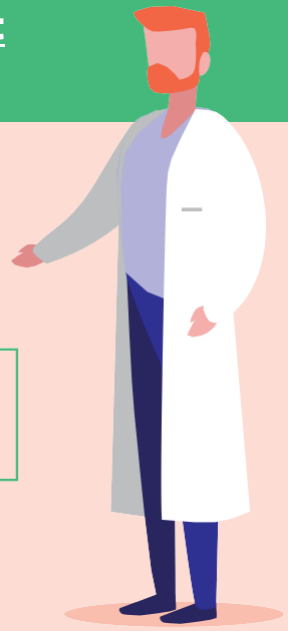
ANTIBIOTHÉRAPIE EN EHPAD

Recommandations pour le traitement des infections



L'application des précautions standard permet de contrôler la transmission croisée des infections en collectivité.

CRATB Auvergne - Rhône-Alpes
CPias Auvergne • Rhône • Alpes
omedit AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité
ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Infections urinaires

Cystite homme ou femme

- Cystite = signes fonctionnels urinaires sans fièvre
- L'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des signes d'infection
- **ECBU indispensable avant traitement** (ne pas faire de bandelette urinaire). Se référer au Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD
- Autant que possible, ne traiter qu'après documentation microbiologique

Seulement si symptômes mal tolérés, le traitement peut être débuté avant le résultat de l'ECBU :

- 1re intention : fosfomycine-trométamol PO 3 g
- 2e intention : nitrofurantoïne PO 100 mg x 3/j ou pivmécillinam PO 400 mg x2/j

puis adapter selon l'antibiogramme :

Cystite femme : privilégier selon sensibilité (ordre à respecter) :

1. Amoxicilline PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)
2. Pivmecillinam PO 400 mg x 2/j (DTT = 7j)
3. Nitrofurantoïne PO 100 mg x 3/j (DTT = 7j)
4. Fosfomycine-trométamol PO 3 g à J1 - J3 - J5 (= 3 prises)
5. Triméthoprime PO 300 mg/j (DTT = 7j)

Cystite homme : sans ordre de priorité (prescriptions hors AMM) :

- Fosfomycine-trométamol PO 3 g à J1 - J3 - J5 (= 3 prises)
- Nitrofurantoïne PO 100 mg x3/j (DTT=7j)
- Pivmécillinam PO 400 mg x2/j (DTT=7j)
- Triméthoprime PO 300 mg/j (DTT = 7j)



Cystites récidivantes de la femme :
se référer au poster du CRATB

Pyélonéphrite aigüe, sans antécédent **documenté** d'EBLSE

Avant résultats de l'ECBU : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j
Si allergie à la ceftriaxone : lévofloxacine PO 500 mg/j
+ amikacine IV/IM 15 mg/kg, dose unique (ou si non disponible, gentamicine IV/IM 5 mg/kg, dose unique).

Relai selon antibiogramme, par ordre de préférence :

1. Amoxicilline PO 1 g/j x 3/j (DTT = 10j)
2. Cotrimoxazole PO 160 / 800 mg 1 cp x 2/j (DTT = 10j)
3. Amoxicilline + ac. clavulanique PO 1 g/j x 3/j (DTT = 10j)

Si allergie aux pénicillines : cotrimoxazole PO 160 / 800 mg, 1 cp x 2/j (DTT = 10j) ou lévofloxacine PO 500 mg/j (DTT = 7 j) si souche résistante ou contre-indication au cotrimoxazole.

Prostatite aigüe, sans antécédent documenté d'EBLSE

Avant résultats de l'ECBU : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j
Si allergie à la ceftriaxone : lévofloxacine PO 500 mg/j + amikacine IV/IM 15 mg/kg, dose unique (ou si non disponible : gentamicine IV/IM 5 mg/kg, dose unique).

Relai selon antibiogramme, par ordre de préférence :

1. Cotrimoxazole PO 160 / 800 mg, 1 cp x 2/j (DTT = 14j)
2. Lévofloxacine PO 500 mg/j (DTT = 14j)

Si résistance ou contre-indication au cotrimoxazole et aux FQ : ceftriaxone SC 1g/j (DTT 14j) ou fosfomycine trométamol PO 3 g/j (3 g 1 jour sur 2 si mauvaise tolérance digestive) (DTT = 14j)
Prescription hors AMM

Pyélonéphrite / prostatite, antécédent documenté d'EBLSE

Avant résultats de l'ECBU : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j
+ amikacine IV/IM 15 mg/kg dose unique (ou si non disponible : gentamicine IV/IM 5 mg/kg, dose unique).

