels)

EE1 : L'établissement met en place les éléments-clés d'un programme de bon usage des antibiotiques (politique, plan de formation des personnes ressources, stratégie d'évaluation : indicateurs et programme d'évaluation).

EE2 : Les praticiens sont formés au bon usage des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.

EE3 : Toute prescription d'un traitement antibiotique et/ou sa prolongation est justifiée dans le dossier.

EE4 : Les praticiens se réfèrent à un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antibiothérapie.

EE5 : Les prescriptions d'antibiotiques sont systématiquement réévaluées entre la 24e et la 72e heure.

EE6 : L'EOH, les équipes, le référent en antibiothérapie, la PUI et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant, surveillent leur consommation d'antibiotiques et les résistances aux antibiotiques.

Critère 2.3-05 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie lors des actes invasifs préviennent les infections post-opératoires et limitent le risque de résistance bactérienne. Les équipes doivent suivre des protocoles afin d'assurer une administration appropriée des antibiotiques. Cela inclut une évaluation préalable des risques infectieux liés à l'intervention, la sélection de l'antibiotique le plus adapté, ainsi que le respect des doses, des délais et de la durée de traitement. L'antibioprophylaxie doit être administrée dans des délais précis avant l'acte invasif pour être efficace. Les équipes sont également formées à la réévaluation de la nécessité du traitement post-intervention.

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- La prescription d'antibioprophylaxie utile, systématiquement réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire, est tracée dans le dossier du patient.
- Dans les cas spécifiques (IMC élevé, portage de germe résistant aux antibiotiques...), l'antibioprophylaxie est adaptée.
- L'antibioprophylaxie est conforme au protocole en fonction du type de chirurgie et du terrain (molécule, dosage, moment de l'administration et durée de l'antibioprophylaxie) selon les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes.
- L'équipe des secteurs interventionnels met en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des pratiques en matière d'antibioprophylaxie.

Traceur ciblé



Prescription anticipée
Livret ou référentiel
Disponibilité
Formation équipe

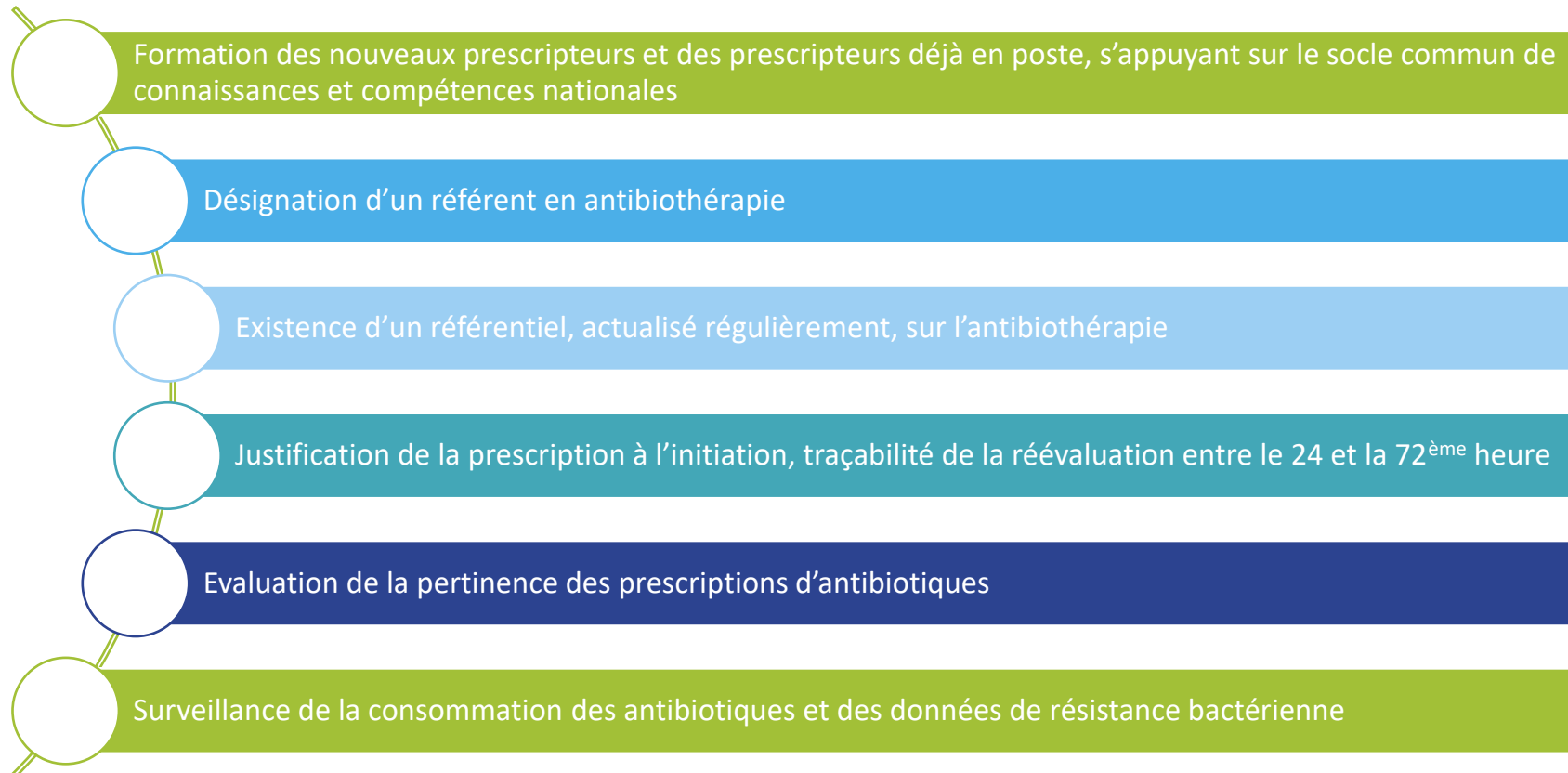
Fiche pédagogique HAS, L'évaluation de la prise en charge médicamenteuse et des produits de santé, Janvier 2026

Les infections, que ce soient les infections communautaires et encore plus les infections associées aux soins, impliquent de plus en plus souvent des bactéries devenues résistantes aux antibiotiques.



Les Experts-visiteurs vont s'assurer que l'établissement met en place les éléments clés d'un programme de bon usage des antibiotiques (BUA).

Le bon usage des antibiotiques repose sur les principaux éléments clés suivants :



POUR RÉPONDRE AUX CRITÈRES

- Comment organiser cela en établissement de santé



DU RÉFÉRENTIEL À LA PRATIQUE : LE BON USAGE EN ANTIBIOTHÉRAPIE

Dr SALTIEL Grégoire



Le respect des recommandations de bonnes pratiques d'antibiothérapie par les équipes est indispensable pour **lutter contre l'antibiorésistance** cause de complications graves, de prolongations d'hospitalisation et même de décès.

La **lutte contre l'antibiorésistance** passe notamment par la justification des prescriptions de traitement antibiotique et la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure.

Plus globalement, la **lutte contre l'antibiorésistance** s'appuie sur des éléments-clés (politique, formations des personnes ressources, ...) intégrant le suivi d'indicateurs tels que le pourcentage d'antibiotiques prescrits en conformité avec les directives cliniques, la proportion d'infections causées par des bactéries résistantes aux antibiotiques dans la population et la mise en place d'actions d'amélioration.



Antimicrobial resistance (AMR)

AMR poses a major threat to human health around the world. AMR occurs when microorganisms, such as bacteria, adapt in ways that make currently available treatments for infections less effective.

Photo by CDC, Unsplash.

21.36 million

people who died globally in 2021 had sepsis as an immediate cause of death or in the chain of events leading to their death.

4.71 million

people who died in 2021 suffered from drug-resistant infections, such as lower respiratory, bloodstream, and intra-abdominal infections.

1.14 million

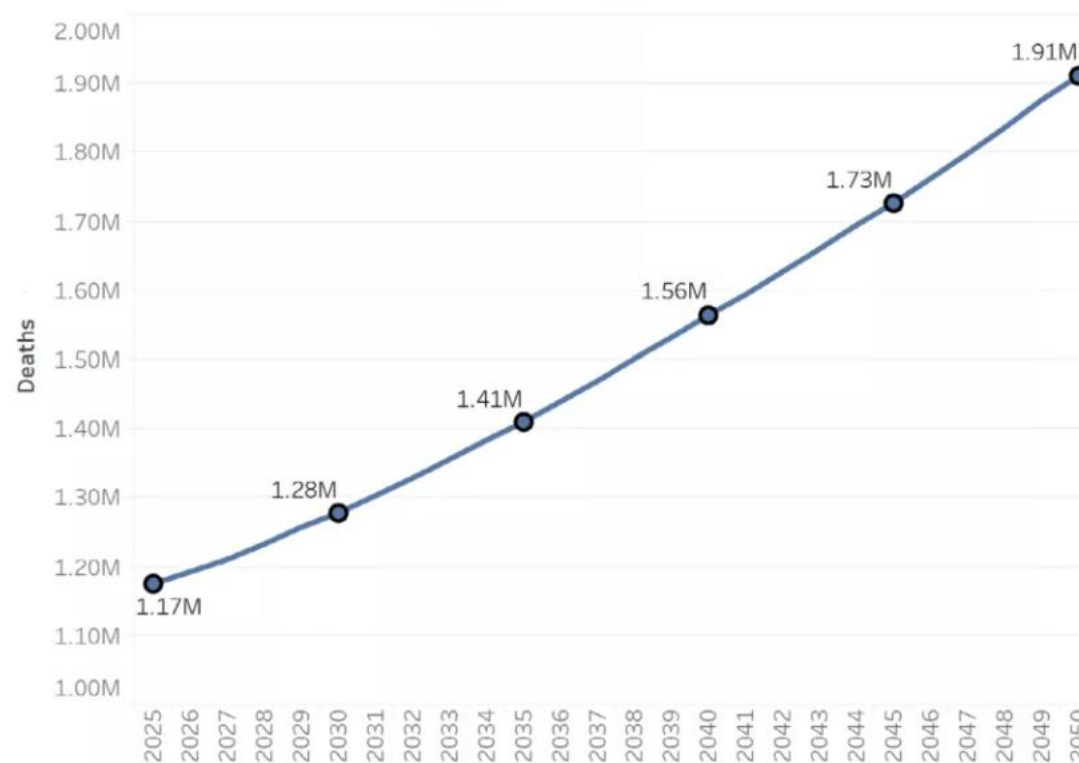
deaths in 2021 were directly caused by AMR.

39 million

people are expected to die from AMR between 2025 and 2050.

Deaths attributable to AMR are projected to reach nearly 2 million by 2050.

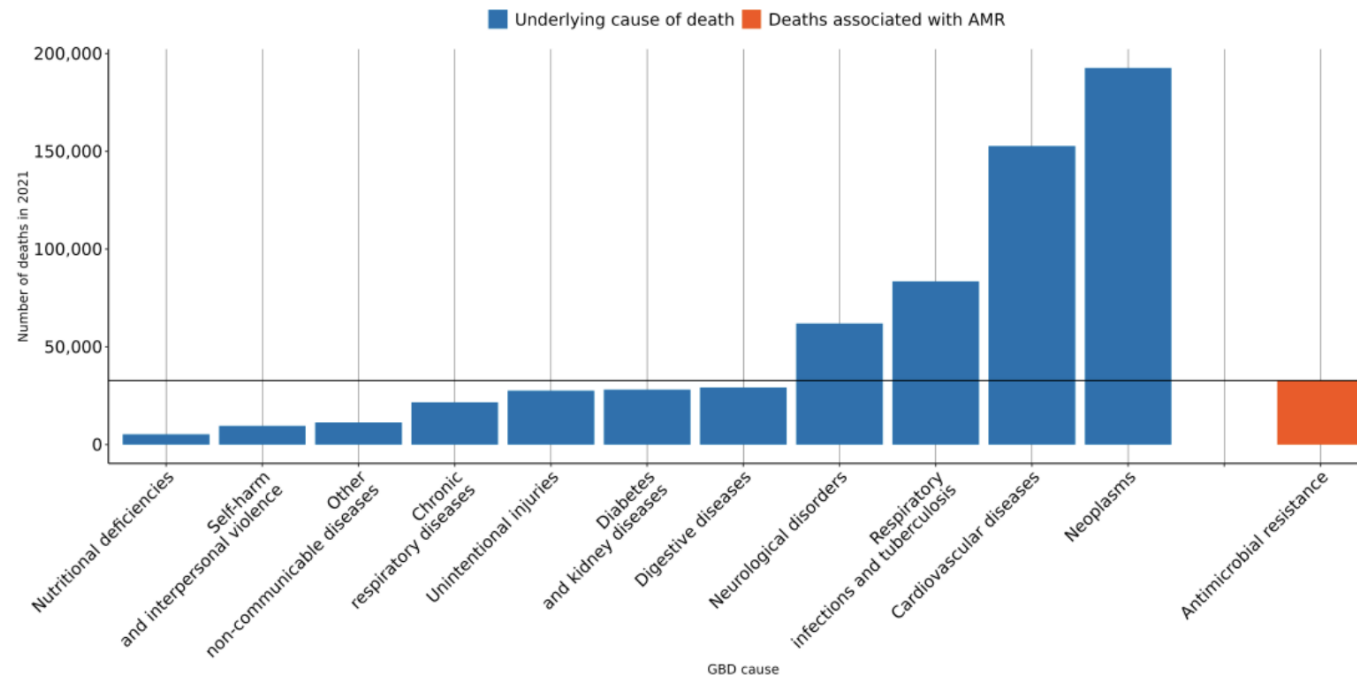
Forecasted deaths attributable to antibiotic-resistant infections, 2025-2050



The burden of antimicrobial resistance (AMR) in France

In 2021, there were an estimated **7,340 UI (6,360-8,330)** deaths attributable to AMR and **32,700 UI (28,500-36,900)** deaths associated with AMR in this location.

