

Quiz durées ATB

Journée régionale des référents

9 avril 2026

Dr Elise Fiaux, infectiologue
Responsable du CRAtb Normantibio



Normantibio
CRAtb Normandie

Quelles actions de BUA pouvez-vous faire au quotidien ?

- Ne pas débiter une antibiothérapie devant une fièvre isolée
- Je peux arrêter un traitement ATB avant la fin prévue si le diagnostic d'infection bactérienne est exclu
- J'essaie de privilégier l'antibiotique au plus petit spectre d'action
- Je réévalue toutes mes prescriptions d'antibiotiques à J3

Quelles actions de BUA pouvez-vous faire au quotidien ?

- Ne pas débiter une antibiothérapie devant une fièvre isolée
- Je peux arrêter un traitement ATB avant la fin prévue si le diagnostic d'infection bactérienne est exclu
- J'essaie de privilégier l'antibiotique au plus petit spectre d'action
- Je réévalue toutes mes prescriptions d'antibiotiques à J3

BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

But du BUA = préserver l'efficacité des ATB

MIEUX prescrire :

- Choix de molécule : spectre ATB le + étroit possible
 - DHBNN : amox plutôt qu'augmentin
- Posologie : la + faible active
- Selon poids du patient, clairance, site infectieux
- Voie d'administration : PO >> IV

ATB de biodisponibilité identique = FQ, bactrim, clindamycine, spiramycine



BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES (BUA)

But du BUA = préserver l'efficacité des ATB

MOINS prescrire :

- Abstention : infections virales ou fièvre isolée
- Traitement différé
- Réévaluation systématique J3-J7 (H48-72)
 - arrêt
 - désescalade thérapeutique
- Arrêt possible si diagnostic d'infection bactérienne éliminé (même avant la date de fin prévue)
- Durée la + limitée possible



BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES (BUA)

But du BUA = préserver l'efficacité des ATB

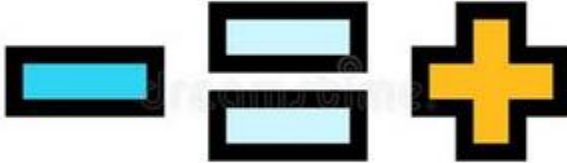
MOINS prescrire :

- Abstention : infections virales ou fièvre isolée
- Traitement différé
- Réévaluation systématique J3-J7 (H48-72)
 - arrêt
 - désescalade thérapeutique
- Arrêt possible si diagnostic d'infection bactérienne éliminé (même avant la date de fin prévue)
- Durée la + limitée possible

→ **Recommandations sur les durées ATB**



Durées de traitement antibiotique

LESS

IS MORE

**« Moins c'est mieux » : aussi efficace sans
les EI**

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 août 2024



Cette fiche de synthèse mentionne l'antibiothérapie de 1^{ère} intention et sa durée préconisée dans les infections bactériennes courantes de ville.

- Infections urinaires de la femme
- Infections ORL de l'enfant et de l'adulte
- Infections bactériennes cutanées
- Infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte
- Diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée
- Urétrites et cervicites non compliquées
- Infections respiratoires basses **[2024]** : Coqueluche, Exacerbation de BPCO (EABPCO)

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-08/choix et durees dantibiotherapie synthese actualisation aout 2024 mel v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-08/choix_et_durees_dantibiotherapie_synthese_actualisation_aout_2024_mel_v2.pdf)

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 aigue 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)

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 (entérocoques, 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**

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**, pivmécillina 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**)

Infection génitale haute non compliquée : ceftriaxone **dose unique** + doxycycline + métronidazole **10J**

Infection génitale haute compliquée : ceftriaxone jusqu'à amélioration (**max 7J**) + doxycycline **14J** + métronidazole **14J**

Méningites et abcès cérébral

Méningite à *N. meningitidis* : **5J** si évolution favorable à 48h

Méningite à *S. pneumoniae* : **10J** si évolution favorable à 48h

Méningite à *Listeria* : **21J**

Méningites de l'enfant : *Haemophilus* **7J** / *strepto B* **14J** / *E.coli* **21J**

Abcès cérébral drainé ou non : **6 sem** (**4 sem** si excision chirurgicale)

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)

Péritonite localisée : **3J**

Péritonite généralisée : **4J**

Péritonite postopératoire/nosocomiale : **8J**

Cholécystite :

Drainage endoscopique/opérée : **3J**

Drainage percutané, non drainé/opérée : **7J**

Angiocholite drainée : **3J** post drainage

Diverticulite :

Non compliquée : pas d'antibiotique, traitement symptomatique

Complicquée/abcès : **3J** si drainé / **7J** sinon

Abcès hépatique : **3 semaines** si drainé, ≥ **28J** sinon

Pneumopathie communautaire

- Patient de 45 ans
- Aucun ATCD particulier, aucun traitement
- Tabagisme actif
- Toux fébrile depuis 24 heures avec asthénie
- Crépitants base droite
- Aucun signe de gravité

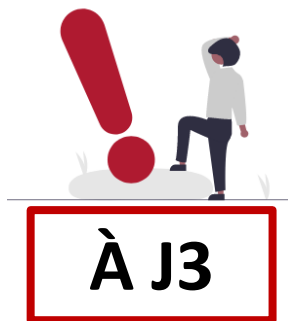


Quel traitement choisissez-vous ?