Relai selon antibiogramme : *cf.* « pyélonéphrite aigüe ou prostatite aigüe sans BLSE ».

Si traitement oral impossible : avis infectiologue.

Infections cutanées

Vérifier statut vaccinal anti-tétanique en cas d'effraction cutanée.

Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (Erysipèle)

Amoxicilline PO 50 mg/kg/j en 3 prises (max 6 g/j) (DTT = 7j)
Si allergie : pristinamycine PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)

Prévention des récidives de dermohypodermite

- Prise en charge des facteurs de risque (lymphœdème, porte d'entrée, obésité).
- Antibioprophylaxie (effet suspensif) si facteurs de risque non contrôlables et après 2 épisodes dans l'année ; durée : selon évolution des facteurs de risque de récidive.

Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard) IM 2,4 MUI toutes les 2 à 4 semaines, ou pénicilline V (phénoxyméthylpénicilline) PO 1 à 2 MUI/j selon le poids en 2 prises.

Si allergie : avis infectiologue

Pied diabétique

Atteinte ostéo-articulaire sans signe de gravité :

Pas d'antibiotiques en urgence = avis infectiologue et prélèvements nécessaires.

Grade 1 : plaie sans signe d'infection : pas d'antibiotique.

Grade 2 : plaie infectée. Au moins 2 signes parmi : chaleur, érythème < 2 cm, tuméfaction, douleur, écoulement purulent :

- Clindamycine PO 600 mg x 3/j (DTT = 7j)
- OU pristinamycine PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)

Grade 3 : plaie infectée avec extension péri-lésionnelle en surface > 2 cm : amoxicilline / ac. clavulanique PO/IV 1 g x 3/j (DTT = 7j). Si allergie non grave aux pénicillines : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j (DTT = 7j).

Grade 4 : toute plaie infectée avec fièvre ou signe de gravité = avis infectiologue

Infection d'escarre

Une escarre est naturellement colonisée par de nombreuses bactéries. Signes de surinfection : érythème péri lésionnel et/ou écoulement purulent et/ou douleur inhabituelle. Prélèvement : Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD

Sans critère clinique de gravité (sepsis, signes locaux, évolution rapide…) ni atteinte osseuse (contact osseux clinique) :

- amoxicilline/ac. clavulanique PO/IV 1 g x 3/j (DTT = 7j si évolution favorable, sinon 10j)
- Si allergie non grave aux pénicillines : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j + métronidazole PO/IV 500 mg x 3/j

Avec signes de gravité clinique et/ou d'atteinte osseuse : avis infectiologue et prélèvements profonds nécessaires.

Furonculose (répétition de furoncles pendant plusieurs mois) / plaie surinfectée

- Clindamycine PO 600 mg x 3/j (DTT = 3j)
- OU pristinamycine PO 1 g x 3/j (DTT = 3j)

Abcès

Incision nécessaire. Antibiothérapie : pristinamycine PO 1 g x 3/j (DTT = 5 j) ou clindamycine PO 600 mg x 3/j (DTT=5 j)

Infections ophtalmologiques

Conjonctivite

Le plus souvent virale (contexte épidémique) : pas d'antibiotiques, rinçage sérum physiologique + collyre antiseptique.
Si échec à 48 h : prélèvement, débuter avant résultats : collyre tobramycine 1 gte x 3/j puis adaptation à l'antibiogramme (DTT = 7j).

Orgelet et chalazion

Orgelet : infection du follicule du cil.
Traitement : antibiotiques en collyre ou en pommade.
Ex. : Tobrex® 1 gte x 3 à 8/j dans le cul-de-sac conjonctival, DTT = 8j.

Chalazion : inflammation de la glande de Meibomius, parfois associée à une infection.
Traitement : pommade corticoïde locale + antibiotique associé (Sterdex®, Maxidrol®) 4 applications/j, DTT = 7j, associée à des soins de paupières.

Avis ophtalmologiste si pas d'évolution favorable à 7 jours.

Infections respiratoires

Les infections respiratoires en EHPAD sont **souvent virales.**

- Prélèvements : Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD
- Intérêt préventif de la **vaccination** (grippe, pneumocoque, Covid).