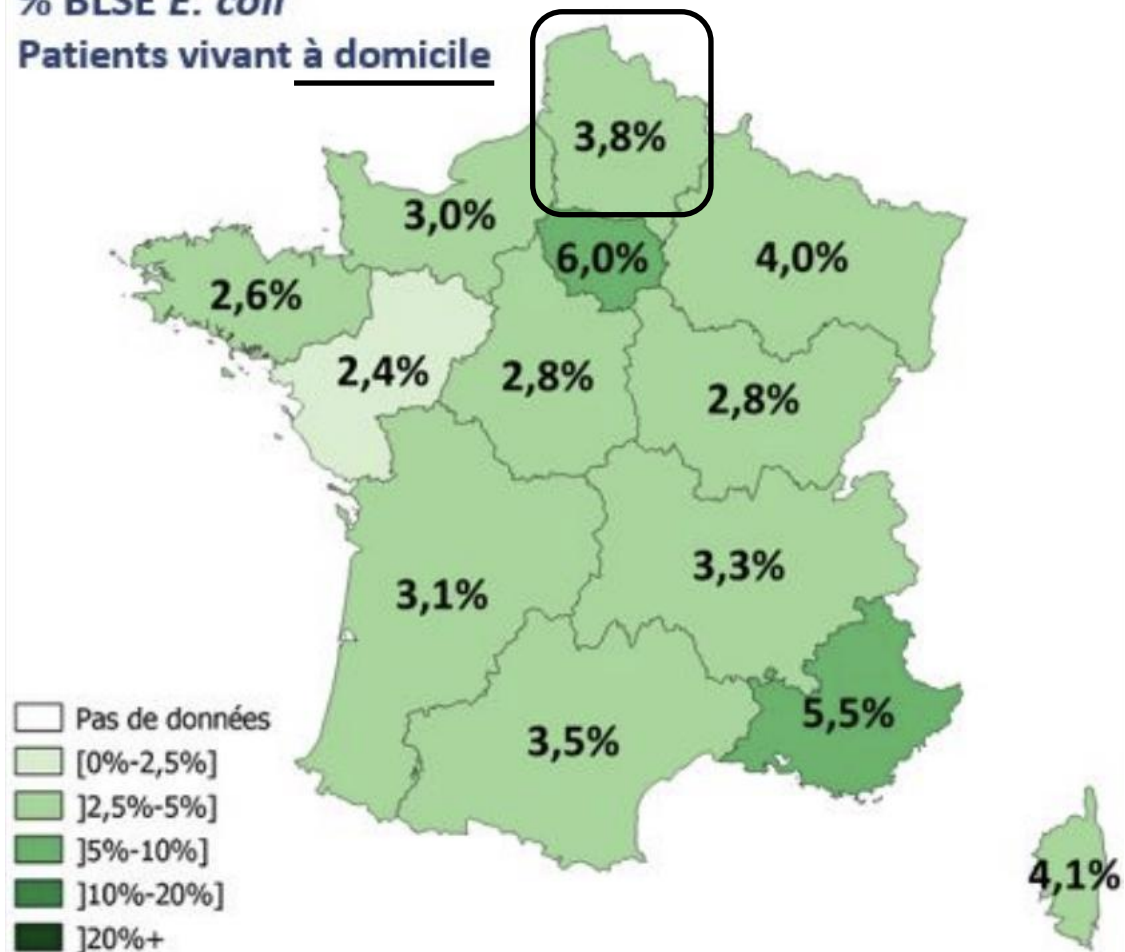
Figure 1 Number of deaths by underlying cause, and those associated with AMR in 2021



