

Bon usage des antibiotiques Quoi de neuf pour les normands ?

E. Piednoir

CRAtb Normandie

Mission Nationale PRIMO

Touques 17 novembre 2025



7^{ème} Journées normande de prévention des infections associées aux soins



Alors d'abord le BUA, c'est quoi ?



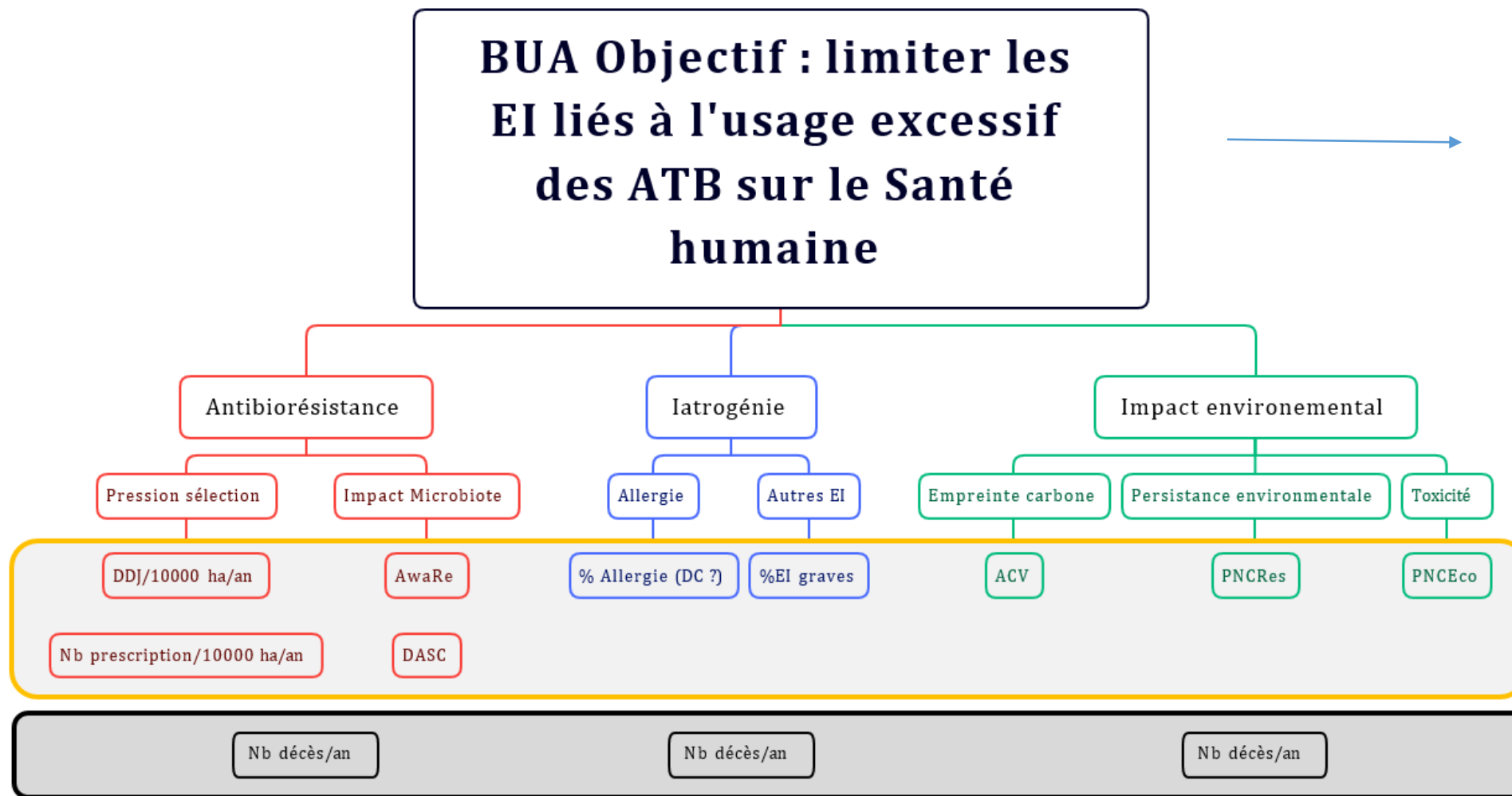
**BUA Objectif : limiter les
EI liés à l'usage excessif
des ATB sur le Santé
humaine**

Et aussi :



Indicateur

**Mortalité
attribuable**



Et donc, si on fait du BUA, on fait de la prévention des IAS ? Une évidence à rappeler

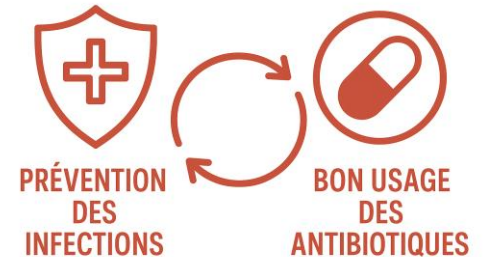
OUI : si on évite des traitements => on évite des ICD par exemple

OUI : si on évite les traitement IV => on évite des ILC

Mais aussi l'inverse

Si on évite des infections (PS, PC, Environnement....)