Pneumonie aigüe

Pneumonie simple :

- Sans comorbidité : amoxicilline PO 1 g x 3/j
- Avec comorbidité* : amoxicilline / acide clavulanique PO 1 g x 3/j

Si allergie : pristinamycine PO 1 g x 3/j
Si PO impossible : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j

** Hospitalisation dans les 3 mois, antibiothérapie dans les mois précédent, éthylisme, risque de fausses routes, néoplasie active, immunodépression, BPCO sévère ou insuffisance respiratoire chronique (O_2 longue durée ou VNI), insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique, insuffisance rénale chronique (DFG < 30 mL/min)*

Pneumonie sévère ou échec à 72 heures :

Ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j + clarithromycine PO/IV 500 mg x 2/j ou spiramycine PO/IV 1,5 à 3 MUI 3 x /j

Pneumonie d'inhalation :

- Amoxicilline / ac. clavulanique IV/PO 1 g/125 mg x 3/j
- Si PO ou IV impossible : ceftriaxone SC 1 g/j
- Si allergie grave aux Beta-lactamines : cotrimoxazole PO/IV 160/800 mg toutes les 8-12 h
- Échec à 72 h : pipéracilline/tazobactam IV 4 g/8h

DTT : si évolution favorable entre J3 et J5*, arrêt de l'antibiothérapie.
Sinon DTT = 7j

** Critères d'évolution favorable à J3 et J5 : T ≤ 37,8° C et au moins 3 signes de stabilité clinique parmi :*
PAS ≥ 90 mm Hg - FR ≤ 24/min - FC ≤ 100 bpm - SpO_2 ≥ 90 %
La persistance de toux n'est pas un critère de non-amélioration.

Légionellose confirmée

Azithromycine PO 500 mg/j (DTT = 5 à 10j)
Ou clarithromycine PO 500 mg 2 x /j (DTT = 14j)
Ou spiramycine PO 3 MUI 3 x /j (DTT = 14j)

Exacerbation aiguë de BPCO

Antibiothérapie : non systématique, à débuter **si augmentation de volume et purulence des expectorations pendant au moins 48 h, ou si BPCO très sévère (VEMS < 30 %) et expectoration importante et purulente.**

En l'absence de facteurs de risque d'échec thérapeutique ou de complication* :

Amoxicilline PO 1 g x 3/j (DTT ≤ 5j)
Si allergie : pristinamycine PO 1 g x 3/j (DTT = 4j)

** ≥ 2 exacerbations par an ou 1 épisode ayant nécessité une hospitalisation, VEMS < 50 %, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, antibiothérapies répétées, désaturation / oxygénothérapie à domicile.*

En cas de facteurs de risque d'échec thérapeutique ou de complication :

Amoxicilline / acide clavulanique PO 1 g / 125 mg x 3/j (DTT ≤ 5j)
Si allergie : cotrimoxazole PO 160/800 mg x 2/j (DTT ≤ 5j)
Si PO impossible : ceftriaxone IV/IM/SC 1g/j (DTT≤ 5j)

Si colonisation connue à *Pseudomonas aeruginosa* :
avis infectiologue ou pneumologue référent.



Infections digestives

Prélèvements : Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD

Infection à *C. difficile*

Diarrhée avec exposition récente aux antibiotiques : recherche positive de toxines de *C. difficile* dans les selles.

- Fidaxomicine PO 200 mg x 2/j ou vancomycine PO 125 mg x 4/j (DTT = 10j). Disponibles en rétrocession sur prescription hospitalière.
- Si indisponibles et sans signes de gravité : métronidazole PO 500 mg x 3/j (DTT = 10j)

Récidive (sous 8 semaines) = **avis infectieux ou gastro**

Diarrhée (hors infection à *C. difficile*)

Diarrhée +/- vomissement sans fièvre ni glaire ni sang, évolution < 6 jours :
Pas d'antibiotique, prélèvement : Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD

Diarrhée avec fièvre et/ou frissons et/ou durée > 6 jours :
Coproculture puis :

- Azithromycine PO 1 000 mg une fois (ou 500 mg/j, DTT = 3j)
- 2e choix : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j ou ciprofloxacine PO 500 mg/12h (DTT = 3j)

secondairement adaptée au résultat de la coproculture si persistance de la diarrhée

Cholécystite et angiocholite / diverticulite, sigmoïdite

Imagerie + avis chirurgical.