ANTIBIORÉSISTANCE : *E. coli* BLSE

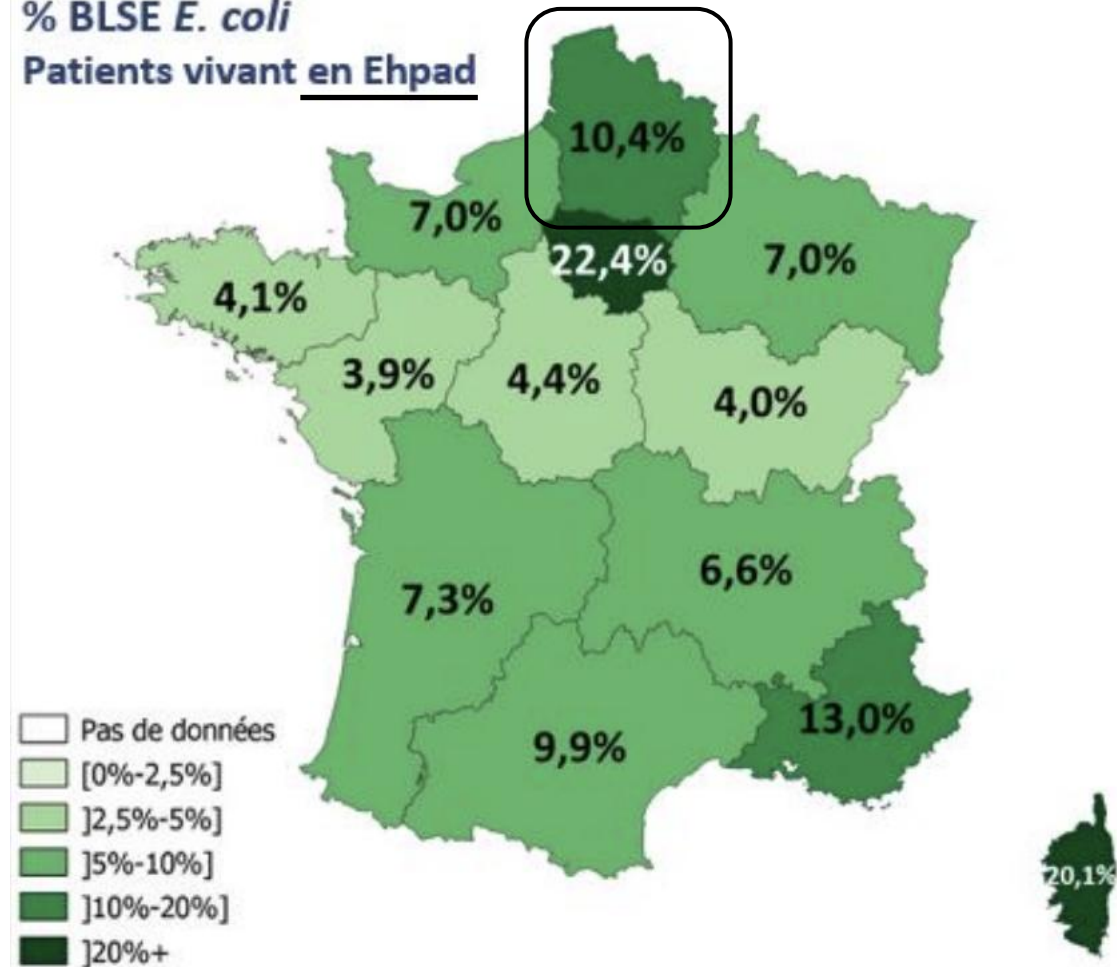
% BLSE *E. coli*

Patients vivant à domicile



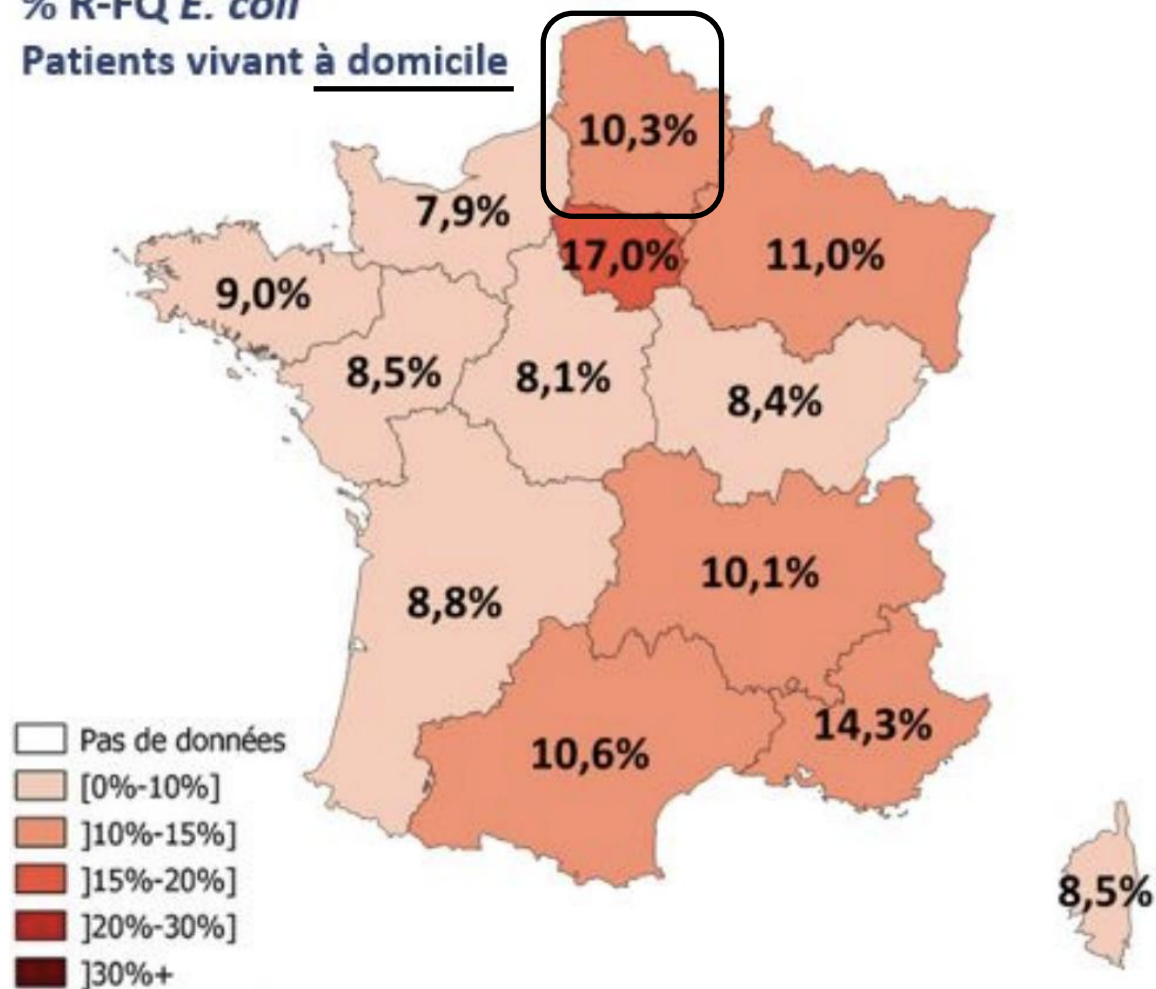
% BLSE *E. coli*

Patients vivant en Ehpad

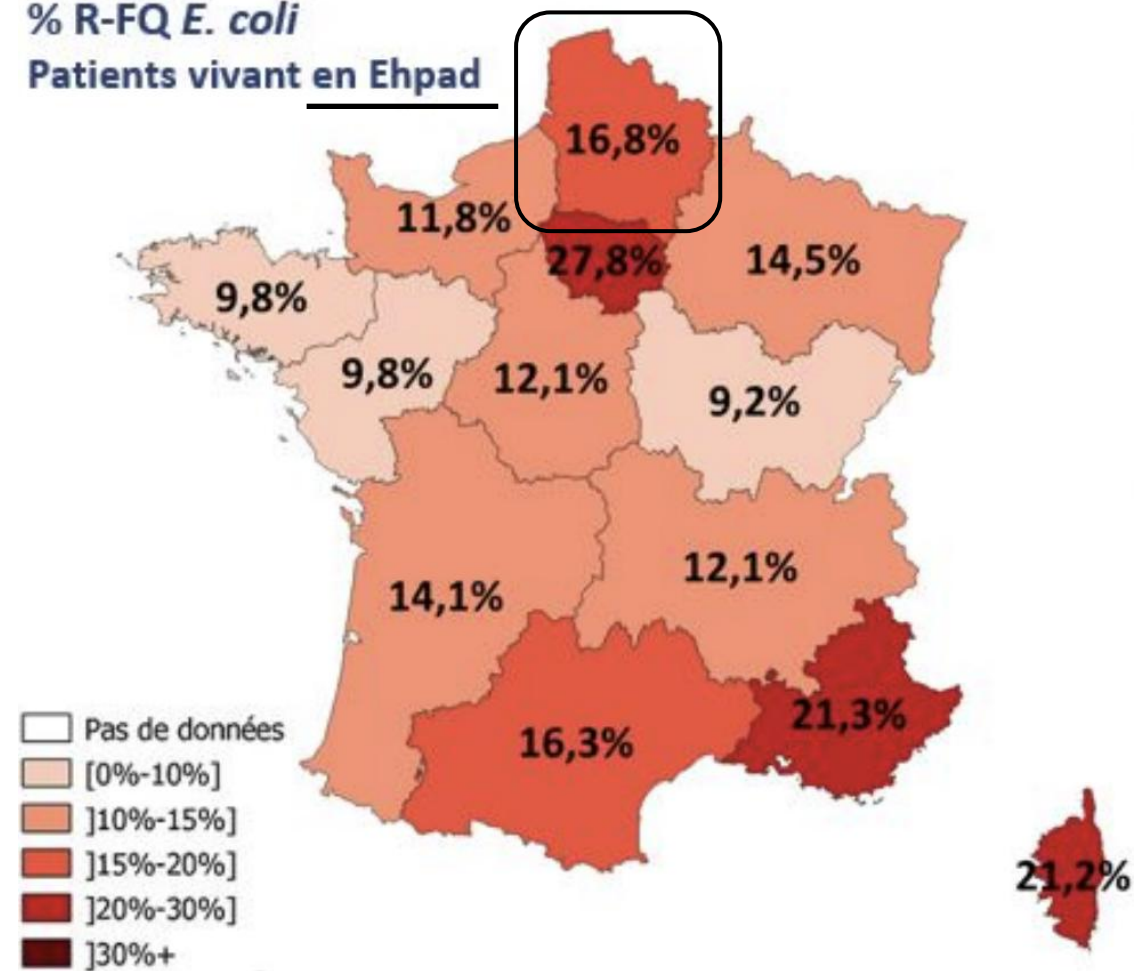


ANTIBIORÉSISTANCE : *E. coli* FQ-R

% R-FQ *E. coli*
Patients vivant à domicile

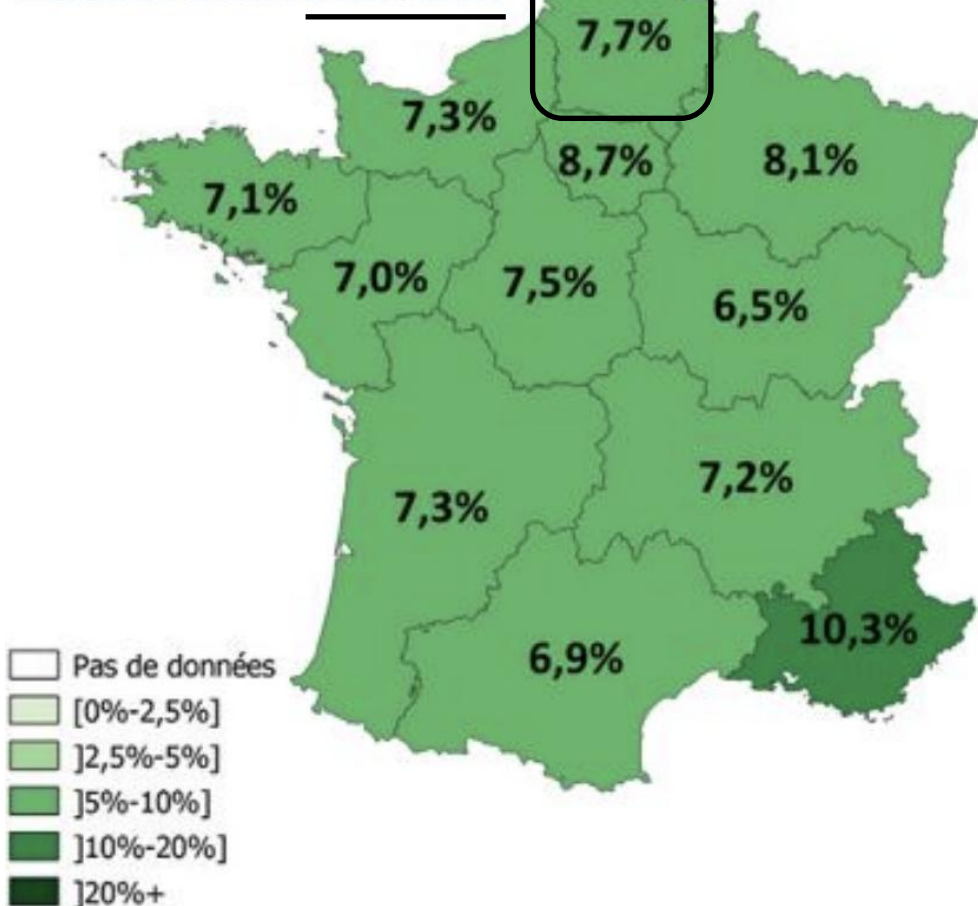


% R-FQ *E. coli*
Patients vivant en Ehpad

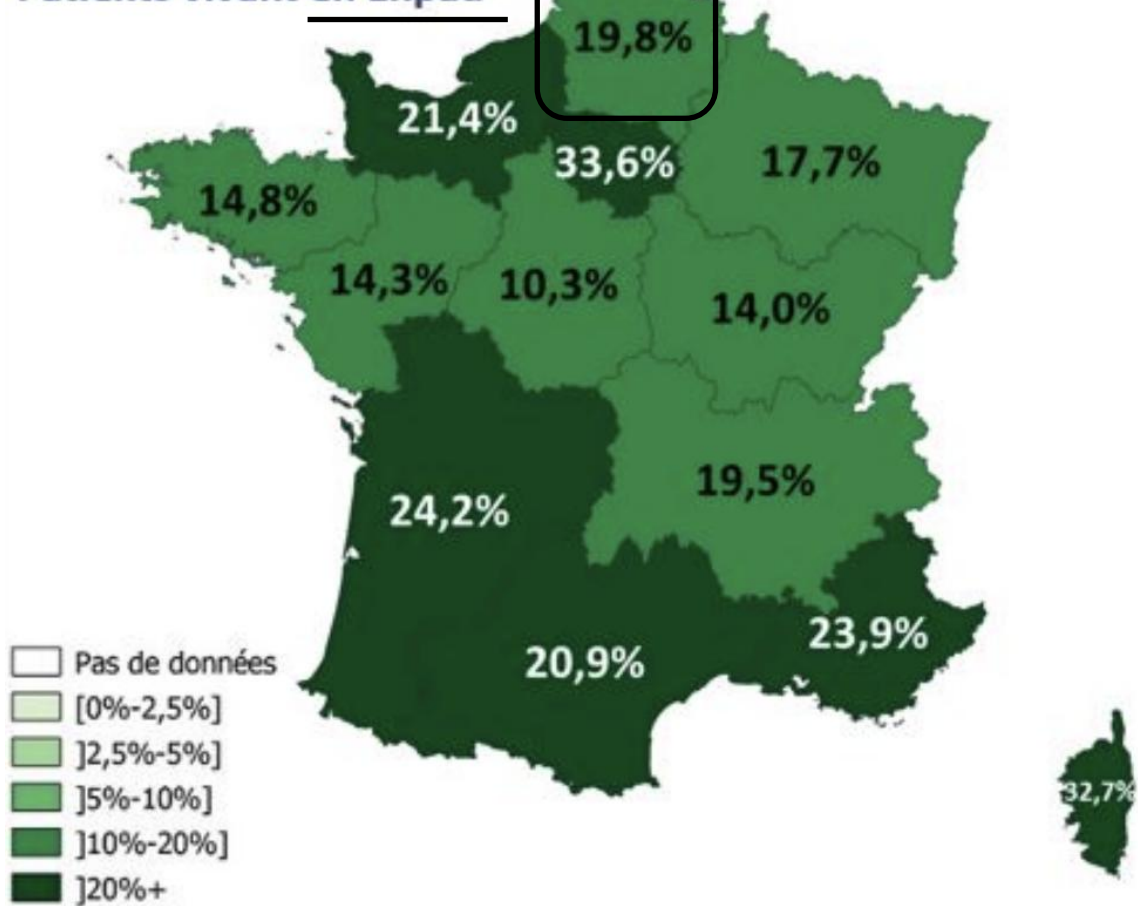


ANTIBIORÉSISTANCE : *K. pneumoniae* BLSE

% BLSE *K. pneumoniae*
Patients vivant à domicile

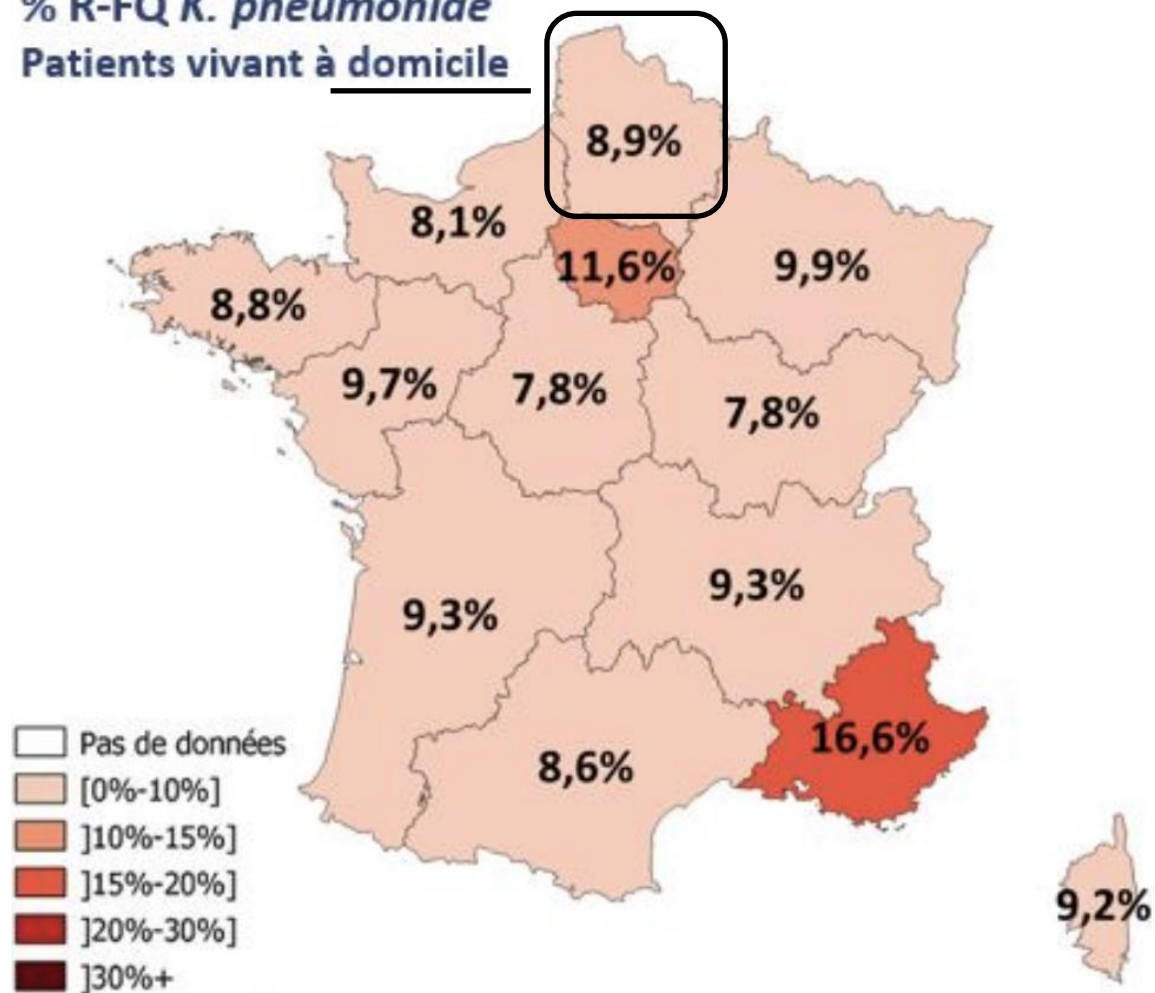


% BLSE *K. pneumoniae*
Patients vivant en Ehpad



ANTIBIORÉSISTANCE : *K. pneumoniae* FQ-R

% R-FQ *K. pneumoniae*
Patients vivant à domicile



% R-FQ *K. pneumoniae*
Patients vivant en Ehpad

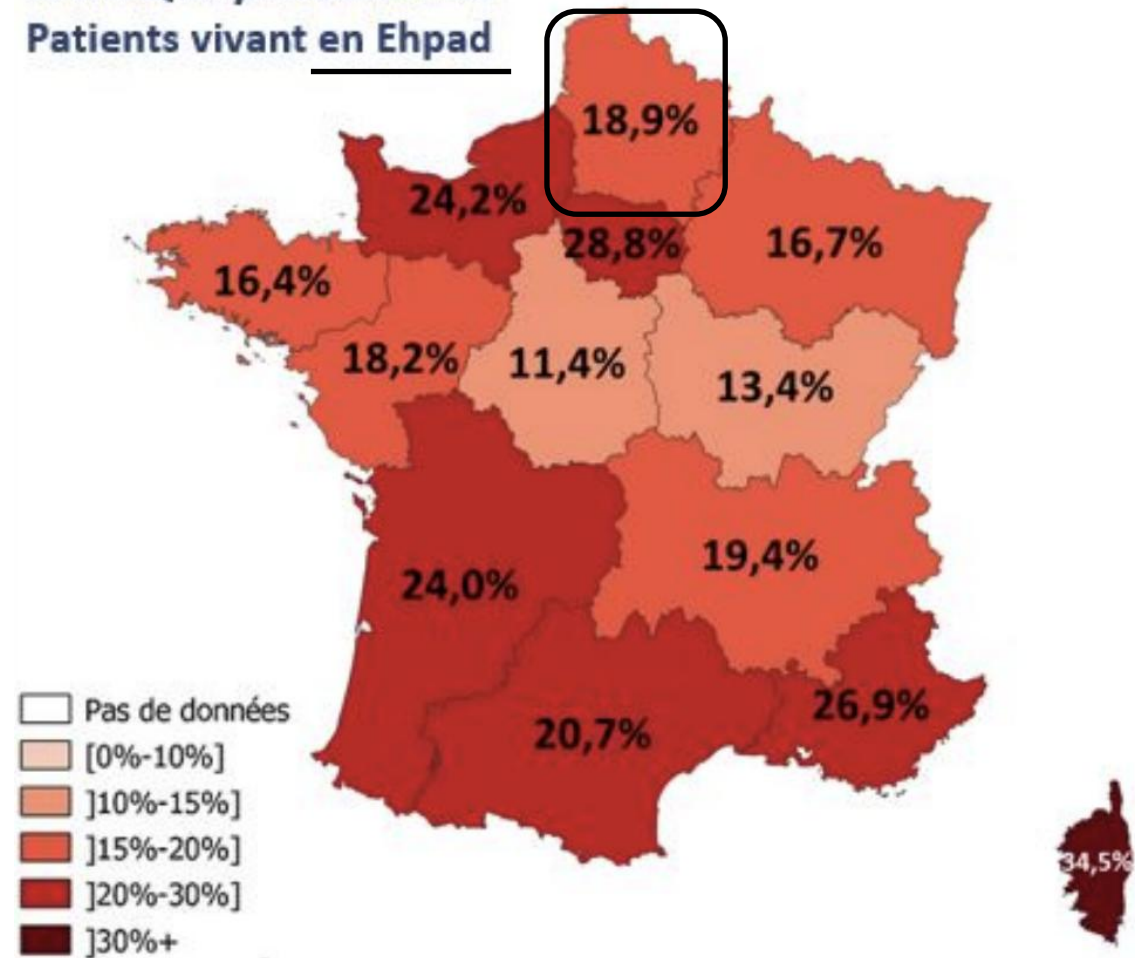


TABLEAU 5 | SARM: pourcentage et incidence par secteur d'activité (N = 7457). France, mission nationale Spares, données 2022

Secteur d'activité	Staphylococcus aureus résistant à la métilcilline		
	Nb souches	SARM/S. aureus (%)	Incidence pour 1 000 JH
Court séjour	6 263	10,9	0,21

TABLEAU 7 | Escherichia coli BLSE: pourcentage au sein de l'espèce et incidence par secteur d'activité (N = 11 941). France, mission nationale Spares, données 2022

Secteur d'activité	Escherichia coli BLSE		
	Nb souches	E. coli BLSE/E. coli (%)	Incidence pour 1 000 JH
Court séjour:	9 384	5,3	0,32

TABLEAU 8 | Klebsiella pneumoniae BLSE: pourcentage au sein de l'espèce et incidence par secteur d'activité (N = 9 035). France, mission nationale Spares, données 2022

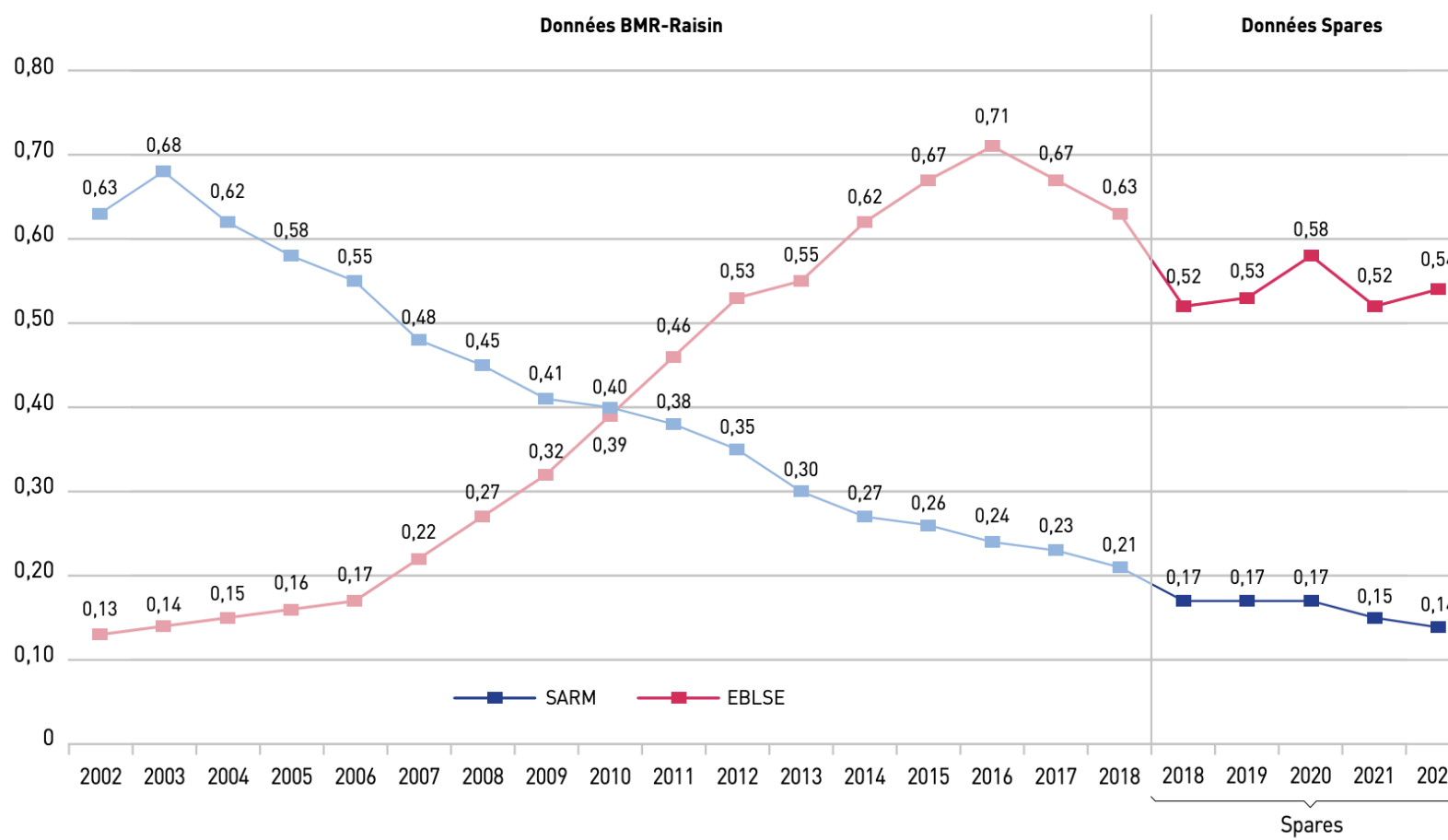
Secteur d'activité	Klebsiella pneumoniae BLSE		
	Nb souches	K. pneumoniae BLSE/ K. pneumoniae (%)	Incidence pour 1 000 JH
Court séjour:	6 889	17,7	0,24

TABLEAU 9 | Enterobacter cloacae complex BLSE: pourcentage au sein de l'espèce et incidence par secteur d'activité (N = 4 614). France, mission nationale Spares, données 2022

Secteur d'activité	Enterobacter cloacae complex BLSE		
	Nb souches	E. cloacae complex BLSE/E. cloacae complex (%)	Incidence pour 1 000 JH
Court séjour:	3 594	16,5	0,12