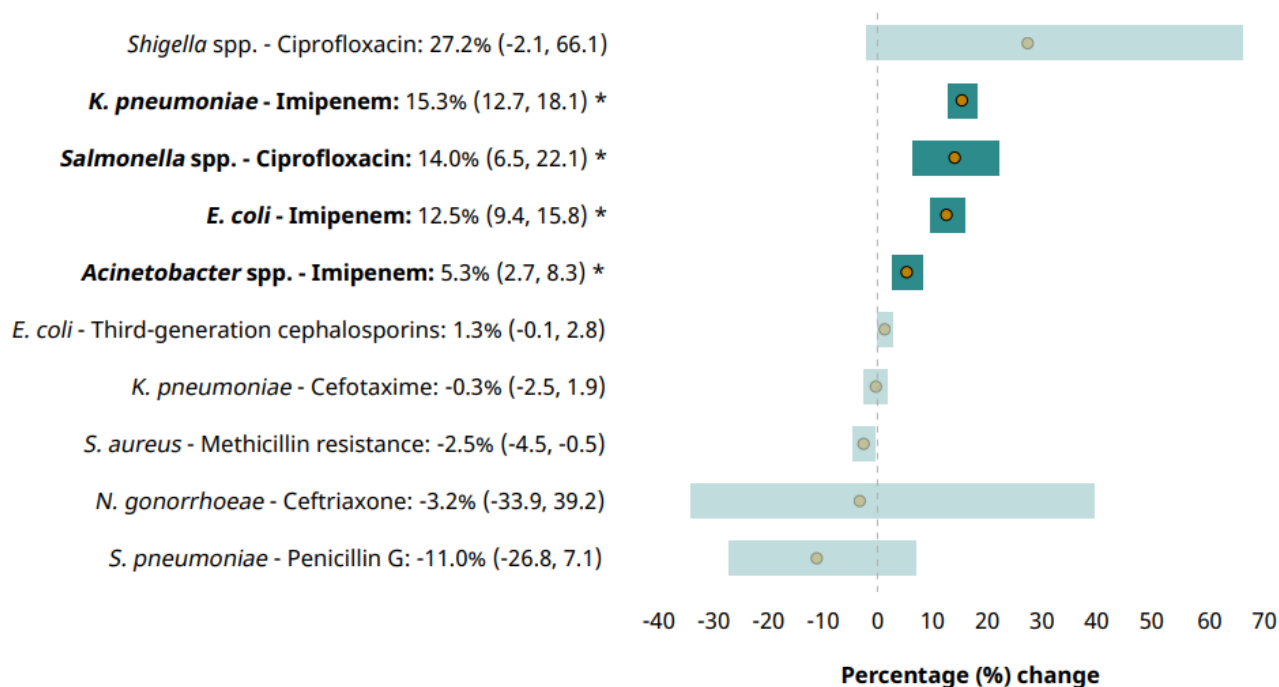
➡ on évite des traitements antibiotiques.....



Pourquoi faire du BUA ?



Figure 3. Trends of AMR: median annual change in percentage, 2018–2023



AMR has increased in 40% of the pathogen-antibiotic combinations monitored for global temporal trends between 2018 and 2023, with annual relative increases ranging from 5% to 15%, depending on the combination (Fig. 3). Resistance to “Watch” antibiotics in the AWaRe (Access, Watch, Reserve antibiotics) system (1) – particularly carbapenems and fluoroquinolones – is increasing among key Gram-negative pathogens, including *Acinetobacter* spp., *E. coli*, *K. pneumoniae* and *Salmonella* spp. This is a concern, as these antibiotics are essential for the treatment of severe infections. Rising AMR is limiting empirical therapeutic choices and driving a shift from oral to intravenous treatments, including greater reliance on second-choice and last-resort antibiotics.

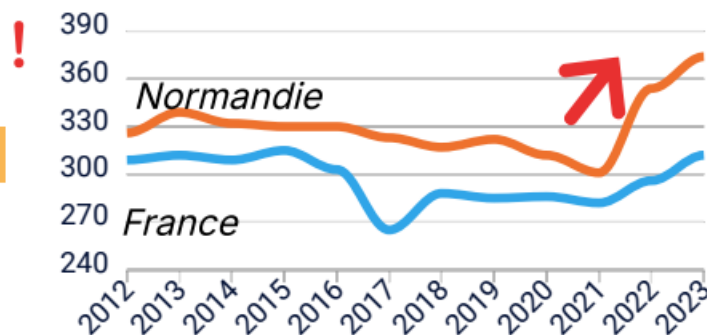
Où en est-on en Normandie ?



Normandie numéro 1 !