Diverticulite non compliquée après bilan : traitement symptomatique en 1re intention.

En cas de limitation de soins, ou en traitement d'attente :

- Ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j + métronidazole PO/IV 500 mg x 3/j (DTT = 7j)
- et si choc : amikacine 30 mg/kg IV/IM 1 dose unique. Si non disponible : gentamicine 7 mg/kg IV/IM

Infection à *Helicobacter pylori*

Traitement adapté à la sensibilité d'*H. pylori*.
Le traitement probabiliste ne doit être qu'exceptionnel.

- Si *H. pylori* sensible à la clarithromycine : IPP une dose matin et soir + amoxicilline 1g x 3/j + clarithromycine 500 mg x 2/j (DTT = 10j)
- Si *H. pylori* résistant à la clarithromycine et sensible à la lévofloxacine : IPP une dose matin et soir + amoxicilline 1g x 3/j + lévofloxacine 500 mg x 1/j (DTT = 10j)
- Si *H. pylori* résistant à la clarithromycine et à la lévofloxacine ou si allergie à l'amoxicilline : IPP une dose matin et soir + association (bismuth 140 mg + métronidazole 125 mg + tétracycline 125 mg : Pylera®) 3 gélules x 4/j (DTT = 10j)
- Traitement probabiliste : IPP une dose matin et soir + amoxicilline 1 g x 3/j + clarithromycine 500 mg x 2/j + métronidazole 500 mg x 2/j (DTT = 14j)

Infections dentaires

Se référer à MémoDento

Infections ORL

Angines

- Score de Mac Isaac* < 2 ou score ≥ 2 et TROD négatif : pas d'antibiotique
- Score ≥ 2 et TROD positif : amoxicilline PO 1 g x 2/j (DTT = 6j)
- Si allergie non grave aux pénicillines : céfuroxime axétil PO 250 mg x 2/j (DTT = 4j) ou cefpodoxime proxétil PO 100 mg x 2/j (DTT = 5j)
- Si allergie grave contre-indiquant les ß-lactamines : clarithromycine PO 250 mg x 2/j, DTT = 5 j

** Température > 38° C (+ 1 point), absence de toux (+ 1), adénopathie(s) cervicale(s) antérieure(s) douloureuse(s) (+ 1), augmentation de volume ou exsudat amygdalien (+ 1), âge ≥ 45 ans (- 1 point)*

Sinusites

Sinusite maxillaire :

Traitement antibiotique si persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré traitement symptomatique prescrit pendant au moins 48 h.

- Amoxicilline PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)
- En cas d'échec ou si associée à une infection dentaire homolatérale supérieure : amoxicilline / ac. clavulanique PO 1 g x 3/j (DTT = 7j) + soins dentaires
- Si allergie non grave aux pénicillines : cefpodoxime proxétil PO 200 mg x 2/j ou céfuroxime axétil PO 250 mg x 2/j (DTT = 5j)
- Si allergie grave aux pénicillines : pristinamycine PO 1 g x 2/j (DTT = 4 j)

Sinusite frontale, éthmoïdale, sphénoïdale :

Avis ORL + amoxicilline / ac. clavulanique PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)

- Si allergie non grave aux pénicillines : cefpodoxime proxétil PO 200 mg x 2/j ou céfuroxime axétil PO 250 mg x 2/j (DTT = 5j)
- Si allergie grave aux pénicillines : lévofloxacine PO 500 mg/j ou moxifloxacine PO : 400 mg/j (DTT = 5j)

Otites moyenne aiguë purulente

Seules les otites moyennes aiguës purulentes confirmées par la visualisation des tympans justifient une antibiothérapie :

- Amoxicilline PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)
- Si allergie non grave aux pénicillines : cefpodoxime proxétil PO 200 mg x 2/j ou céfuroxime axétil PO 250 mg x 2/j (DTT = 5j)
- Si allergie grave aux pénicillines : cotrimoxazole PO 160/800 mg x 2/j (DTT = 5j) ou pristinamycine PO 1 g x 2/j (DTT = 5j)

Otite externe

Vérifier membrane tympanique intacte et pas de facteurs favorisants ou de signes de gravité évoquant une otite maligne externe : immunodépression, diabète, tissu de granulation ou exposition osseuse dans le conduit auditif externe, douleurs intenses, paralysie d'une paire crânienne (le plus fréquemment VII ou XII), échec de 2 antibiothérapies locales, évolution de plus de 3 semaines.