ANTIBIORÉSISTANCE A L'HÔPITAL

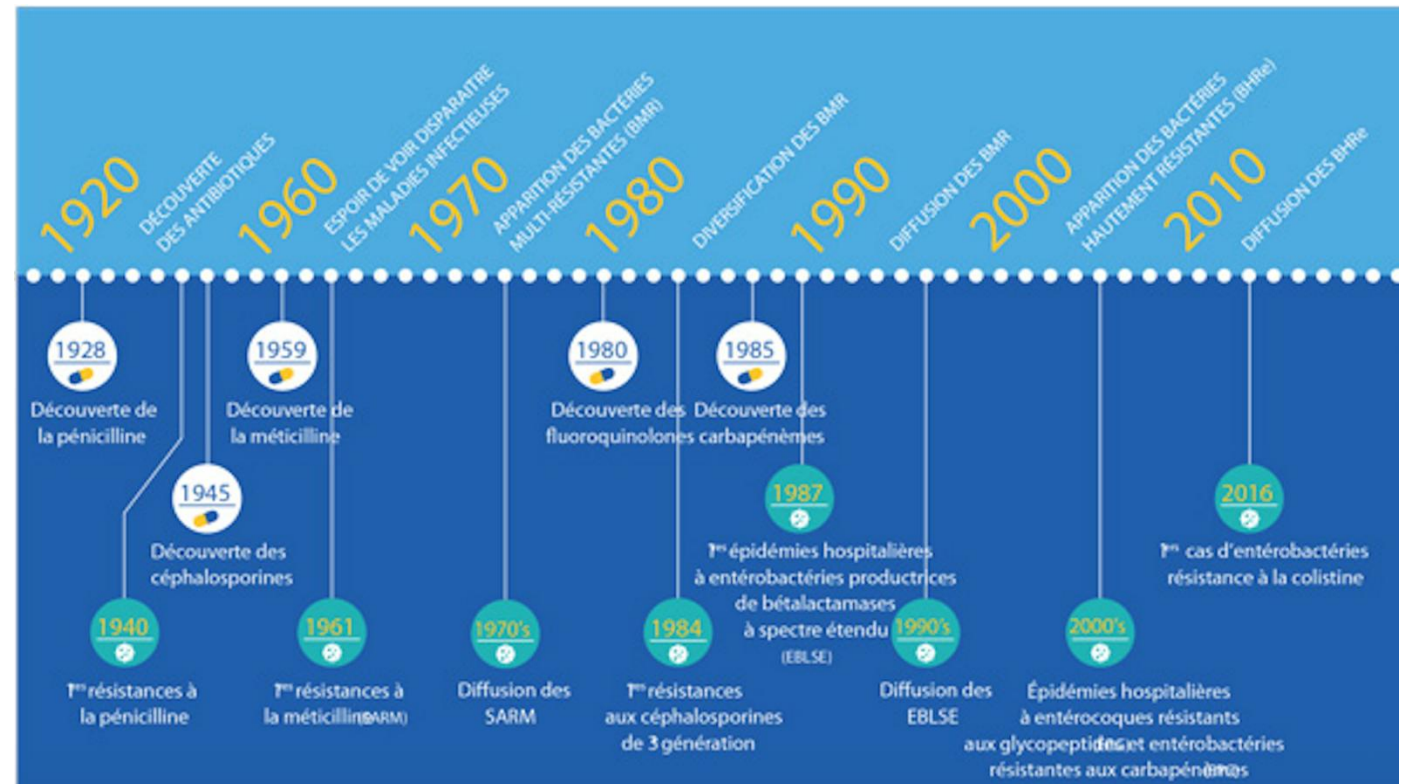
FIGURE 2 | Évolution entre 2002 et 2022 de l'incidence (nombre de souches pour 1000 JH) des SARM et des EBLSE. France, mission nationale Spares, données 2022
Nombre d'établissements participants variable chaque année, changement de méthode de surveillance en 2018



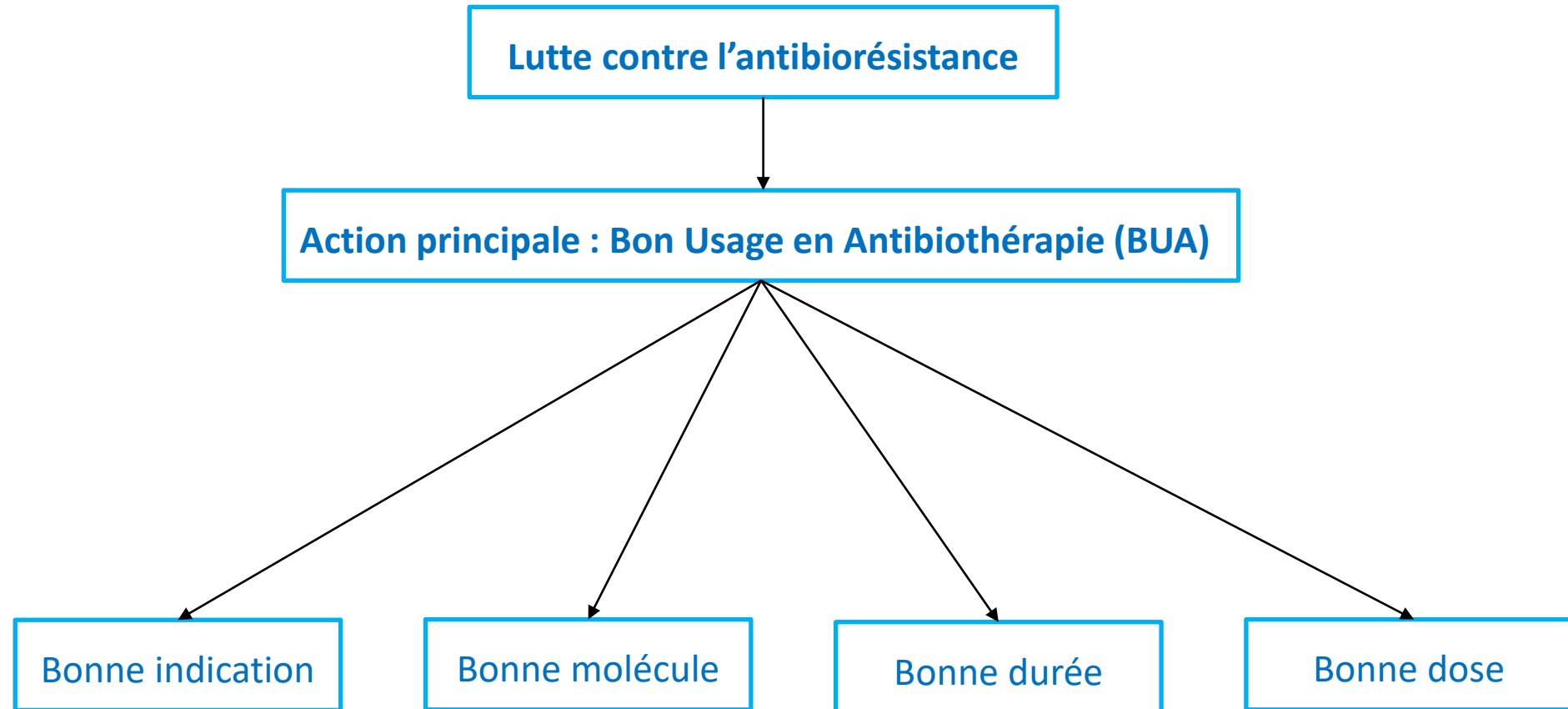
- Une **problématique mondiale**
- À l'origine d'un **nombre croissant de décès** (décès liés)
- Problématique en France à **plusieurs niveaux** :
 - En ville
 - En EHPAD
 - En établissements de santé
- **Paysage de l'antibiorésistance en modification** (augmentation de la résistance aux entérobactéries, diminution du nombre de SARM)
- **Cause principale de l'antibiorésistance** : Usage inadapté d'antibiotiques

ENGRENAGE :
DE LA SURCONSOMMATION
D'ANTIBIOTIQUES
À L'IMPASSE THÉRAPEUTIQUE

LA SURCONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES EST RESPONSABLE DE L'AUGMENTATION DES RÉSISTANCES BACTÉRIENNES AUX ANTIBIOTIQUES, FAISANT CRAINdre DES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES DE PLUS EN PLUS FRÉQUENTES



LUTTE CONTRE L'ANTIBIORÉSISTANCE



Bonne indication

Les antibiotiques sont efficaces uniquement pour traiter les infections causées par des bactéries. Ils ne doivent pas être prescrits pour une infection causée par un virus.

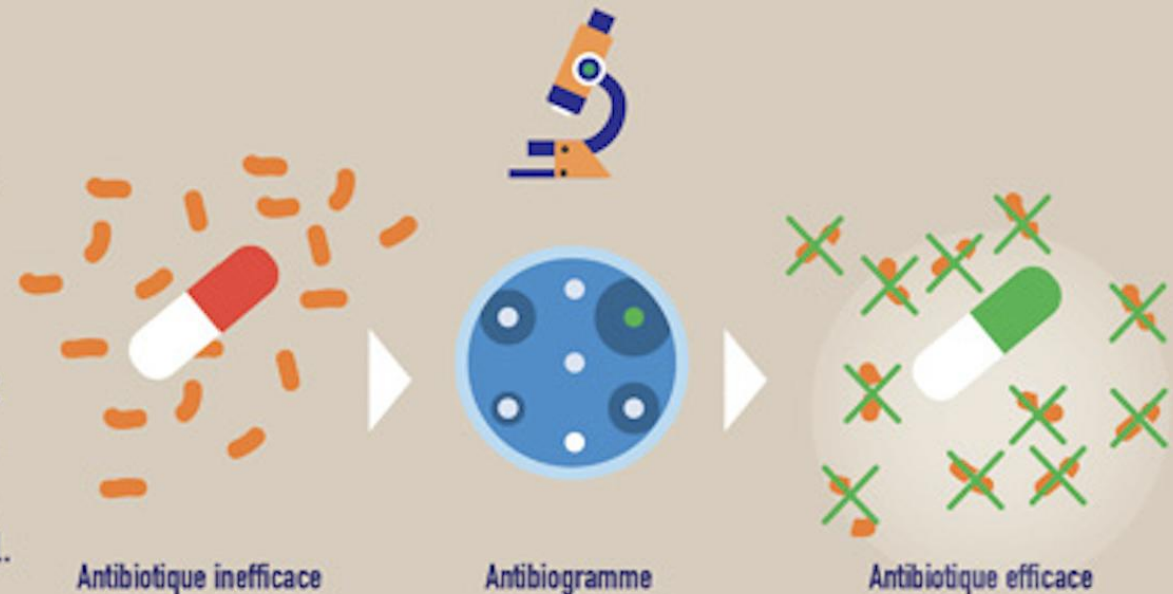


Bonne molécule

Une bactérie peut être naturellement résistante ou devenir résistante à certains antibiotiques. Ces antibiotiques seront alors sans effet sur ces bactéries.

Pour savoir si un antibiotique sera efficace, une analyse bactériologique avec un antibiogramme peut être nécessaire. Son résultat permet d'adapter le traitement. Une molécule dont l'effet cible au mieux la bactérie en cause sera alors prescrite.

Depuis 2016, une analyse bactériologique avec antibiogramme est obligatoire pour prescrire certains antibiotiques à un animal.



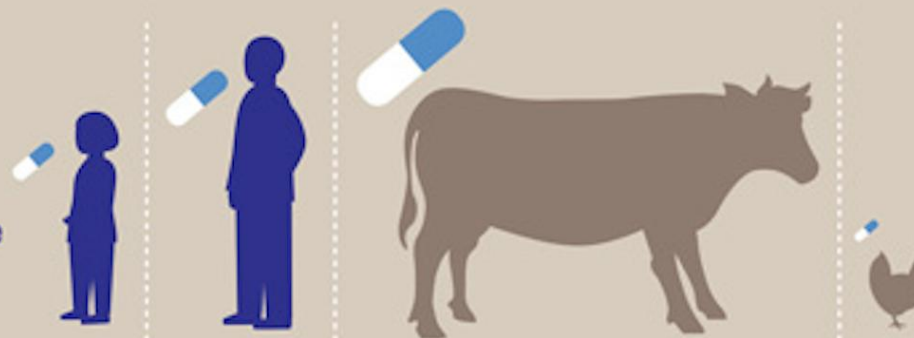
BON USAGE EN ANTIBIOTHÉRAPIE (BUA)

Bonne dose

La dose d'antibiotique prescrite doit être adaptée au type d'infection mais aussi à la personne ou à l'animal (âge, poids, ...).

Si la dose est insuffisante ▶ risque de ne pas guérir de l'infection et risque d'apparition de résistance bactérienne.

Si la dose est excessive ▶ risque majoré d'effet indésirable.

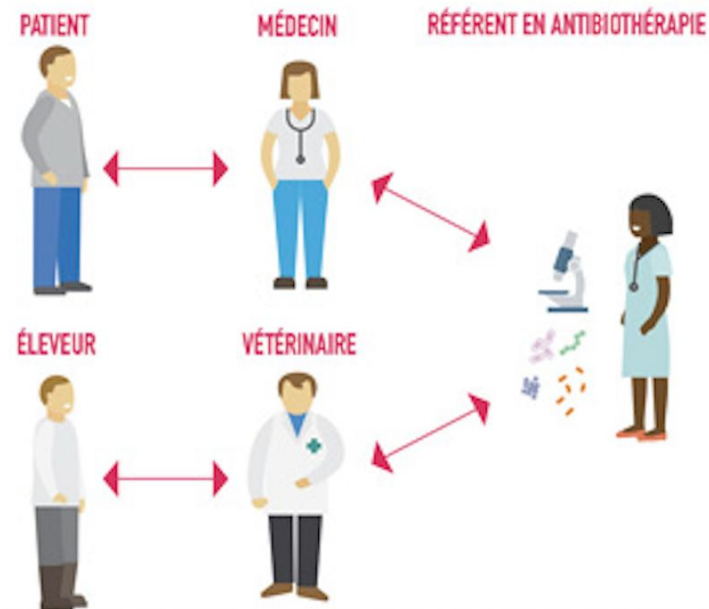


Bonne durée

- La durée de prescription doit toujours être respectée.
- Il existe aujourd'hui des traitements courts (dose unique, 3, 5 ou 7 jours) qui sont efficaces et réduisent le risque que les bactéries développent une résistance.



- Un traitement antibiotique ne doit jamais être pris ni réutilisé (même pour une infection du même type) sans avis médical.



- En cas de doute, en ville comme à l'hôpital ou en santé animale, le prescripteur peut prendre l'avis d'un référent en antibiothérapie.

BUA : BONNE INDICATION

Bonne indication

Les antibiotiques sont efficaces uniquement pour traiter les infections causées par des bactéries. Ils ne doivent pas être prescrits pour une infection causée par un virus.



Mise en place de TROD à plusieurs niveaux
(hôpital, médecine générale, pharmacie)



ILS SONT
PRÉCIEUX,
UTILISONS-LES
MIEUX.

Tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD)



Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) des angines permettent de vérifier l'origine virale ou bactérienne d'une angine en quelques minutes, grâce à un prélèvement de gorge réalisé par un médecin ou un pharmacien. Ces tests permettent donc de décider si la prescription d'antibiotiques s'avère nécessaire.

BUA : BONNE INDICATION

Bonne indication

Les antibiotiques sont efficaces uniquement pour traiter les infections causées par des bactéries. Ils ne doivent pas être prescrits pour une infection causée par un virus.



Lancement d'ordonnances de non-prescription

Ordonnance de non-prescription antibiotique
L'Assurance-Maladie

Infection virale : comment vous soigner ?

LES ANTI-BIOTIQUES
bien se soigner, c'est d'abord bien les utiliser

DATE : / /






NOM DU PATIENT :

CACHET MÉDECIN

Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ?


Le rhume (rhinopharyngite), la grippe, la bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines sont de nature virale et guérissent donc sans antibiotiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite. Le tableau ci-dessous vous indique la durée habituelle des symptômes de ces maladies (avec ou sans antibiotiques).

<input checked="" type="checkbox"/>	MALADIE	DURÉE HABITUELLE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES
<input type="checkbox"/>	 RHINOPHARYNGITE (RHUME) • Toujours virale.	• Fièvre : 2-3 jours. • Nez qui coule (sécrétions de couleur blanche, jaune ou verte), nez bouché : 7-12 jours. • Toux : 1 à 3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 GRIPPE • Infection virale.	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours. • Toux : 2-3 semaines. • Fatigue : plusieurs semaines.
<input type="checkbox"/>	 ANGINE VIRALE • Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif.	• Fièvre : 2-3 jours. • Mal à la gorge : 7 jours.
<input type="checkbox"/>	 BRONCHITE AIGÜE • Quasiment toujours virale. • Les toux grasses avec des sécrétions jaunes ou verdâtres font partie de l'évolution naturelle de la maladie.	• Fièvre : 2-3 jours. • Toux : 2-3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 OTITE AIGÜE • Après l'âge de 2 ans, guérit le plus souvent sans antibiotiques.	• Fièvre, douleur : 3-4 jours.

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

- Buvez suffisamment : vous ne devez pas avoir soif.
- Adaptez votre activité physique, cela aide votre corps à guérir.
- Il existe des médicaments contre la fièvre ou la douleur. Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.