Normandie	354
Bourgogne	335
Grand Est	319
Pays de Loire	252
Bretagne	230

Année 2022



Consommations globales d'ATB en ES en DDJ/1000 JH

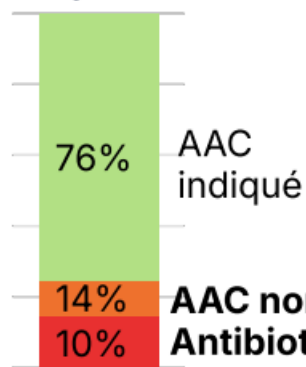
Audit AAC en 2023

515 prescriptions dans 31 ES en Normandie

Top 5 des indications :

- 1-Infections broncho-pulmonaires
- 2-Infections cutané-muqueuses
- 3-Infections digestives
- 4-"Antibioprophylaxies" prolongées
- 5-Infections urinaires

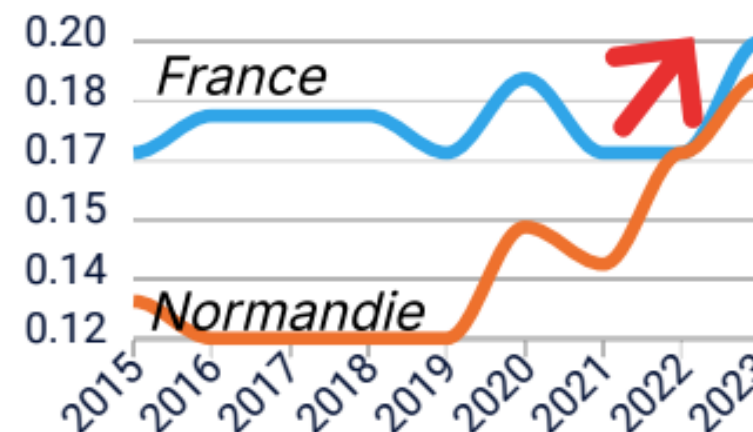
Quelle pertinence pour l'AAC ?



Des durées trop longues :

1 jour

en trop par prescription en moyenne



La résistance aux ATB progresse

Klebsiella pneumoniae producteur de BLSE : en progression

Densité d'incidence : nb de souches R / 1000 JH

Pneumopathie aigue communautaire (PAC)



Actualisation de la prise en charge des pneumonies aiguës communautaires de l'adulte

Jeu de diapositives réalisé par le comité des référentiels de la SPILF
le 12/03/2025



Introduction/contexte

- **Nouvelles modalités** de prise en charge initiale des **Pneumonies Aiguës Communautaires (PAC)** de l'adulte en ambulatoire et à l'hôpital, ainsi qu'en cas de forme grave, sans recommandation spécifique pour les soins critiques
- Ces **recommandations** ne concernent pas les infections respiratoires d'étiologie virale (grippe, SARS-CoV-2, virus respiratoire syncytial...) sans signes de surinfection bactérienne, ni les pneumonies d'inhalation
- Les patients porteurs d'une dilatation des bronches (liées ou non à la mucoviscidose) sont exclus de ce texte
- Le volet prévention des PAC n'est pas abordé
- L'algorithme décisionnel pour le lieu de prise en charge et les scores de gravité n'ont pas été revus (consulter les recommandations 2010)

PAC : examens complémentaires ?



Quelle imagerie réaliser à visée diagnostique ?



- **PAC ambulatoires** : radiographie de thorax ou échographie pleuropulmonaire
 - Obtention dans un délai court (< 3 jours)
 - Si forte présomption de PAC bactérienne, ne pas retarder l'antibiothérapie
 - En cas de normalité, reconsidérer le diagnostic de PAC et donc l'antibiothérapie
- **PAC hospitalisées** : radiographie de thorax ou échographie pleuropulmonaire
 - Scanner en cas de doute diagnostique
- **Echographie pleuropulmonaire** :
 - Outil diagnostique fiable (si praticien formé et expérimenté)
 - Particulièrement indiquée pour un patient présentant une insuffisance respiratoire aiguë



Pas d'intérêt de la CRP ni de la PCT (suivi et diagnostic)
En ambulatoire strict : pas d'intérêt à la réalisation
d'antigénurie Légionelle et Pneumocoque

Quelle imagerie de contrôle et à quel moment ?



- **Scanner thoracique**
 - A H72, si non-amélioration ou aggravation
 - Après un délai d'au moins 2 mois, si présence de facteur de risque de cancer broncho pulmonaire : âge ≥ 50 ans associé à un tabagisme (≥ 20 paquets-année actif ou sevré depuis moins de 15 ans) après information du patient dans le cadre d'une décision partagée

PAC : place de l'ECBC/PCR en soin primaire



- ECBC en cas de PAC hospitalisées non graves si sécrétions muco-purulentes et particulièrement si :
 - Antibiothérapie non conventionnelle probabiliste envisagée
 - Antécédents connus d'infection respiratoire à SARM ou à *Pseudomonas aeruginosa*
 - Antibiothérapie parentérale dans les 3 derniers mois
 - Non réponse au traitement antibiotique de première ligne et/ou évolution défavorable (72h)
- PAC hospitalisées graves : réaliser un examen direct microscopique après coloration de Gram et mise en culture à partir d'un prélèvement respiratoire (AT*, PDP** ou LBA***, à défaut expectoration de bonne qualité)

*AT : Aspiration Trachéale; **PDP : Prélèvement Distal Protégé; ***LBA : Lavage Broncho-Alvéolaire

Peu d'intérêt de l'ECBC en ville sauf exception
Sensibilité très dépendante des conditions de prélèvement



Quand réaliser un test moléculaire au cours des PAC ?