Absence d'argument pour une otite externe maligne, pas de perforation tympanique :

- Antalgiques (pas d'AINS) + nettoyage du conduit auditif externe ± mise en place d'un tampon auriculaire + antibiothérapie locale par instillation auriculaire de néomycine ou polymyxine ou oxytétracycline ou framycétine (DTT = 7j)
- En cas d'échec : instillation auriculaire de ciprofloxacine ou ofloxacine (DTT = 7j)

Absence d'argument pour une otite externe maligne, perforation tympanique :

- Antalgiques (pas d'AINS) + nettoyage du conduit auditif externe ± mise en place d'un tampon auriculaire + antibiothérapie locale par instillation auriculaire de ciprofloxacine ou ofloxacine (DTT = 7j)

Suspicion d'otite externe maligne :

Avis ORL pour évaluation clinique, prélèvements bactériologiques et mycologiques, imagerie tomodensitométrie et mise en route d'une antibiothérapie systémique.

Parotidite aiguë bactérienne

Facteurs favorisants : déshydratation, mauvaise hygiène bucco-dentaire, médicaments.
En faveur d'une cause bactérienne : aspect inflammatoire de la parotide, pus à l'orifice du canal de Sténon
Bactéries les plus souvent en cause : *Staphylococcus aureus*, anaérobies

Antibiothérapie :

- Amoxicilline / ac. clavulanique PO 1 g x 3/j (DTT = 10j)
- Si allergies aux pénicillines ou portage de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) : cotrimoxazole PO 160/800 mg x 2/j (DTT = 10j) OU clindamycine PO 600 mg x 3/j (DTT = 10j)



Pas d'antibiotique :

Ressource : affiche « Ne pas prescrire d'antibiotique "SSAUF SI" » du CRATB Normandie

Notamment dans les situations suivantes, donner un traitement symptomatique et réévaluer à 48 h :

- Bronchite aiguë
- Exacerbation de BPCO légère à modérée
- Angine à TROD négatif
- Rhinopharyngite
- Furoncle isolé
- Panaris
- Morsure / griffure superficielle
- Diarrhée hydrique sans fièvre

Pas d'antibiotique si pas d'infection objectivée cliniquement :

- plaie ou escarre colonisée ;
- bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire) en l'absence de geste ou d'intervention urologique prévue.

Fièvre isolée ?

Ne pas traiter à l'aveugle sauf retentissement systémique (sepsis ou choc septique) ou patient neutropénique (PNN < 500/mm³) ou asplénique

Sepsis : infection bactérienne suspectée et au moins 3 des 6 critères suivants :

- Âge > 65 ans
- Température > 38° C
- PAS ≤ 110 mm Hg
- FC > 110 bpm
- Saturation périphérique en O_2 ≤ 95 %
- Troubles récents des fonctions supérieures

Choc septique : sepsis + défaillance hémodynamique nécessitant un vasopresseur et lactatémie > 2 mmol/L.

Sepsis ?

- Prélever ECBU + 1 paire d'hémocultures si possible
- Ceftriaxone 2 g IV + amikacine 30 mg/kg IV (ou Gentamicine 7 mg/kg IV)

Appel SAMU pour transfert (selon directives anticipées).

Allergie aux ß-lactamines (BL)

Allergie rare : 95 % des patients étiquetés allergiques aux pénicillines ne le sont pas. Dans ce cas, la prescription d'un antibiotique de 2e intention entraine un risque de perte de chance pour le patient (efficacité moindre, plus d'effets indésirables, résistance aux antibiotiques).

À recueillir à l'interrogatoire :

1. S'agit-il de symptômes non compatibles avec une allergie ? (exemple : intolérance digestive) ou présence d'antécédent familial / allergie alimentaire / terrain atopique.
2. Si le patient a repris, depuis la réaction, le même antibiotique sans nouvelle réaction : pas d'allergie à cet antibiotique.
3. Quelle est la chronologie de la réaction : combien de temps après la prise de l'antibiotique a-t-elle eu lieu ?
4. Identifier les symptômes et évaluer la sévérité de la réaction.