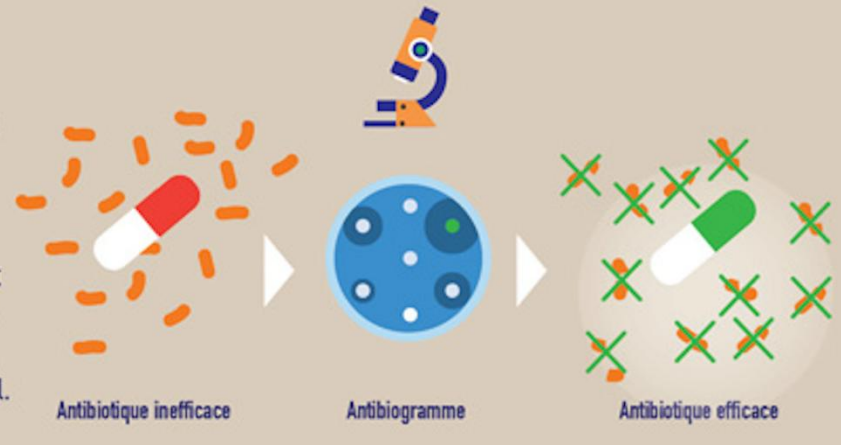

 Si vous avez de la fièvre (température > 38,5°C) durant plus de 3 jours, ou si d'autres symptômes apparaissent, ou que votre état de santé ne s'améliore pas, vous devez reconsulter votre médecin.

Bonne molécule

Une bactérie peut être naturellement résistante ou devenir résistante à certains antibiotiques. Ces antibiotiques seront alors sans effet sur ces bactéries.

Pour savoir si un antibiotique sera efficace, une analyse bactériologique avec un antibiogramme peut être nécessaire. Son résultat permet d'adapter le traitement. Une molécule dont l'effet cible au mieux la bactérie en cause sera alors prescrite.

Depuis 2016, une analyse bactériologique avec antibiogramme est obligatoire pour prescrire certains antibiotiques à un animal.



Bonne dose

La dose d'antibiotique prescrite doit être adaptée au type d'infection mais aussi à la personne ou à l'animal (âge, poids...).

Si la dose est insuffisante ▶ risque de ne pas guérir de l'infection et risque d'apparition de résistance bactérienne.

Si la dose est excessive ▶ risque majoré d'effet indésirable.

Travail conjoint avec les laboratoires de microbiologie et lancement de l'antibiogramme ciblé



RECOMMANDATION

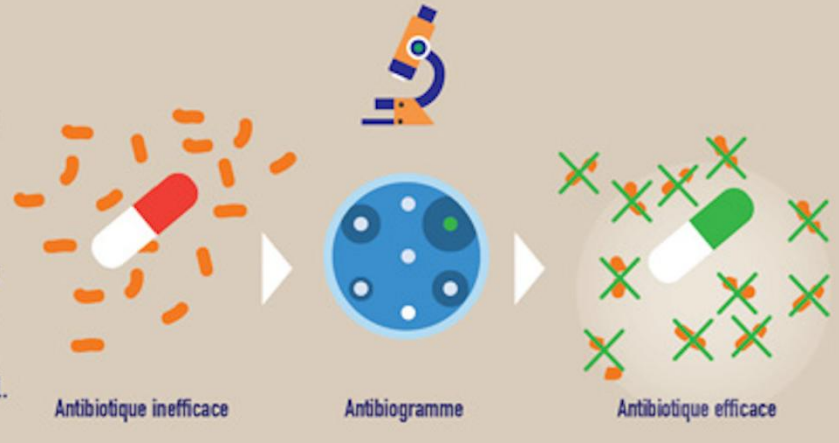
Antibiogrammes ciblés pour les infections urinaires à Entérobactéries dans la population féminine adulte (à partir de 12 ans).

Bonne molécule

Une bactérie peut être naturellement résistante ou devenir résistante à certains antibiotiques. Ces antibiotiques seront alors sans effet sur ces bactéries.

Pour savoir si un antibiotique sera efficace, une analyse bactériologique avec un antibiogramme peut être nécessaire. Son résultat permet d'adapter le traitement. Une molécule dont l'effet cible au mieux la bactérie en cause sera alors prescrite.

Depuis 2016, une analyse bactériologique avec antibiogramme est obligatoire pour prescrire certains antibiotiques à un animal.



Bonne dose

La dose d'antibiotique prescrite doit être adaptée au type d'infection mais aussi à la personne ou à l'animal (âge, poids...).

- Si la dose est insuffisante** ▶ risque de ne pas guérir de l'infection et risque d'apparition de résistance bactérienne.
- Si la dose est excessive** ▶ risque majoré d'effet indésirable.

**Bonne molécule et bonne dose :
Relais per os ?**

Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Ce document vise à guider le choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux, que ce soit lors de l'initiation ou de la réévaluation du traitement, quel que soit le lieu de prise en charge du patient (établissement de santé, ESMS ou domicile).

La littérature a démontré plusieurs **bénéfices** à l'administration orale d'emblée ou au relais de la voie parentérale (IV, IM, SC) vers la **voie orale (PO)** : réduction des risques liés au cathéter ou à l'injection (notamment le risque d'infection), de la durée d'hospitalisation, augmentation du confort du patient et de sa mobilité, diminution du temps infirmier dédié, réduction du gaspillage de matériel jetable lié à la perfusion et diminution de l'empreinte carbone.

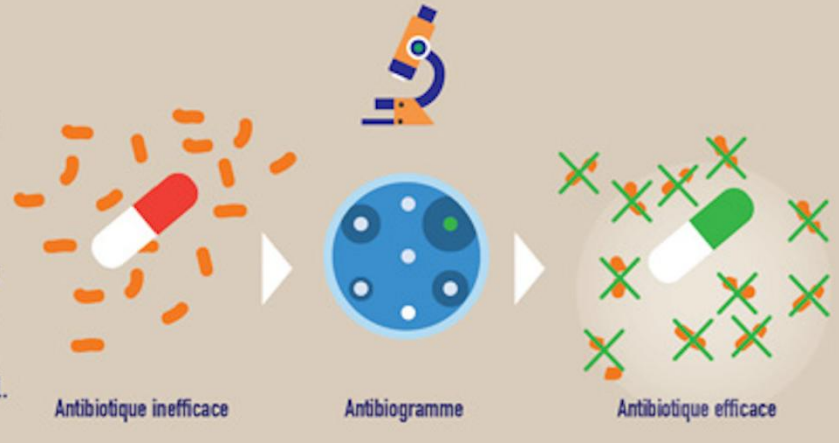
Une étude observationnelle a démontré qu'administrer un antibiotique par voie IV est presque 5 X plus long que par voie PO et 27 X plus coûteux.¹ En effet, le temps moyen infirmier pour une administration PO est largement réduit comparativement à la voie IV (Temps moyen consacré à une prise d'antibiotique : 10,3 min IV versus 2,4 min PO, Temps moyen consacré par jour à un traitement antibiotique : 23,4 min IV versus 5,6 min PO).

Bonne molécule

Une bactérie peut être naturellement résistante ou devenir résistante à certains antibiotiques. Ces antibiotiques seront alors sans effet sur ces bactéries.

Pour savoir si un antibiotique sera efficace, une analyse bactériologique avec un antibiogramme peut être nécessaire. Son résultat permet d'adapter le traitement. Une molécule dont l'effet cible au mieux la bactérie en cause sera alors prescrite.

Depuis 2016, une analyse bactériologique avec antibiogramme est obligatoire pour prescrire certains antibiotiques à un animal.



Bonne dose

La dose d'antibiotique prescrite doit être adaptée au type d'infection mais aussi à la personne ou à l'animal (âge, poids...).

Si la dose est insuffisante ► risque de ne pas guérir de l'infection et risque d'apparition de résistance bactérienne.

Si la dose est excessive ► risque majoré d'effet indésirable.

Praticiens formés en
antibiothérapie et/ou référentiels
accessibles

EE2 : Les praticiens sont formés au bon usage des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.

EE4 : Les praticiens se réfèrent à un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antibiothérapie.





Centre Régional en Antibiothérapie (CRATB) des Hauts de France

VILLE ET ESMS

HÔPITAL

CRATB

GRAND PUBLIC

Référentiels pour la ville, les
établissements et services
médico-sociaux, l'hôpital

VILLE ET ESMS

Outils numériques

Recommandations

Formation ESMS et ville

IDEL

HÔPITAL

Guides de prescription

Formation >

Agenda >

Vaccination

Des référentiels pour la ville



ANTIBIOCLIC

Outil **indépendant** d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie, **pour un bon usage des antibiotiques**, destiné aux médecins de 1^{er} recours



Dentibiotic

Outil d'aide à la décision thérapeutique en **antibiothérapie** en **odonto-stomatologie**

Des référentiels à l'échelle nationale


INFECTIOLOGIE.com
ACCÈS MEMBRES
Recherche

[Infectiologie](#) ▾
 [Groupes de travail](#) ▾
 [Documents](#) ▾
 [Formation](#) ▾
 [Congrès et Réunions](#) ▾

SPILF
SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE
DE LANGUE FRANÇAISE



CMIT
COLLÈGE DES UNIVERSITAIRES
DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

SNMInf
SYNDICAT NATIONAL
DES MÉDECINS INFECTIOLOGUES

CNP-MIT
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

Infectio-DPC
DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU

Accueil / Documents / Recommandations / Diaporamas des recommandations


Recommandations 

Recherche...

- Bon usage
- Par pathologie >
- Par pathogène >
- Autres

[Contact](#)
[Mentions légales](#)

- Recommandations ▾
- Recommandations
- Diaporamas des recommandations
- Recommandations archivées
- Antibiotiques >
- Actualités >

Diaporamas des recommandations

Diaporamas réalisés par le comité des référentiels de la SPILF à partir de consensus ou recommandations

- Séquelles des encéphalites **2025**
- Pneumopathie d'inhalation SPILF/SFGG **2025**
- Pneumonies communautaires: recommandations SPILF/SPLF **2025**
- Infections cervicales profondes d'origine pharyngée Adulte et enfant **2025**
- infection par le VZV chez la femme enceinte et en périnatalité 2024
- Infection du pied diabétique 2023
- Abscès cérébraux 2023
- Arthrites septiques 2023
- Infections disco vertébrales 2023
- traitement des BMR (position Statement / reco ESCMID et IDSA) 2022
- Infections à C. difficile (2022)
- verrou antibiotique (2021)
- Bon usage des antifongiques (2021)
- Infections endo-urétérales (2021)
- Traitement de l'infection à *H. pylori* chez l'adulte (2021)
- Verrou ATB et infection de cathéter (2021)
- Durées de traitement antibiotique (2021)
- Infections urinaires et sclérose en plaques (2020)
- infections génitales hautes (2020)
- Vaccinations et Sclérose en plaques (2019)
- Alternatives aux carbapénèmes (2019)
- Infections cutanées (2019)
- Infections de dispositif électronique cardiaque implantable (2019)
- Infection de prothèse vasculaire: Diagnostic - Traitement (2019)
- CAT devant une infection invasive à méningocoque (IIM) - 2018
- Paludisme (2018)
- Encéphalites (2017)
- Méningites 2017
- AINS et infections ORL pédiatriques 2017
- Infections urinaires communautaires-2017.pp
- Endocardite-antibiothérapie.pptx (2015): **(Obsolète: en cours de révision)**
- Clostridium difficile diagnostic 2014
- Infections urinaires associées aux soins (2015)
- infection précoce de prothèse de hanche ou de genou (HAS) 2014
- Fluoroquinolones-2015.pptx **(Obsolète)**

Des référentiels à l'échelle de l'établissement

Antibiogilar

 CH Bethune

 CH Tourcoing

Antibiogilar

Infectiologie Nouveau: Moteur de Recherche

- Conduite à tenir chez le patient allergique à la pénicilline
- Bon usage des anti-infectieux IV
- Fiches anti-infectieux à remettre au patient
- Maladies à Déclaration Obligatoire

- Antibioprophylaxie chirurgicale
- Prophylaxie anti-infectieuse des personnes splénectomisées ou aspléniques
- Procédure AEV

Tous les documents

- Infections cardiovasculaires
- Infections cutanées
- Infections intra-abdominales
- Infections fongiques
- Infections neuroméningées
- Infections ORL
- Infections ostéo-articulaires
- Infections parasitaires
- Infections respiratoires
- Infections sexuellement transmissibles
- Infections urinaires
- Neutropénie fébrile
- CMV
- REB : Risques Emergents Biologiques
- Verrous thérapeutiques

RisQuaDoc - Intranet - CHU de Lille

Outils de BUA



Bon Usage Anti-infectieux (BUA)

Les objectifs de ce groupe sont :

- Améliorer la visibilité de la SPILF sur la thématique du Bon Usage des Anti-infectieux
- Établir une interface avec les partenaires impliqués dans la lutte contre l'antibiorésistance
- Promouvoir et soutenir les projets contribuant à améliorer la qualité des antibiothérapies
- Mettre à disposition des référents en infectiologie des outils en accès libre utiles dans la lutte contre l'antibiorésistance: outils de formation, d'aide à la prescription audits et indicateurs ou toute autre ressource utile. Toute personne souhaitant partager un outil sur le site peut envoyer l'outil ou le document accompagné de la [charte de partage signée](#) à toolbox@infectiologie.com.

Coordonnateurs :

- Alexandre CHARMILLON (Nancy)
- Vanina MEYSSONNIER (Genève)

Correspondant REJIF : Maëlle LE GOFF (Nantes)

Membres :

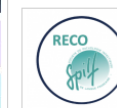
- Hugues AUMAÎTRE (Perpignan)
- Eric BONNET (Toulouse)
- Alexa DEBARD (Toulouse)
- Sylvain DIAMANTIS (Melun)
- Tanguy FLAO (Marmande)
- Françoise JAUREGUY (Paris)
- Raphaël LEPEULE (Créteil)
- François LHERITEAU (APHP)
- Bastien MOLLO (Paris)
- Claire HOBSON (Paris)
- Clément OURGHANLIAN (Paris)
- Nathan PEIFFER-SMADJA (Paris)
- Lydie PORTE (Toulouse)
- Béatrice ROSOLEN (Dijon)
- Yvon RUCH (Strasbourg)
- Pauline THILL (Lille)
- Emmanuel PIEDNOIR (Caen)

Groupes de travail
Vaccination-Prévention
Émergences
Recherche
Infectio-gériatrie (GINGER)
Bon Usage Anti-infectieux (BUA)
Formations, Congrès et Séminaires
Bourse BUA
Stages en EMA
Publications du groupe - Newsletters
Outils de BUA
Bon Usage Diagnostique
BUA dans le monde
Pénuries anti-infectieux
Jeunes Infectiologues RéJIF
G2I
Groupe Infectiologie Digitale (GID)
Migrations et Populations en situation de vulnérabilité (MiPop)
Recommandations
GRoupe Infectiologie Ecologie (GRINE)
Groupe Infirmier en Pathologie Infectieuse (GriPI)

Outils de BUA

Référentiels






- **ePOPI**: Guide pratique d'aide à la prescription des anti-infectieux
- Recommandations de la **SPILF** et ses fiches synthèse **Info-Antibio**
- **ePILLY Trop**: référentiel infectiologie tropicale
- Recommandations **HAS**
- Recommandations du **Haut conseil de la Santé publique**



Info-antibio



Outils d'aide à la prescription

- **AbxBMI**: Calcul du Dosage des antibiotiques en situation d'obésité 
- Adaptation **posologique** des antibiotiques à la fonction rénale par l'**omed t**
- **Antibiocllic**: outils d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie 
- Le **CRAT**: Médicaments et grossesse, allaitement 
- **Interactions médicamenteuses et traitement VIH** 
- Liste des médicaments **écrasables** par l'**omed t** 
- Outils d'aide à la **dispensation** des anti-infectieux: sortie d'hospitalisation et prescriptions de ville **omed t**

Outils de BUA

Date d'ajout	Secteur	Public	Thématique si applicable	Titre	Lien
nov-24	Etablissement de santé	Tout professionnel de santé	Administration IV	International collaborative for drug stability testing	https://icdst.co.uk/
mars-25	Etablissement de santé + Ville	Tout professionnel de santé	Administration IV	Intravenous administration of antibiotics by prolonged and continuous infusion	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666991924001854
juil-25	Etablissement de santé + Ville	Tout professionnel de santé	Administration IV	Administration des antibiotiques par voie intraveineuse en perfusion prolongée et continue	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772743225000029
juil-25	Etablissement de santé	Tout professionnel de santé	Administration IV	Stabilité des antibiotiques en pousse-seringue électrique (PSE) et en diffuseur portable : application en pratique	https://www.antibioest.org/wp-content/files/antibioest-autres-ressources-utiles-DP-00958-Stabilite-des-antibiotiques-10042025-1138.pdf
juil-25	Etablissement de santé	Tout professionnel de santé	Administration IV	Intravenous administration of antibiotics by prolonged and continuous infusion in a pediatric context	Intravenous administration of antibiotics by prolonged and continuous infusion in a pediatric context - PubMed
nov-24	Etablissement de santé	Tout professionnel de santé	Administration IV	Ordre d'administration des antibiotiques IV en situation de choc septique	https://www.apesquebec.org/system/files?file=2024-02/20181101_RPEI_ATB_IV_STAT_buletin.pdf
NOUVEAU avril-2026	Tous	Tout prescripteur, Pharmacien	Administration IV IM SC	Anti-infectieux : Reconstitution et stabilité	https://www.antibioest.org/wp-content/files/antibioest-spares-HUS-067_1_V3_Anti-infectieux_Reconstitution_et_stabilite_260226_HP_YN_TN_fin_1-1956.pdf
nov-24	Tous	Tout professionnel de santé	Administration PO	Liste OMEDIT Normandie des médicaments écrasables en partenariat avec la SFPC	https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/liste-des-medicaments-ecrasables/liste-des-medicaments-ecrasables,3184,3511.html

LA 5^{ÈME} VERSION



DU KIT D'OUTILS DÉDIÉS AU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

EST DISPONIBLE

NOUVEAU



LES COUPS DE COEUR

une sélection d'outils appréciés par SPARES !