Patients hospitalisés (selon le contexte **épidémique**) : **il est recommandé de faire une PCR virale** (recherche virus Influenza A/B, VRS et SARS-CoV-2)

Indications des PCR multiplex :

	Panel haut (sur écouvillon naso-pharyngé)	Panel bas (sur prélèvement respiratoire profond)
Ambulatoire	Non	Non
PAC hospitalisée non grave	D'emblée ou en 2 ^{ème} intention SI : <ul style="list-style-type: none"> - PCR virale négative - PCR spécifique non disponible ET suspicion bactérie atypique ET/OU impact sur la prise en charge (modification antibiothérapie, isolement) 	Non
PAC hospitalisée grave		Si antibiothérapie autre que association C3G + macrolides ou suspicion bactérie atypique (notamment <i>Legionella</i>) et PCR spécifique non disponible

PAC : les facteurs de risque à évaluer



Comorbidités à considérer dans le choix d'une antibiothérapie probabiliste pour une PAC



Hospitalisation dans les 3 mois précédents

Antibiothérapie dans le mois précédent*

Éthylisme chronique

Troubles de la déglutition

Maladie neurologique avec risque de fausses routes**

Néoplasie active

Immunodépression***

BPCO sévère (VEMS < 50 % de la théorique) ou insuffisance respiratoire chronique (OLD**** ou VNI)

Insuffisance cardiaque congestive

Insuffisance hépatique

Insuffisance rénale chronique (DFG < 30mL/min)

- **Une seule comorbidité** suffit à modifier le choix de l'amoxicilline comme antibiothérapie probabiliste
- **L'âge** sans comorbidité n'est pas un critère à prendre en compte
- **L'asthme** n'est pas une comorbidité modifiant de choix de l'antibiothérapie probabiliste



* sauf nitrofurantoïne, fosfomycine orale, pivmécillinam ; **AVC, Parkinson, Démence, SEP... ; ***corticoïdes systémiques ≥ 10 mg/j, autres traitements immunosuppresseurs, asplénie, agranulocytose, infection par le VIH avec une numération lymphocytaire T CD4 \square 200/mm³, déficit immunitaire primitif... ; ****Oxygénothérapie Longue Durée

PAC : et donc, je prescris quoi ?



Quelle antibiothérapie des PAC en ambulatoire ?

	1 ^{er} choix	Alternative
Sans comorbidité	Amoxicilline	Pristinamycine
Au moins une comorbidité	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime)
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime) Ou pristinamycine
Tableau évocateur d'infection ou mise en évidence de bactérie atypique	Macrolide	Pristinamycine ou doxycycline
Réévaluation à 72h		

Uniquement si allergie grave aux bêta-lactamines et pas d'autre possibilité thérapeutique : lévofloxacine

Lors de la réévaluation à H72

En cas d'échec de l'antibiothérapie par bêta-lactamine : **relais par un macrolide**.

En cas d'échec de l'antibiothérapie par macrolide : **relais par une bêta-lactamine** (amoxicilline ou amoxicilline-acide clavulanique ou C3G injectable selon la présence de comorbidités)

Peu de place pour les associations en soin primaire

PAC : et donc, je prescris quoi ?



Quelle antibiothérapie des PAC en cas de suspicion ou confirmation de bactérie atypique chez l'adulte ?

	Molécule(s)	Allergie / alternative
Légionellose	Macrolide	Si forme grave ou contre-indication aux macrolides : lévofloxacine
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Macrolide	Doxycycline Si contre-indication aux macrolides et aux cyclines : lévofloxacine
<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>	Macrolide	Doxycycline Si contre-indication aux macrolides et aux cyclines : lévofloxacine

Macrolides : azithromycine, clarithromycine, roxithromycine, spiramycine



PAC : quid des posologies ?



Quelle posologie d'antibiotique ? (en l'absence d'insuffisance rénale)



Antibiotique	Hors soins critiques	En soins critiques
Amoxicilline	1 g x3/j	2 g x3/j
Pristinamycine	1 g x3/j	Non
Amoxicilline-acide clavulanique	1 g x3/j	2 g x3/j
Céfotaxime	1 g x3/j	100 mg/kg/j
Ceftriaxone	1 g/j	2 g/j
Lévofloxacine	500 mg/j	500 mg à 1000 mg/j
Azithromycine	500 mg/j (J1) puis 250 mg/j	Non
Clarithromycine	500 mg x 2/j	500 mg x 2/j
Spiramycine	1,5 MUI à 3 MUI x 3/j	3 MUI x 3/j
Roxithromycine	150 mg x2/j	Non
Doxycycline	100 mg X2/j	Non
Céfazoline	100 mg/kg/j	100 mg/kg/j
Pénicilline M	100 mg/kg/j	100 mg/kg/j
Linézolide	600 mg x2/j	600 mg x2/j
Rifampicine	Non	10 mg/kg/j

PAC : quelles durées ?