→ **Appréciation de la situation et analyse des bénéfices / risques** en fonction des critères suivants : gravité de l'infection, antibiotique choisi substituable ou non et perte de chance induite par une antibiothérapie de 2de ligne.

Algorithme de prise en charge du CRATB Hauts-de-France

Antibiotiques et personne âgée



- Fonction rénale altérée : adapter la posologie avec l'outil d'aide du GPR
- Polymédication : risque d'interactions majoré.
- Effets indésirables majorés : diarrhées, infection à *C. difficile*, candidose buccale, confusion.
- Limiter la pression de sélection : respecter les indications, privilégier les molécules à spectre étroit, durée courte, limiter les associations.

Vérifier l'écrasabilité des comprimés

Liste des antibiotiques écrasables produite par l'OMEDIT Normandie, en lien avec la Société française de pharmacie clinique (SFPC).

Perfusion sous cutanée de ceftriaxone

Voie SC supprimée de l'AMM (mise à jour de l'ANSM : informations de sécurité Ceftriaxone).
Dans certaines situations, le clinicien peut la juger indispensable (bénéfice/risque et sous réserve d'information patient ou famille). Consultez les modalités d'administration et de surveillance dans le document des sociétés savantes SPILF/SFGG.
La perfusion sous-cutanée gravitaire sur une durée de 20 - 30 min est préférée à l'injection directe en bolus (meilleure tolérance).

Précautions d'emploi des fluoroquinolones

Ne pas utiliser en probabiliste si prise dans les 6 mois précédents. Prescription réservée à certaines infections bactériennes sévères. Évaluer le rapport bénéficie-risque et informer le patient de la conduite à tenir en cas d'effets indésirables.
Consultez le dossier thématique ANSM

Effets indésirables des macrolides

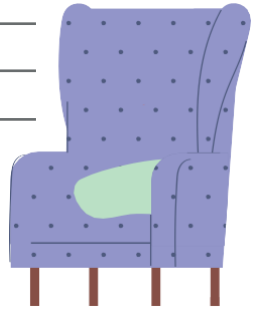
Utilisation prudente en curatif mais aussi en prophylaxie. Notamment, ne pas les utiliser en cas d'intervalle QTc long congénital ou de co-médication allongeant le QTc.
Ne pas co-administrer avec les statines ou la colchicine.La spiramycine est le seul macrolide qui n'interagit pas avec les cytochromes P450 et 3A4.

Documenter les infections bactériennes et virales

Se référer au Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD sur le site internet du CRATB



NOTES



Abréviations

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien
BLSE : béta-lactamase à spectre élargi
BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive
DRESS : syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse systémique avec hyperéosinophilie
DTT : durée totale de traitement antibiotique efficace (incluant le traitement probabiliste)
ECBU : examen cytobactériologique des urines
EBLSE : entérobactérie productrice de BLSE
FC : fréquence cardiaque
FQ : fluoroquinolones
FR : fréquence respiratoire
IM : intramusculaire
IV : intraveineux
MUI : millions d'unités internationales
PAS : pression artérielle systolique
PNN : polynucléaires neutrophiles
PO : per os
SC : sous-cutané
SpO2 : saturation en oxygène
TROD : test rapide d'orientation diagnostique
VEMS : volume expiratoire maximal par seconde

Recommandations destinées aux professionnels de santé exerçant en EHPAD en Auvergne-Rhône-Alpes, actualisées en janvier 2026 par les CRATB ARA, OMEDIT ARA, CPias ARA, à partir des recommandations de l'ANSM, de la HAS et de la SPILF. Relecture : Drs M.-C. Dedianne, I. Martin, H. Bouti, J. Labrosse. Initialement inspirées de la plaquette de recommandations élaborée par les services de maladies infectieuses du CH de Tourcoing et des CHRU d'Amiens et de Lille.

Sources d'information en ligne :

- CRATB : cratb-aura.fr
- SPILF : infectiologie.com
- Antibioclic : antibioclic.com
- GPR : vidal.fr/gpr/guide-prescription-rein-a-propos.html
- Dentibiotic : dentibiotic.fr
- CPias ARA : cpias-auvergnerhonealpes.fr

Avis et conseils en infectiologie : coordonnées régionales des services d'infectiologie :

cratb-aura.fr/avis-et-conseils-en-antibiotherapie

Mise à jour : mars 2026 - ARS Auvergne-Rhône-Alpes