Disponible en ligne cliquez ou



flashez

OPTIMISATION DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

FORMATION AUDITS

RÉFÉRENTIELS

OUTILS STRATÉGIQUES

PAR SITUATION CLINIQUE

6 rubriques

la revue du praticien

Quand choisir une antibiothérapie de courte durée ?

Emma d'Anglejan¹, Frédérique Bouchand^{2,3}, Aurélien Dinh^{1,3}  Affiliations et déclarations d'intérêt

La Revue du Praticien | Publié le 23 Septembre 2024 | 74(7);703-9

Bonne durée

- La durée de prescription doit toujours être respectée.
- Il existe aujourd'hui des traitements courts (dose unique, 3, 5 ou 7 jours) qui sont efficaces et réduisent le risque que les bactéries développent une résistance.



Lutte contre le développement des résistances bactériennes, amélioration de l'observance, limitation des coûts et des durées d'hospitalisation, diminution des effets indésirables : les arguments en faveur d'une réduction de la durée des traitements antibiotiques sont nombreux. Une antibiothérapie de courte durée doit être préférée dès que cela est possible et en particulier lors des infections fréquentes traitées en médecine de ville.

Durée courte d'antibiothérapie = Diminution de l'antibiorésistance

Low Dosage and Long Treatment Duration of β -Lactam

Risk Factors for Carriage of Penicillin-Resistant *Streptococcus pneumoniae*

Variable	No. of Children	No. of PRSp Carriers	Unadjusted OR (95% CI)	P Value
Duration of treatment				
No use†	780	10	1.0	
Long†	138	6	3.5 (1.3-9.8)	.02
Short	23	0	NA	.9

Antibiothérapie longue (> 5 jours) par bêta-lactamines associée au portage de **pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline**

Guillemot et al. JAMA. 1998.

Comparison of 8 vs 15 Days of Antibiotic Therapy for Ventilator-Associated Pneumonia in Adults

Among patients who developed recurrent infections, multiresistant pathogens emerged less frequently in those who had received 8 days of antibiotics (42.1% vs 62.0% of pulmonary recurrences, $P = .04$).

Traitement des PAVM 8 jours (vs. 15) = **moins de bactéries multirésistantes en cas de récurrence**

Chastre et al. JAMA. 2003.

Durée courte d'antibiothérapie = Diminution des effets indésirables

Effect of procalcitonin-guided antibiotic treatment on mortality in acute respiratory infections: a patient level meta-analysis

	Control (n=3372)	Procalcitonin group (n=3336)	Adjusted OR (95% CI)*, p value
Overall			
Total exposure of antibiotics, days†	8.1 (6.6)	5.7 (6.6)	
Antibiotic-related side-effects	336/1521 (22%)	247/1513 (16%)	0.68 (0.57 to 0.82), p<0.0001

Pourcentage d'effets indésirables corrélé à la durée d'antibiothérapie

Schuetz. Lancet. 2018.

Association of Duration and Type of Surgical Prophylaxis With Antimicrobial-Associated Adverse Events

Characteristic	No. (%) ^a			
	Whole Cohort	SSI	AKI ^b	<i>C difficile</i>
Prophylaxis duration, h				
<24	57 844 (73.2)	2334 (4.0)	7530 (14.7)	464 (0.8)
24-<48	17 602 (22.3)	450 (2.6)	4422 (26.4)	149 (0.9)
48-<72	2724 (3.5)	110 (4.0)	852 (32.1)	52 (1.9)
≥72	886 (1.1)	25 (2.8)	364 (41.9)	25 (2.8)

SSI : Infection de site opératoire

AKI : Insuffisance rénale aiguë

Augmentation de la prévalence d'insuffisance rénale aiguë et d'infection à *C. difficile* pour chaque jour passé sous antibiothérapie

Branch-Elliman. JAMA. 2019.

Durée courte d'antibiothérapie = Diminution du coût

Costs associated with shorter duration of antibiotic therapy in hospitalized patients with mild-to-moderate–severe community-acquired pneumonia

Study phase	Short (3 days) (<i>n</i> = 56)		Standard (8 days) (<i>n</i> = 63)		Difference (short – standard)	
	Mean	95% CI ^a	Mean	95% CI ^a	Mean	95% CI ^a
Hospital admission	3721	3151–4293	3930	3220–4638	–209	–757 to 1170
Follow-up	238	140–336	172	56–288	66	–221 to 89
Total	3959	3397–4524	4102	3399–4803	–143	–810 to 1091
Difference (%)					–4%	

Traitement des pneumonies aiguës communautaires hospitalisées = **réduction de 143€ par patient chez les patients traités 3 jours vs 8.**

Actualisation des recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires chez l'adulte par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF).

Avec le soutien de la Société de Réanimation de Langue Française, (SRLF), de la Société Française de Microbiologie (SFM), de la Société Française de Radiologie (SFR) et de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Réduction de la durée : 3-5 jours ?

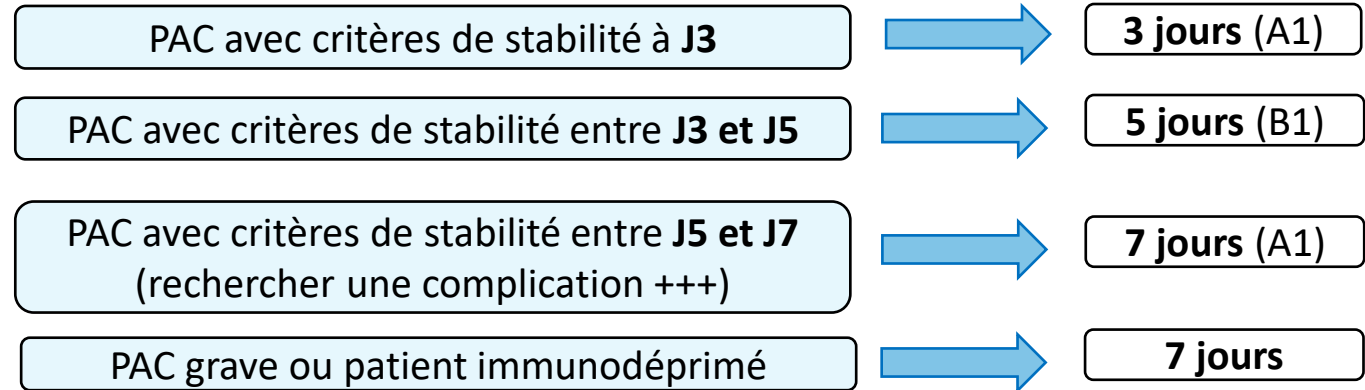
Individualisation de la durée : En fonction de la réévaluation

Aurélien Dinh ^{a,*}, François Barbier ^b,
Jean-Pierre Bedos ^c, Mathieu Blot ^d, Vincent Cattoir ^e,
Yann-Erick Claessens ^f, Xavier Duval ^g, Pierre Fillâtre ^h,
Maxime Gautier ⁱ, Yann Guegan ^j, Sophie Jarraud ^k,
Alban Le Monnier ^l, David Lebeaux ^m, Paul Loubet ⁿ,
Constance de Margerie ^o, Philippe Serayet ^p,
Yacine Tandjaoui-Lambotte ^{q,r}, Emmanuelle Varon ^s,
Yves Welker ^t, Damien Basille ^{r,u,v}

Prise en charge ambulatoire ou hospitalisation en secteur conventionnel

Tableau 11 Critères de stabilité clinique au cours des PAC [136]

Critères de stabilité clinique	Valeurs
Température	≤ 37,8 °C
Pression artérielle systolique	≥ 90 mmHg
Fréquence cardiaque	≤ 100/min
Fréquence respiratoire	≤ 24/min
SpO ₂	≥ 90 % en air ambiant
ou PaO ₂	≥ 60 mmHg en air ambiant



Un traitement supérieur à 7 jours doit être argumenté

Durée raccourcie à 3 jours possible uniquement en cas réévaluation à J3

Durée d'antibiothérapie :
Recommandations HAS



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHÈSE

Choix et durées d'antibiothérapie préconisées dans les infections bactériennes courantes

Validée par le Collège le 15 juillet 2021

Mise à jour décembre 2024

Infections ORL de l'adulte

Otite moyenne aiguë purulente	
amoxicilline	5 jours
Sinusite maxillaire aiguë purulente (suspicion d'infection bactérienne)	
amoxicilline	7 jours
Sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire	
amoxicilline-acide clavulanique	7 jours
Sinusite frontale, éthmoïdale, sphénoïdale	
Avis ORL sans retarder la mise en place du traitement antibiotique	7 jours
amoxicilline-acide clavulanique	
Angine aiguë	
Score de Mac Isaac < 2 ou score de Mac Isaac ≥ 2 et test de diagnostic rapide négatif	-
Pas d'antibiotique	
Score de Mac Isaac ≥ 2 et test de diagnostic rapide positif	6 jours
amoxicilline	

Durée d'antibiothérapie : Info- Antibio

Info-antibio N° 107 : Décembre 2025 v1 : 25/12/25

Lettre d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur www.infectiologie.com et sur ce [lien](#)

Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

Durées d'antibiothérapies des infections courantes, non compliquées, en évolution favorable:

Recommandations SPILF/GPIP : sources (recommandations , [diaporamas du groupe recommandations](#)) : dans chaque sous chapitre

Vérifiez à chaque utilisation que ces recommandations n'ont pas été actualisées [en cliquant ICI](#)

Infections respiratoires

Pneumonie aiguë communautaire :

Si amélioration clinique à J3 : **3J**

Si amélioration clinique entre J3 et J5 : **5J**

Si autre cas ou PAC hospitalisée en réanimation : **7J**

Pneumonie d'inhalation : **5J** si stable à J5, **7J** sinon

Coqueluche / Mycoplasme : selon macrolide : **3J** (azithro), **7J** (clarithro)

Autres infections respiratoires basses

Pneumonie associée aux soins ou PAVM (sauf immuno-, empyème, abcès) : **7J**

Pleurésie purulente, après dernier drainage : **14J**

Exacerbations de BPCO (si GOLD III ou IV) : **5J**

Infections ORL

Otite moyenne aiguë : **5J** (sauf enfant ≤ 2 ans : **10J**)

Angine à SGA : amox **6J** / allergies : cefpodoxime **5J** ou clarithro **5J**

Sinusite maxillaire : 1^{er} choix amox **7J** / C2-C3G PO **5J** / pristinamycine **4J** - Enfant

10J – Sinusite non maxillaire ou dentaire : amox clav **7J** / C2-C3G PO **5J** / FQ **5J** (sinusite maxillaire et otite non grave > 2ans, abstention ATB possible)

Infections cervicales

Adénite : **7J** (enfant **10J**)

Abcès péri-amygdalien, péripharyngé ou rétropharyngé : **7J** si drainé, **10J** sinon (enfant **10J**/abcès péri-amygdalien, **15J** autres zones)

Adénite aiguë suppurée grave, cellulite, médiastinite nécrosante descendante : **14J** post-chirurgie

Pied diabétique

Ostéite sans amputation : **6 sem**

Ostéite de tranche de section d'amputation : **3 sem**

Amputation complète sans infection peau/tissus mous : **5J** post op

Amputation complète avec infection peau/tissus mous : **7J** post op (**14J** si pas d'amélioration significative à J7)

Arthrites septiques, spondylodiscites et bursites

Arthrite : **6 sem** (*S. aureus*, entérobactérie), **4 sem** (strepto), **7J** (gonocoque)

Arthrite de la main, post inoculation, récente (< 4 sem) : **14J** post lavage chir

Spondylodiscite sans matériel ou avec matériel lavé/changé : **6 sem**

Spondylodiscite sur matériel non lavé/non changé : **avis expert**

Bursites : **14J** (en moyenne)

Infections urinaires (femme et homme)

Cystite aiguë simple (femme) : fosfomycine trométamol **1 dose unique**, pivmécillinam ou nitrofurantoïne **3J**

Cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins : fosfomycine trométamol **J1-J3-J5**, cotrimoxazole **5J**, autre molécule **7J**

Cystite de l'homme : fosfomycine trométamol **J1-J3-J5**, autre molécule **7J**

Pyélonéphrite aiguë (grave ou non) quel que soit le genre

Simple : fluoroquinolone ou β-lactamine inj **7J** (**5J** si aminoside seul), autre **10J**

A risque de complication ou associée aux soins : **10J** si évolution rapidement favorable. Si évolution défavorable ou abcès : **avis d'expert**

Prostatite : **14J**

Epididymite/orchite aiguë : **10J**

Infections génitales hautes et infections sexuellement transmises

Vaginose bactérienne : **7J**

Urétrite et cervicite : ceftriaxone **dose unique**+ doxycycline **7J**

Syphilis précoce : benzathine benzyl pénicilline : **1 seule dose** (allergie: doxy **14J**)

Neutropénie fébrile

Sans documentation microbiologique ni orientation clinique

Si hospitalisation : **3J minimum**. Arrêt si absence de signes de gravité ET patient stable ET apyrexie depuis 48h ET surveillance hospitalière de 24-48h (si la neutropénie persiste)

Si ambulatoire : Arrêt quand PNN > 500/mm³. Avis spécialisé après **7J**

Infection documentée (biologie ou foyer clinique)

7J minimum. Arrêt si apyrexie > 4J ET éradication microbiologique ET résolution des signes cliniques d'infection (adapter selon site/pathogène)

Infections de la peau et des tissus mous

Furoncle simple, impétigo simple : pas d'antibiotique

Plaie souillée, abcès cutané drainé, furoncle compliqué, morsure animale : **5J**

Furonculose, impétigo grave, dermohypodermite bactérienne non nécrosante: **7J**

Bactériémies liées aux cathéters veineux

Après ablation du KT et 1^{ère} hémoculture négative

Staph coag neg (+ apyrexie et pas de matériel endovasculaire) : **3J**

Streptocoques, entérocoques et BGN (y compris *Pseudomonas*) : **7J**

RETRAIT KT systématique : *S. aureus*, *S. lugdunensis*, *Candida sp.* : **14J**

Si thrombophlébite septique : **21J**

Si tentative de conservation du KT Verrou + antibiothérapie systémique : **10J**

Bactériémies primaires non compliquées

BGN (entérobactéries, non fermentants), streptocoques, entérocoques : **7J**

S. aureus et *S. lugdunensis* : **14J**

Endocardites

Streptocoques : Valve native : **4 sem** / Valve prothétique : **6 sem**

Entérocoques : Valve native/ prothétique : **6 sem**

S. aureus : Valve native : **4 sem** / Valve prothétique : **4-6 sem**

BGN : Valve native : **4 sem** / Valve prothétique : **6 sem**

Infections de dispositif électronique cardiaque implantable

Infection précoce superficielle : **7J**

Infection du boîtier sans bactériémie : **7J** après ablation de tout le matériel

Infection de sonde : **14J** après ablation de tout le matériel

Infection de sonde et ablation de matériel impossible : **avis expert**

Infections de matériel endovasculaire – Après reprise chirurgicale

Ablation des implants infectés

Non remplacés : **2 sem**

Remplacés par autogreffe veineuse : **4 sem**

Remplacés par matériel inerte : **6 sem**

Rétention des implants infectés : **12 sem +/- ATB suppressive** (avis expert)

Infections digestives

Diarrhée

Aiguë du voyageur : Azithromycine 1g **dose unique** (ou CG3 IV **3J**)

Pédiatrie : *Shigella/Campylobacter* **3J**; *Yersinia* **5J**, salmonelle 3 ou 5j selon (et si) traitement

Fièvre typhoïde simple : **7J** (fluoroquinolones) OU **5J** (azithromycine)

Infection à *C. difficile* : **10J**

Infection de liquide d'ascite : **5J**

Appendicite non opérée : **7J** (alors qu'opérée + non perforée : ≤ 24h)

Péritonites :

Perforation digestive opérée dans les 24h : < **1J** (ATB prophylaxie chirurgicale)

EE1 : L'établissement met en place les éléments-clés d'un programme de bon usage des antibiotiques (politique, plan de formation des personnes ressources, stratégie d'évaluation : indicateurs et programme d'évaluation).