Quelle durée de traitement antibiotique ?

	Durée recommandée
PAC avec critères de stabilité clinique à J3	3 jours
PAC avec critères de stabilité clinique > J3-J5	5 jours
Autre	7 jours

Un traitement supérieur à 7 jours doit être argumenté (ex : complications)

Critères de stabilité clinique	Valeurs
Température	$\leq 37,8^{\circ}\text{C}$
Pression artérielle systolique	≥ 90 mmHg
Fréquence cardiaque	≤ 100 /min
Fréquence respiratoire	≤ 24 /min
SpO ₂ ou PaO ₂	≥ 90 % en air ambiant ≥ 60 mmHg en air ambiant

PAC : conclusion



Nouveautés

- Echographie pleuro pulmonaire possible en première intention pour le diagnostic
- Scanner thoracique en cas de doute diagnostique
- Indication limitée des tests respiratoires moléculaires
- L'âge isolé n'est pas une comorbidité modifiant l'antibiothérapie probabiliste
- En cas de non amélioration à 72h de bêta-lactamine : **relais** (et non ajout) **vers macrolides**
- **Durée antibiotique de 3j** si patient stable à J3
- Indication de l'hémisuccinate d'hydrocortisone en cas de PAC grave
- Indication du **scanner de contrôle** à > M2 si facteur de risque de cancer pulmonaire



PAC : conclusion



E-learning PAC

La mission nationale PRIMO vous propose un cas clinique sur le thème de la pneumonie aiguë communautaire.

Bonne lecture !



Pneumopathie inhalation



Définitions



- **Pneumonie d'inhalation** (PI) prolifération et invasion bactérienne du parenchyme pulmonaire secondaire à l'inhalation de sécrétions colonisées par des bactéries pathogènes.

A différencier de :

- **Pneumopathie chimique** : Inhalation du contenu gastrique qui peut être à l'origine d'une réaction inflammatoire précoce sans cause bactérienne. Il n'y pas de période d'incubation contrairement à la pneumonie d'inhalation.
- **Obstruction mécanique** : Inhalation de fluides ou matériel obstruant les voies aériennes ou déclenchant un réflexe de fermeture des voies respiratoires, sans réaction inflammatoire parenchymateuse associée.

Pneumopathie inhalation



Critères diagnostiques de la pneumonie d'inhalation



Diagnostic de PI: (1) + (2)

(1) Diagnostic positif de pneumonie

- Signes cliniques d'infection respiratoire aiguë basse
- +
- Infiltrat(s) radiologique(s) nouveau(x).

(2) Diagnostic étiologique présomptif d'inhalation

- Troubles de déglutition ou inhalation
- ou
- Atteinte clinico-radiologique décline en présence de facteur(s) de risque d'inhalation

- Le tableau respiratoire aigu immédiatement secondaire à une fausse route (pneumopathie chimique) ne répond pas à la définition de PI.

Pneumopathie inhalation : les germes

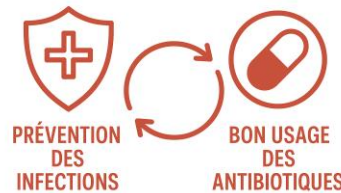


Les plus souvent : *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, des enterobacterales

Finalement peu fréquent : *P. aeruginosa*

Et les anaérobies dont on parle beaucoup ?

=> rarement identifiées possiblement en lien avec une amélioration de l'hygiène bucco dentaire et des modalités de documentation microbiologique



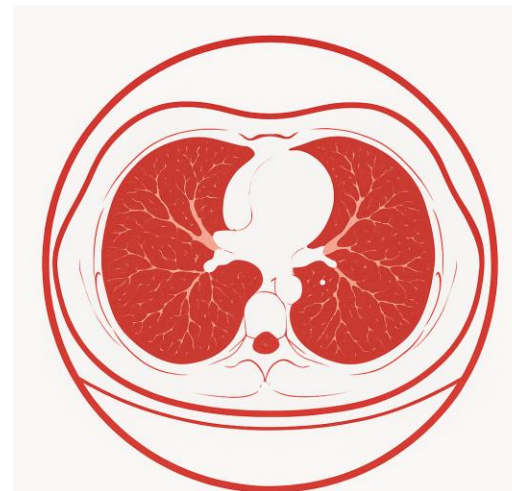
Pneumopathie inhalation : on fait une Rx ?



En priorité un scanner thoracique sans injection

A défaut, une échographie pulmonaire

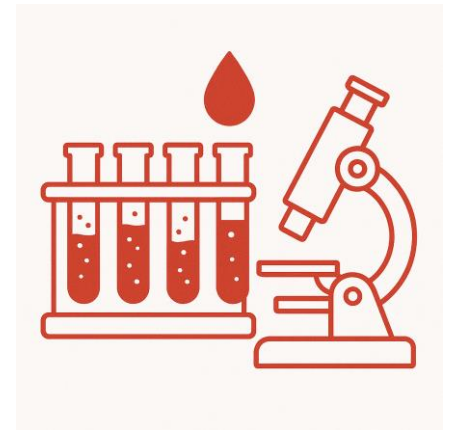
Radiographie thoracique uniquement en cas de difficultés d'accès au scanner et à l'échographie



Pneumopathie inhalation : quelle biologie ?



- L'utilisation des marqueurs biologiques (VS, CRP, PCT) n'est pas recommandée pour affirmer ou exclure le diagnostic
- Aucun examen complémentaire bactériologique systématique n'est recommandé
- Un ECBC doit être réalisé avant l'initiation d'une antibiothérapie à activité anti-P. aeruginosa.
- Les antigénuries (pneumocoque et légionelle) ne sont pas recommandées.
- Pour rappel, Il est recommandé en période épidémique, de réaliser un test diagnostic à la recherche des virus Influenza A/B, du VRS et du SARS-CoV-2



Pneumopathie inhalation : le traitement



- Traitement de première intention :
 - **amoxicilline - ac. clavulanique** PO ou IV
- Impossibilité d'utiliser la voie orale et IV :
 - ceftriaxone SC en monothérapie
- Si allergie :
 - Allergie à la pénicilline sans contre-indication à l'utilisation des C3G : ceftriaxone IV ou SC en monothérapie
 - Contre-indication aux bétalactamines : cotrimoxazole PO ou IV

Il est recommandé de ne pas associer le métronidazole

Pneumopathie inhalation : le traitement



Molécule	Selon DFG	Posologie	Voie
Amoxicilline 1g - acide clavulanique 125mg	> 30 ml/min	1g d'amoxicilline toutes les 8h	PO ou IV (si gravité)
	[10-30]ml/min	1g en dose de charge puis 0.5g toutes les 8h	
	<10ml/min	1g en dose de charge puis 0.5g toutes les 24h	
Ceftriaxone 1g	Pas d'adaptation	1g/24h	IV ou SC
Sulfaméthoxazole 800mg/Triméthoprim 160mg	>30ml/min	800mg de sulfaméthoxazole toutes les 12h	PO ou IV
	[15-30]ml/min	800mg toutes les 24h	
	<15ml/min	800mg toutes les 48h	
Pipéracilline 4g -Tazobactam 500mg	>20ml/min	4g de piperacilline toutes les 6h	IV
	<20ml/min	4g toutes les 12h	

D'après SPILF



Durée de l'antibiothérapie



➤ **5 jours en cas d'évolution clinique favorable.**

L'évolution clinique favorable est évaluée à 72 heures par la présence de tous les critères de stabilité clinique suivants :

- ✓ Une température $\leq 37^{\circ} 8$ C
- ✓ TA systolique ≥ 90 mm Hg
- ✓ Fréquence cardiaque ≤ 100 /min
- ✓ Fréquence respiratoire ≤ 24 /min
- ✓ SpO2 ≥ 90 % ou PaO2 ≥ 60 mm Hg en air ambiant

La persistance de la toux n'est pas un critère de non-amélioration

Pneumopathie inhalation : le traitement



Après une fausse route constatée :

- Pas d'antibiothérapie, surveillance clinique.
- Antibiothérapie uniquement en présence des critères de PI

**TO THREAT
OR NOT TO
THREAT?**

En l'absence d'évolution favorable à 72h de l'antibiothérapie initiale :

- Relais par pipéracilline – tazobactam

En cas de rechute et de récurrence d'une PI ayant eu une évolution favorable

- Reprendre le schéma antibiotique initial

Pneumopathie inhalation : le traitement



Considérer les FDR d'infection pouvant impliquer *P. aeruginosa* et SARM.

- Au moins un FDR de *P. aeruginosa* parmi : antécédant de colonisation ou d'infection respiratoire récente (<1 ans) documenté à *Pseudomonas*, antibiothérapie parentérale récente (<3 mois), BPCO sévère, bronchiectasies, trachéotomie.
 - Piperacilline-tazobactam en traitement probabiliste
- Patients précédemment connu colonisé à SARM.
 - Ajout du linezolide en traitement probabiliste **Pas de Daptomycine**
- En l'absence de FDR d'infection à *P. aeruginosa* ou à SARM, le traitement est identique à celui recommandé dans les formes sans critères de gravités.

En cas pneumonie grave dont le mécanisme est incertain :

- Appliquer les recommandations de la SPILF de 2025 sur la PAC grave.