7 È M E S E M I N A I R E B U A S P I L F

18 et 19 novembre 2026
Maison de l'infectiologie
21 Rue Beaurepaire
75010 - PARIS

**Implémenter un programme de
bon usage des antibiotiques.
Monter son EMA.**



INFECTIO DPC

Programme n°14682325002
Déposé sur la plateforme nationale du DPC

L'OBJECTIF

Devenir un référent capable de mettre en place un programme de bon usage des anti-infectieux dans son établissement d'exercice et/ou territoire de santé.

Le programme abordera les différentes stratégies utilisées dans les programmes de bon usage, leur impact en termes de consommations d'antibiotiques et d'antibiorésistance et les outils utiles au référent (surveillance des consommations et de la résistance, outils informatiques de partage et valorisation de l'activité transversale).

EE3 : Toute prescription d'un traitement antibiotique et/ou sa prolongation est justifiée dans le dossier

JAMA®

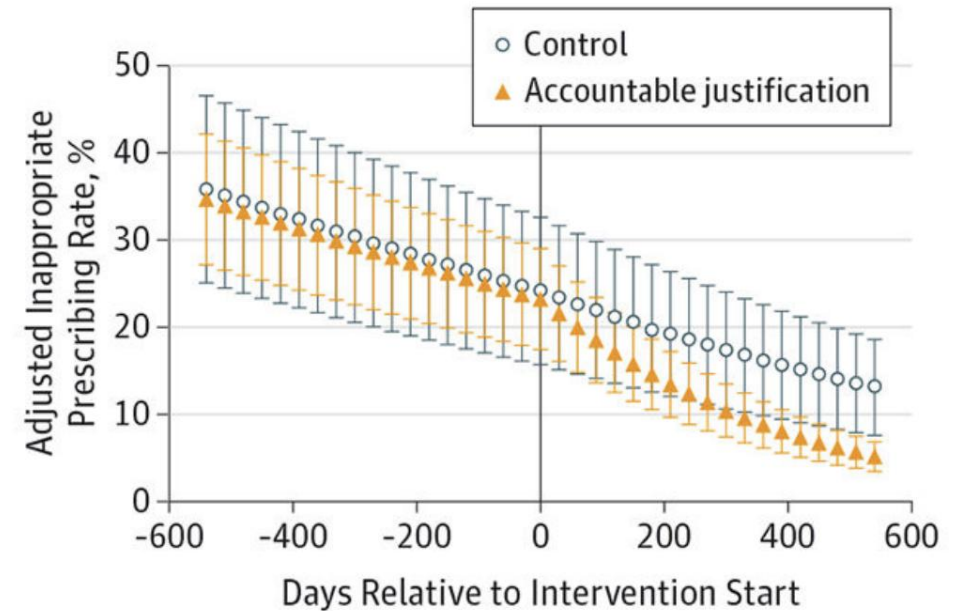
Original Investigation

FREE

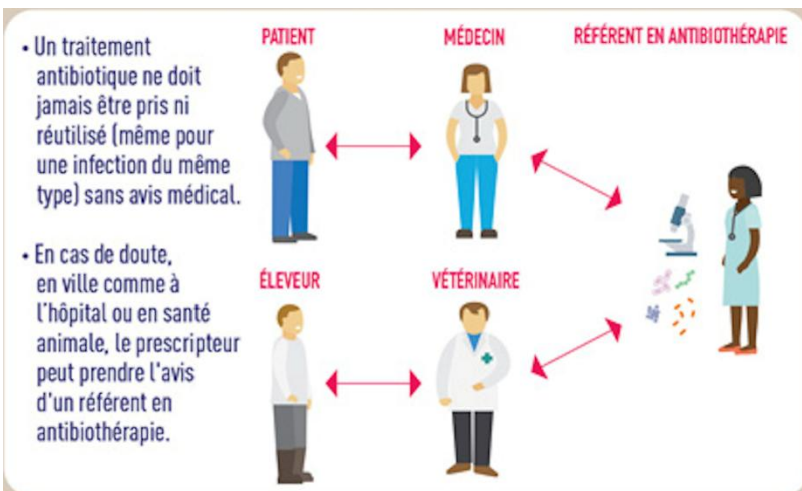
Effect of Behavioral Interventions on Inappropriate Antibiotic Prescribing Among Primary Care Practices
A Randomized Clinical Trial

La justification systématique dans le dossier médical réduit le taux de prescription inapproprié d'antibiotiques

A Accountable justification



EE4 : Les praticiens se réfèrent à un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antibiothérapie.

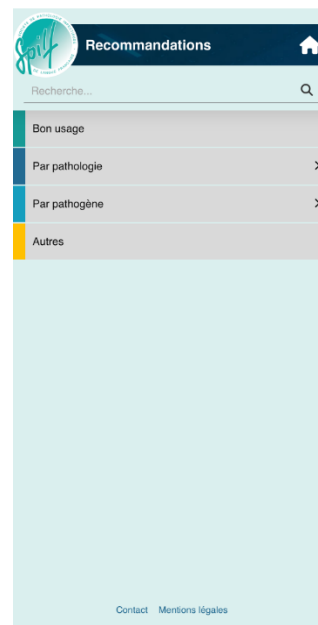


☰ AntibioGilar

🏠 CH Bethune

🏠 CH Tourcoing

AntibioGilar



Application SPILF
Recommandations

🔍 **Infectiologie**
Nouveau: Moteur de Recherche

- Conduite à tenir chez le patient allergique à la pénicilline
- Bon usage des anti-infectieux IV
- Fiches anti-infectieux à remettre au patient
- Maladies à Déclaration Obligatoire

- Antibioprophylaxie chirurgicale
- Prophylaxie anti-infectieuse des personnes splénectomisées ou aspléniques
- Procédure AEV

Tous les documents



- Infections cardiovasculaires
- Infections cutanées
- Infections intra-abdominales
- Infections fongiques
- Infections neuroméningées
- Infections ORL
- Infections ostéo-articulaires
- Infections parasitaires
- Infections respiratoires
- Infections sexuellement transmissibles
- Infections urinaires
- Neutropénie fébrile
- CMV
- REB : Risques Emergents Biologiques
- Verrous thérapeutiques

RisQuaDoc - Intranet - CHU de Lille

AVIS ET CONSEILS

Mise à jour le 30 septembre 2024

Les demandes d'avis et conseils sont réservées aux professionnels de santé.

Si vous ne trouvez pas de réponse à vos questions sur le site, vous pouvez contacter votre infectiologue de proximité (hors situations exceptionnelles ou de recours).

Nous vous invitons à contacter :

- › **Le référent antibiotique de votre établissement (si vous exercez en établissement de santé).**
- › **A défaut, l'infectiologue de votre centre hospitalier de proximité ou votre EMA (Équipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie).**
- › **En l'absence de disponibilité de ce dernier, votre service universitaire de maladies infectieuses de recours :**
 - ▶ **CHU de Lille ou CH de Tourcoing pour le Nord (59) et le Pas-de-Calais (62).**
 - ▶ **CHU d'Amiens pour l'Aisne (02), l'Oise (60) et la Somme (80).**

Leurs [coordonnées sont accessibles ici](#)



VOTRE SOLUTION DE TÉLÉEXPERTISE



Un accès **simple, gratuit** et **sécurisé** aux spécialistes du **CHU de Lille** pour vos demandes d'avis

Maladies Infectieuses et Tropicales

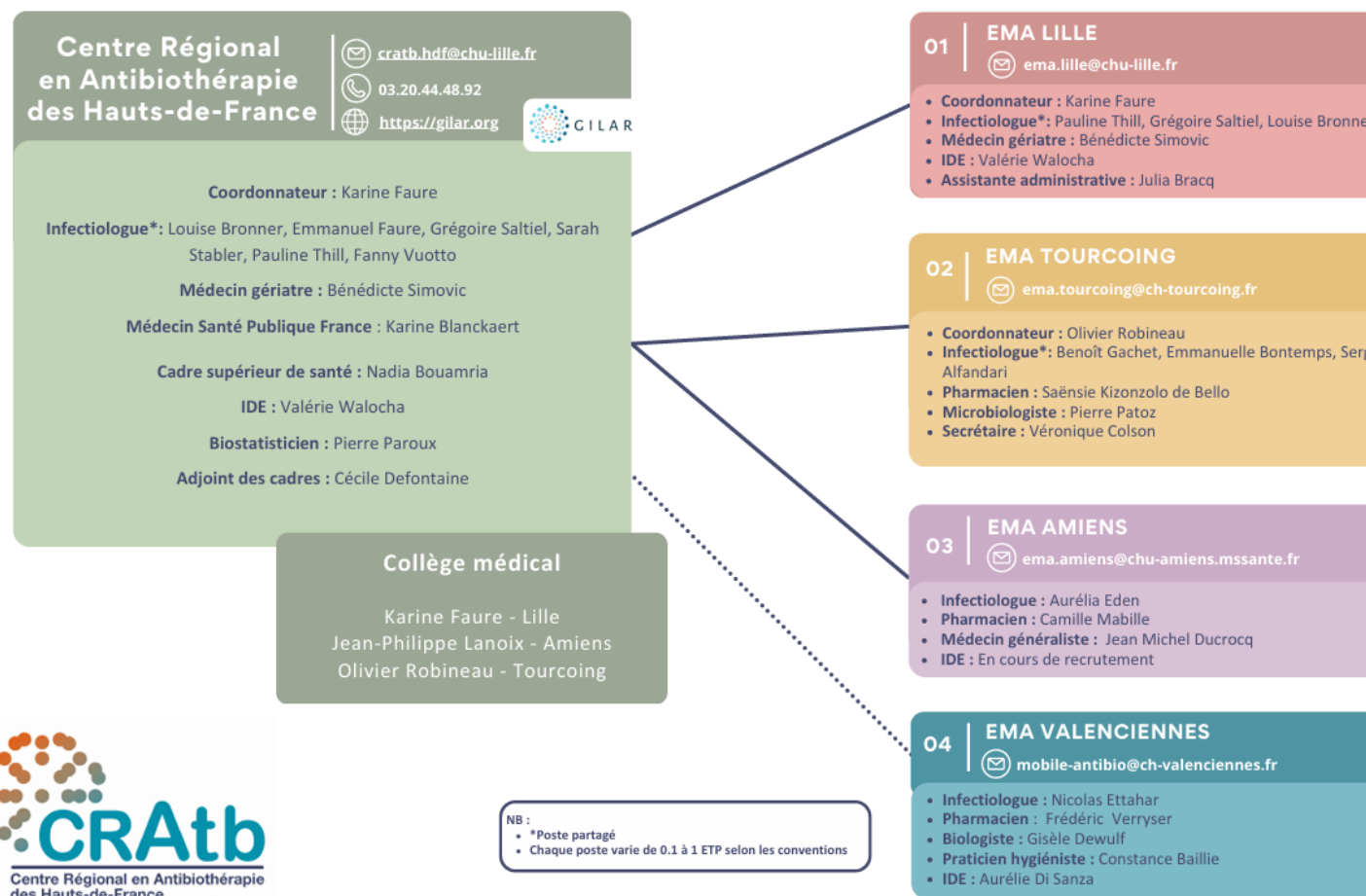
[Nouvelle demande](#)

Professions autorisées : Médecin, Sage-Femme

Les infectiologues du CHU de Lille proposent aux médecins du Nord-Pas de Calais une solution de téléexpertise sécurisée pour les demandes d'avis infectiologiques à destination des médecins ambulatoires (généralistes et spécialistes) et des établissements de soin. Cette téléexpertise ne peut remplacer une consultation médicale, aussi nous vous remercions de nous contacter après avoir examiné le patient.

Pour les médecins exerçant en dehors de la métropole lilloise, merci de contacter en priorité l'infectiologue référent du centre hospitalier dont dépend votre lieu d'exercice.

Organigramme CRAtb/EMA Hauts-de-France



EE5 : Les prescriptions d'antibiotiques sont systématiquement réévaluées entre la 24e et la 72e heure.

Assessing the benefit of the 72-hour antibiotic therapy reassessment documentation[☆]

Évaluation de l'intérêt de la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures

V. Pérut^{a,b,*}, R. Gauzit^{a,c}, S. Kernéis^{a,c,d}, E. Canouï^{a,c,d}, F.X. Chedhomme^{a,e}, R. Batista^{a,e},
O. Conort^{a,e}, S. Bouam^{a,f}, J. Raymond^{a,g}, J. Loubinoux^{a,g}, A. Chevallier^{a,e}, D. Salmon-Ceron^{a,d,h}

The bivariate statistical analysis revealed that a clearly documented 72-hour reassessment was significantly associated with antibiotic therapy de-escalation to prescribe a narrower spectrum molecule (62% versus 30%, $P = 0.025$).

Une réévaluation à 72h est associée à une désescalade de l'antibiothérapie pour un spectre plus étroit.

Antibiorésistance : Un problème majeur

- Une **problématique mondiale**
- À l'origine d'un **nombre croissant de décès** (décès liés)
- Problématique en France à **plusieurs niveaux** :
 - En ville
 - En EHPAD
 - En établissements de santé
- **Paysage de l'antibiorésistance en modification**
- **Cause principale de l'antibiorésistance** : Usage inadapté d'antibiotiques



Solution : Développement du Bon Usage en Antibiothérapie

- **Bonne indication** :
 - Utiliser les tests diagnostiques à disposition
 - Ordonnance de non-prescription
- **Bonne molécule et bonne dose** :
 - Travail conjoint avec le laboratoire (ATBg ciblé)
 - Utilisation des référentiels
- **Bonne durée** :
 - Suivre les recommandations actualisées
 - Individualisation des durées grâce à la réévaluation
- **Rôle du référent en antibiothérapie** : Qui peut se faire aider si besoin !
- **Traçabilité et réévaluation** : Outils de BUA démontrés !



ET EN VISITE ?