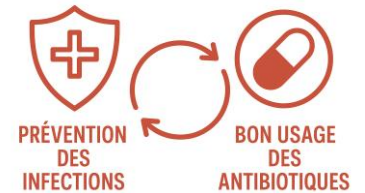
Pneumopathie inhalation : la prévention



Mesures de prévention secondaire



- Position ½ assise (>30), mobilisation (mise au fauteuil), verticalisation et rééducation précoce
- Tester la déglutition avant la prise orale, Soins d'hygiène bucco-dentaire
- Epaississement des liquides
- Alimentation par SNG ou GPE non efficace pour prévenir les PI
- La scopolamine n'est pas recommandée en prévention des récives de PI
- Les médicaments qui doivent être réévalués et si possible arrêtés pour éviter la récive de PI sont :
 - Les médicaments modifiant la vigilance (psychotropes)
 - Les médicaments interférant avec la déglutition (médicaments anticholinergiques)
 - Les inhibiteurs de la pompe à proton



OPIV : où en est-on ?



DATE :
NOM DE L'ENFANT :
CACHET ET SIGNATURE MÉDECIN

Ordonnance pour infection virale pédiatrique

Aujourd'hui, j'ai diagnostiqué chez votre enfant une infection qui ne nécessite pas d'antibiotique.












MALADIES DUES À UN VIRUS	DURÉE HABITUELLE DES SYMPTÔMES	MESURES POUR SE PROTÉGER DES INFECTIONS VIRALES
<input type="checkbox"/> RHINOPHARYNGITE (RHUME) Toujours virale	• Fièvre : 2-3 jours • Nez bouché et/ou qui coule (sécrétions blanches, jaunes ou vertes) : 7-12 jours • Mal à la gorge : 5 jours • Toux : 1-3 semaines	Pour tous Pour les adultes
<input type="checkbox"/> COVID-19 Toujours virale	• Signes peu spécifiques et variables : rhume, mal à la gorge, toux... : 7-10 jours	
<input type="checkbox"/> GRIPPE Toujours virale	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours • Toux : 2-3 semaines	
<input type="checkbox"/> ANGINE VIRALE Chez les + de 3 ans, Test rapide de recherche de streptocoque négatif	• Fièvre : 2-3 jours • Mal à la gorge : 7 jours	
<input type="checkbox"/> BRONCHIOLE Toujours virale	• Fièvre : 2-3 jours • Toux : 2-3 semaines	
<input type="checkbox"/> OTITE AIGÜE Le plus souvent virale	Fièvre, douleur : 3-4 jours	
Si la fièvre persiste, si les symptômes s'aggravent ou si d'autres symptômes apparaissent (notamment difficultés ou gêne pour respirer), ou si l'alimentation devient difficile, vous devez (re)consulter votre médecin		

Source visuelle : Affiche d'information coronavirus - protégez-vous les uns les autres - campagne Covid-19
Santé publique France, mai 2020

DATE :
NOM DU PATIENT :
CACHET

Information pour infection virale

Aujourd'hui, vous présentez une infection qui ne nécessite pas d'antibiotique.

MALADIES DUES À UN VIRUS		DURÉE HABITUELLE DES SYMPTÔMES	MESURES POUR SE PROTÉGER DES INFECTIONS VIRALES
<input type="checkbox"/>	 RHINOPHARYNGITE (RHUME) <i>Toujours virale</i>	<ul style="list-style-type: none">• Fièvre : 2-3 jours• Nez bouché et/ou qui coule (sécrétions blanches, jaunes ou vertes) : 7-12 jours• Mal à la gorge : 5 jours• Toux : 1-3 semaines	   
<input type="checkbox"/>	 ANGINE VIRALE <i>Test rapide de recherche de streptocoque négatif</i>	<ul style="list-style-type: none">• Fièvre : 2-3 jours• Mal à la gorge : 7 jours	
Les infections suivantes nécessitent (le plus souvent) un avis médical			
<input type="checkbox"/>	 GRIPPE <i>Toujours virale</i>	<ul style="list-style-type: none">• Fièvre, courbatures : 2-4 jours• Toux : 2-3 semaines• Fatigue : plusieurs semaines	
<input type="checkbox"/>	 COVID-19 <i>Toujours virale</i>	<ul style="list-style-type: none">• Signes peu spécifiques et variables : rhume, mal à la gorge, toux... : 7-10 jours	
<input type="checkbox"/>	 BRONCHITE AIGUË <i>Toujours virale</i>	<ul style="list-style-type: none">• Fièvre : 2-3 jours• Toux : 2-3 semaines	
<input type="checkbox"/>	 OTITE AIGUË <i>Le plus souvent virale</i>	<ul style="list-style-type: none">• Fièvre, douleur : 3-4 jours	
 Si la fièvre persiste, si les symptômes s'aggravent ou si d'autres symptômes apparaissent (notamment difficultés ou gêne pour respirer), vous devez (re)consulter votre médecin			

Source : [Aude](#). Affiche d'information coconavirus - préépidémiques les uns les autres : campagne Covid-19

Source visuelle : Affiche d'information coronavirus - protégez-vous les uns les autres - campagne Covid-19
Santé publique France, mai 2020

DATE :
NOM DU PATIENT :
CACHET ET SIGNATURE MÉDECIN

Ordonnance pour infection virale

Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotique.

MALADIES DUES À UN VIRUS	DURÉE HABITUELLE DES SYMPTÔMES	MESURES POUR SE PROTÉGER DES INFECTIONS VIRALES
<input type="checkbox"/> RHINOPHARYNGITE (RHUME) Toujours virale	• Fièvre : 2-3 jours • Nez bouché et/ou qui coule (sécrétions blanches, jaunes ou vertes) : 7-12 jours • Mal à la gorge : 5 jours • Toux : 1-3 semaines	
<input type="checkbox"/> COVID-19 Toujours virale	• Signes peu spécifiques et variables : rhume, mal à la gorge, toux... : 7-10 jours	
<input type="checkbox"/> GRIPPE Toujours virale	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours • Toux : 2-3 semaines • Fatigue : plusieurs semaines	
<input type="checkbox"/> ANGINE VIRALE Test rapide de recherche de streptocoque négatif	• Fièvre : 2-3 jours • Mal à la gorge : 7 jours	
<input type="checkbox"/> BRONCHITE AIGÜE Toujours virale	• Fièvre : 2-3 jours • Toux : 2-3 semaines	
<input type="checkbox"/> OTITE AIGÜE Le plus souvent virale	Fièvre, douleur : 3-4 jours	
Si la fièvre persiste, si les symptômes s'aggravent ou si d'autres symptômes apparaissent (notamment difficultés ou gêne pour respirer), vous devez (re)consulter votre médecin		

Source visuelle : Affiche d'information coronavirus - protégez-vous les uns les autres - campagne Covid-19
Santé publique France, mai 2020

Les antibiotiques sont uniquement actifs sur les bactéries, pas sur les virus.
En cas d'infection virale, avec ou sans antibiotique, vous ne guérerez pas plus vite !

Pour soulager vos symptômes :

- Buvez de l'eau régulièrement, même si vous ne ressentez pas la soif.
- Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.
- Ne prenez pas d'anti-inflammatoires sans avis médical.

Conseils du médecin et/ou du pharmacien :

En savoir plus sur les antibiotiques :

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.
Ce document est adapté à votre situation.
Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.
Plus d'informations : <https://www.sante.fr/antibiomaal>

Adaptation de l'Ordonnance de non prescription du Ministère en charge de la santé et de l'Assurance Maladie
Fiche élaborée par un groupe de travail interrégional associant des professionnels de santé et des représentants des usagers et d'associations

En savoir plus sur les antibiotiques :

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.
Ce document est adapté à la situation de votre enfant.
Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.
Plus d'informations : <https://www.sante.fr/antibiomaal>



Adaptation de l'Ordonnance de non prescription du Ministère en charge de la santé et de l'Assurance Maladie
Fiche élaborée par un groupe de travail interrégional associant des professionnels de santé et des représentants des usagers et d'associations

Attente validation CNAM

En savoir plus sur les antibiotiques :

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.
Ce document est adapté à votre situation.
Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.
Plus d'informations : <https://www.sante.fr/antibiomaal>



Adaptation de l'Ordonnance de non prescription du Ministère en charge de la santé et de l'Assurance Maladie
Fiche élaborée par un groupe de travail interrégional associant des professionnels de santé et des représentants des usagers et d'associations

SSAUF.....qui peut ?



Je ne prescris pas d'antibiotique SSAUF si :

- ☒ **S**uspicion d'infection bactérienne
- et
- ☒ **S**ite infectieux clairement identifié
- OU
- ☒ **A**TCD, terrain à risque : immunodépression, splénectomie, grossesse, cirrhose décompensée, PNN < 0,5 G/L
- OU
- ☒ **U**rgence (sepsis sévère/choc septique ou qSOFA ≥2, purpura fulminans)
- et
- ☒ **F**prélèvements microbiologiques pertinents **F**aits (hémocultures, ECBU, ponction articulaire, ponction lombaire,...)

avec le soutien de  RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

 ars

réalisation : service communication AS Normandie - 01.2020

SSAUF.....qui peut.....faire un (quick) audit ?



But = évaluer la pertinence des prescriptions antibiotiques au regard des critères SSAUF

Méthode : 2 à 3 services cibles (médecine, urgence) pour des antibiothérapies systémiques, probabilistes

Auto-évaluation d'au moins 5 prescriptions

Lime Survey



Et bien sûr l'actualité du jour



Agissons maintenant !
Protégeons notre présent, sécurisons notre avenir



18-24 novembre 2025
**Semaine mondiale de sensibilisation
à la résistance aux antimicrobiens**



N'utiliser les antibiotiques que si nécessaire, chaque dose compte



Respecter la durée de traitement



Prévenir les infections par la vaccination et le respect des mesures d'hygiène



Suivre les conseils des professionnels de santé



En parler autour de soi !
le bon usage des antibiotiques est l'affaire de tous !

Un rendez-vous régional