Dr Decoene

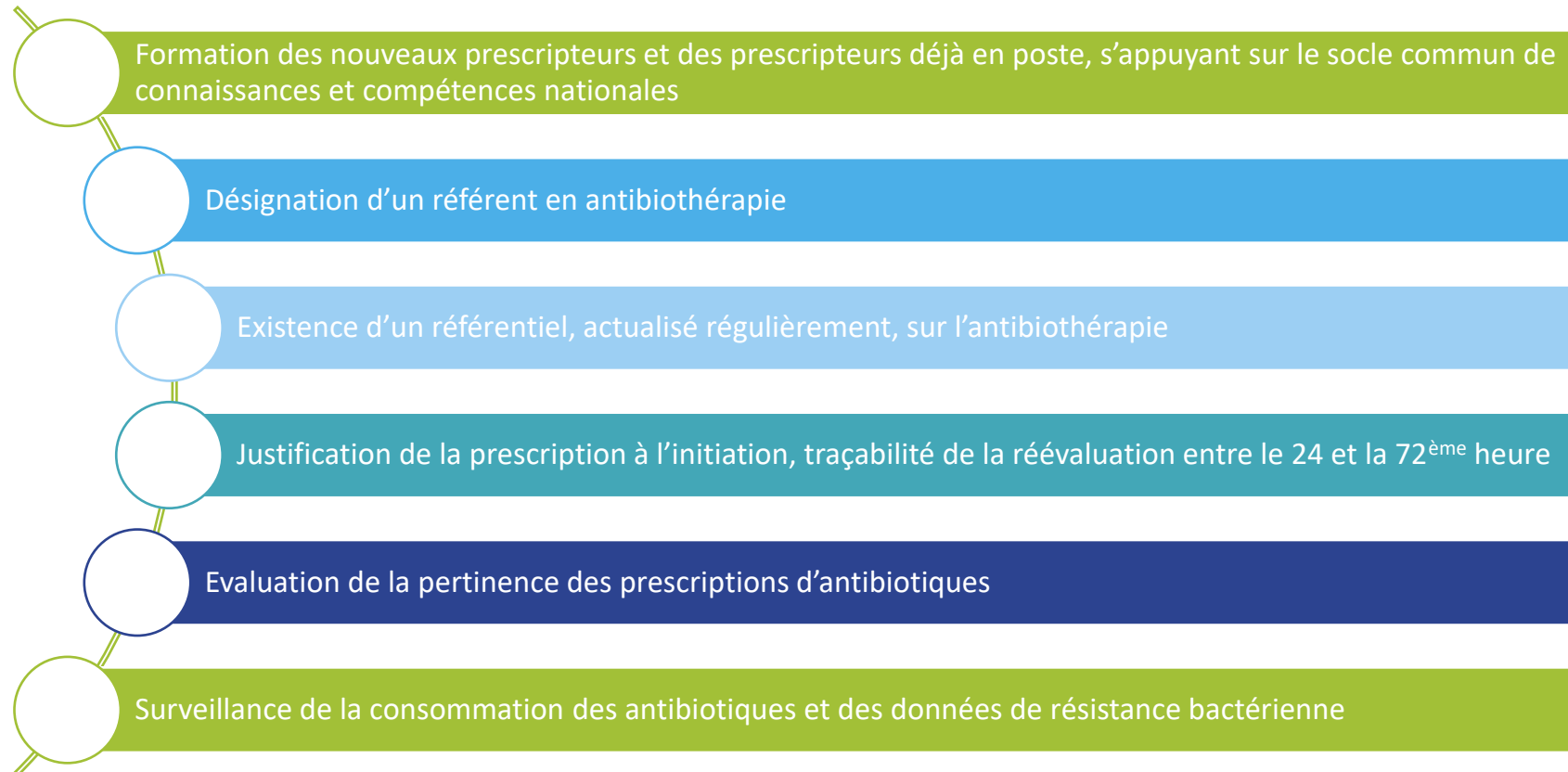


- La gestion des antibiotiques est évaluée
 - Sur l'antibiothérapie
 - Sur l'antibioprophylaxie
 - Les indicateurs
 - Traçabilité
 - Atb plus de 7 jours
 - Réévaluation
 - ISO

Ne pas oublier que les informations sont recoupées

Les Experts-visiteurs vont s'assurer que l'établissement met en place les éléments clés d'un programme de bon usage des antibiotiques (BUA).

Le bon usage des antibiotiques repose sur les principaux éléments clés suivants :



Les experts-visiteurs vont s'assurer auprès des professionnels que :

- pour toute prescription d'un traitement antibiotique et/ ou toute prolongation, la justification de la prescription est tracée explicitement dans le dossier patient. Des tests rapides d'orientation diagnostique (notamment TROD angine) sont présents dans les services d'urgence ;
- des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24e et la 72e heure sont réalisées et tracées dans le dossier, avec l'aide par exemple d'un système informatique permettant de générer une alerte (visible dans le dossier du patient) pour réévaluer l'antibiothérapie ;
- les praticiens peuvent se référer au référentiel pour l'antibiothérapie et faire appel au(x) référent(s) en antibiothérapie au sein de l'établissement (ou dans un établissement partenaire). Ce référent travaille en étroite collaboration avec la pharmacie et la microbiologie. Il s'appuie sur et collabore avec des correspondants en antibiothérapie dans les services, qui relaient et coordonnent les actions dans leur service.

Gouvernance	Tout l'établissement	Prescription Antibiotique	En associant le référent en antibiothérapie, disposez-vous d'un programme de bon usage des antibiotiques ? Que contient-il ? Comment avez-vous identifié/renforcé les modalités de prescription et de suivi des antibiotiques au sein de votre établissement ? Selon quelles modalités ?	2.4-02	Impératif
-------------	----------------------	----------------------------------	--	--------	-----------

EXEMPLES DE QUESTIONS - PHARMACIE

Pharmacie	Tout l'établissement	Prescription Antibio	Lors de la prescription (initiation ou réévaluation) d'un antibiotique, l'indication est-elle justifiée dans le dossier médical ? Pouvez-vous me montrer ? Comment s'organise la réévaluation de l'antibiothérapie ?	2.4-02	Impératif
Pharmacie	Tout l'établissement	Prescription Antibio	Disposez-vous d'une alerte dans votre logiciel de prescription ou de dispensation ? Y a-t-il une intervention en temps réel du pharmacien ou du référent lors de la réévaluation ?	2.4-02	Impératif
Pharmacie	Tout l'établissement	Prescription Antibio	Existe-t-il des formations sur les antibiotiques régulières ouvertes aux prescripteurs déjà en poste ou en formation ? Comment sont-elles réalisées ? Ces formations sont-elles prévues de façon annuelle par l'établissement et approuvées par la CME ?	2.4-02	Impératif
Pharmacie	Tout l'établissement	Prescription Antibio	Disposez-vous d'un référentiel d'antibiothérapie (qu'il soit national, régional ou local) ? Quelles sont les modalités d'accès et de promotion de ce référentiel auprès des professionnels de santé (en poste ou en formation) dans votre établissement ?	2.4-02	Impératif

EXEMPLES DE QUESTIONS - PHARMACIE

Pharmacie	Tout l'établissement	Prescription Antibio	En associant la microbiologie, participez-vous au réseau national de surveillance de la consommation des antibiotiques ? De quelle manière sont restitués les résultats ? Si non, pour quelles raisons ? Envisagez-vous d'y participer à l'avenir ?	2.4-02	Impératif
Pharmacie	Tout l'établissement	Prescription Antibio	Effectuez-vous au sein de l'établissement des audits évaluant la pertinence des antibiothérapies ? Si oui, à quelle fréquence ? Selon quels critères ? De quelle manière sont restitués les résultats ?	2.4-02	Impératif
Pharmacie	Tout l'établissement	Prescription Antibio	Connaissez-vous le pourcentage d'antibiotiques prescrits en conformité avec votre référentiel dans votre établissement dans certaines infections bactériennes courantes ?	2.4-02	Impératif
Pharmacie	Tout l'établissement	Prescription Antibio	Au référent en antibiothérapie : quel temps pouvez-vous dédier de manière effective à la coordination et au déploiement du programme de bon usage des antibiotiques dans votre établissement ?	2.4-02	Impératif

Notamment lors de l'entretien avec les managers (cadres/responsables de service)
Gouvernance ou Terrain

Professionnels	Tout l'établissement	Prescription Antibio	Existe-t-il une formation sur les antibiotiques ouverte à tous les nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires dans votre établissement ?	2.4-02	Impératif
Professionnels	Tout l'établissement	Prescription Antibio	Avez-vous un correspondant en antibiothérapie dans votre service ? Quel est son rôle ? Savez-vous qui est le référent en antibiothérapie de l'établissement ? Avez-vous des contacts réguliers avec lui ? De quelle façon ?	2.4-02	Impératif
Professionnels	Tout l'établissement	Prescription Antibio	Avez-vous accès à un référentiel d'antibiothérapie? Pouvez vous me le montrer ?	2.4-02	Impératif



LES MÉTHODES D'ÉVALUATION



TRACEUR CIBLÉ EN VISITE LA PLUS SPÉCIFIQUE

LES ETAPES

Choix du traceur

Reconstitution du circuit

Identification des professionnels impliqués

Echanges avec les professionnels et vérification des
bonnes pratiques

Consultation de la documentation liée

8 traceurs ont été préalablement définis par la HAS dans le cadre des visites de certification. Ils ciblent les processus suivants :

- **le circuit des médicaments et des produits de santé**

- la transfusion
- la gestion des événements indésirables

- **la prévention des infections associés aux soins**

- le fonctionnement du SAMU/SMUR

- **les secteurs interventionnels**

- l'électroconvulsivothérapie (ECT)
- l'isolement et la contention

Les trois traceurs qui peuvent
concerner la gestion des
antibiotiques

MÉTHODE DU TRACEUR CIBLÉ

Évaluation de la mise en œuvre d'un traceur ciblé.

1



IDENTIFICATION DE LA CIBLE

L'évaluateur choisit le traceur.

Exemples : un évènement indésirable,
une prescription médicamenteuse,
un transport en brancard, une plainte
de patient, une déclaration
de matériovigilance...



SUIVI DU CIRCUIT DU TRACEUR CIBLÉ :

L'évaluateur reconstitue
le circuit et à chaque phase :

- s'entretient avec
les professionnels impliqués ;
- observe les pratiques ;
- consulte la documentation.

2

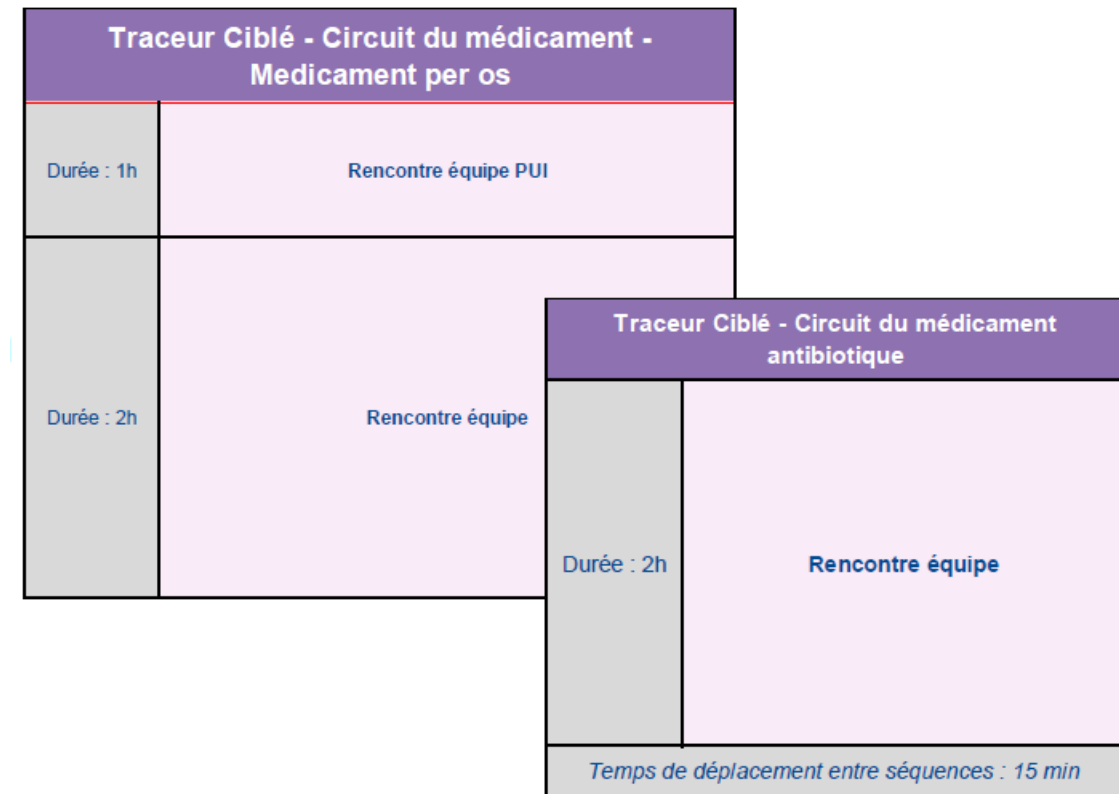
Le nombre de traceurs ciblés est adapté par la HAS à l'activité et à la taille de l'établissement.

Essentiellement traceur ciblé :

- un médicament per os
- un médicament injectable
- **un antibiotique**
- une préparation en atmosphère protégée

Planning de visite :

- Le premier traceur ciblé circuit du médicament a lieu J1 matin avec rencontre de la PUI
- Pour les autres traceurs ciblés, rencontre équipe sur 2h



- Secteur interventionnel
 - Checklist temps 2
- Prévention des infections liés aux soins
 - Antibioprophylaxie (anticipée, livret)
 - Indicateurs ISO

- À la lecture du dossier
 - Si antibiotiques
 - Justification/révision/durée/recours référent tracé
 - Si intervention
 - Anticipation à la consultation/livret référentiel/timing
- À la réunion avec les équipes
 - Si vous devez prescrire un ATB
 - Pouvez vous appeler un référent/réévaluez vous
 - Avez-vous un rendu des consommations
 - De votre écologie bactérienne (taux Bhre/sarms/EPC)
 - Existe-t-il des réunions concernant vos antibiothérapies

La méthode « **observation** »
permet d'évaluer
visuellement ou oralement
le respect de bonnes
pratiques sur le terrain.

→ PECM : rangement des médicaments, préparation et administration des médicaments,...

→ Patient : avez-vous reçu des antibiotiques vous a-t-on expliqué ?



- La gestion de l'antibiothérapie
 - Une évaluation plus que nécessaire
 - Une évaluation qui repose sur des enjeux majeurs
 - Patient /écologique/ économique
 - ET QUI A DU SENS !!
 - Une évaluation piège « ubiquitaire »
 - Toutes les méthodes/tout le temps
 - Repose sur un processus bien élaboré, appliqué et évalué

Merci à tous de votre participation.

PRÉPARER LA SEMAINE SÉCURITÉ PATIENT 2026

Cette année, la semaine nationale sur la sécurité des patients (SSP) aura lieu du
14 au 18 septembre 2025.

La thématique : "La sécurité des soins pour les personnes atteintes de pathologies
chroniques"

la SRA Réseau Santé Qualité Risques vous propose de vous y préparer quelques mois
auparavant.

Différents outils vous seront présentés en juin, en webinaire.
Ces outils seront mis à votre disposition à la suite de chaque présentation.

29

JUIN

11h - 11h30

OUTILS LUDIQUES "LES COCOTTES
QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS"
à destination des établissements sanitaires

30

JUIN

16h30-18h

COMMENT M'IMPLIQUER DANS LA
SEMAINE SÉCURITÉ PATIENT EN
TANT QUE REPRÉSENTANT
DES USAGERS ?
En collaboration avec France Assos Santé

1

JUILLET

11h - 11h30

QUIZZ INTERACTIF : ÊTES-VOUS
IMBATTABLES SUR LA QUALITÉ ET LE
SÉCURITÉ DES SOINS ?

2

JUILLET

14h - 14h30

LE SET DE TABLE DE LA QUALITÉ ET
LA SÉCURITÉ DES SOINS

3

JUILLET

12h - 12h30

OUTILS LUDIQUES "LES COCOTTES
QUALITÉ ET SÉCURITÉ"
*à destination des établissements médico-
sociaux*

Inscription réservée aux établissements des Hauts de France.
Pour s'inscrire, rdv sur notre site en cliquant [ICI](#)

REX Visite de Certification : SMR Les Abeilles : 30 Juin à 11h30

Inscription

Semaine de préparation à la SSP 2026 :

Inscription