- 1) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 3 j
- 2) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 5 j
- 3) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 7 j
- 4) Amoxicilline-acide clavulanique 1g 3 fois 3 j
- 5) Amoxicilline-acide clavulanique 1g 3 fois par jour 7 j

Quel traitement choisissez-vous ?

- 1) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 3 j
- 2) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 5 j
- 3) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 7 j
- 4) Amoxicilline-acide clavulanique 1g 3 fois 3 j
- 5) Amoxicilline-acide clavulanique 1g 3 fois par jour 7 j



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

Amélioration clinique à
J3



3 j

Amélioration clinique
entre J3 et J5



5 j

Pas d'amélioration
clinique à J5



7 j

Si et seulement si autres complications (abcès, pleurésie de grande abondance,...) $\geq 7 \text{ j}$
Tout traitement de plus de 7 j doit être argumenté

Autres infections respiratoires

- **Légionellose** : 14 j (FQ) si AZM 5 j
- **Pleurésie para pneumonique non compliquée (que la plèvre soit ponctionnée ou pas) :**
idem pneumonie
- **Pleurésie purulente** : 15 jours après la dernière évacuation pleurale si évolution favorable

Si nouveau drainage ou ré intervention chirurgicale et décision d'antibiothérapie: durée 15 jours, à partir de la date de chirurgie ou drainage.

- **Pneumopathie aiguë communautaire en réanimation** : 7 j max
- **Pneumonies associées aux soins ou sous ventilation:** : 7 j **sauf** immunodéprimés et situations particulières (empyème, pneumonie nécrosante ou abcédée).
- **Exacerbation aiguë de BPCO** : 5 j

Quelles sont les bonnes réponses pour le traitement de la PNP d'inhalation ?

- 1) La durée de traitement minimale est de 7 jours
- 2) Le traitement de référence est l'amoxicilline-acide clavulanique
- 3) Une antibiothérapie par metronidazole n'est plus recommandée
- 4) Une antibiothérapie est indispensable suite à une inhalation clinique constatée
- 5) La Ceftriaxone est l'alternative à l'amoxicilline-acide clavulanique
- 6) En cas de nouvelle inhalation en milieu hospitalier, il faut élargir le spectre ATB

Quelles sont les bonnes réponses pour le traitement de la PNP d'inhalation ?

- 1) La durée de traitement minimale est de 7 jours
- 2) Le traitement de référence est l'amoxicilline-acide clavulanique
- 3) Une antibiothérapie par metronidazole n'est plus recommandée
- 4) Une antibiothérapie est indispensable suite à une inhalation clinique constatée
- 5) La Ceftriaxone est l'alternative à l'amoxicilline-acide clavulanique
- 6) En cas de nouvelle inhalation en milieu hospitalier, il faut élargir le spectre ATB

SYNTHESE reco SPILF 2025

PNP communautaire

- 1) Age n'est plus un critère de gravité - autres comorbidités
- 2) Monothérapie par AMOXICILLINE en première intention
- 3) Durée de ttt : **3 - 5 – 7 j**
- 4) si échec à H48 : relai par macrolides
- 5) Imagerie : TDM ou écho



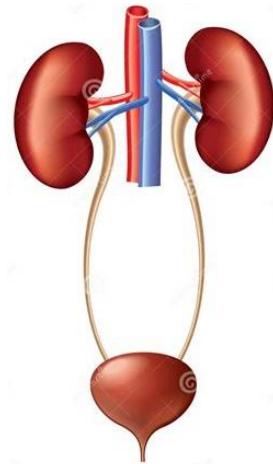
PNP inhalation

- 1) diagnostic = PNP + contexte d'inhalation
- 2) 1^{ère} ligne : augmentin (ou C3G si PO impossible)
- 3) **Durée 5 j** (max 7)
Pas de metronidazole
- 4) Imagerie indispensable (écho, Rx, TDM)

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

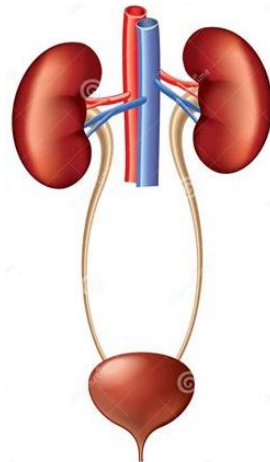
Quelles sont les bonnes réponses – IU ?

- 1 La durée de traitement d'une PNA simple est de 7 j
- 2 10 j suffisent pour traiter une PNA RDC
- 3 La cystite de l'homme n'existe pas
- 4 Une prostatite infectieuse se traite par FQ ou Bactrim 14 j
- 5 Les C3G orales ont encore une place dans le traitement des cystites RDC



Quelles sont les bonnes réponses – IU ?

- 1 La durée de traitement d'une PNA simple est de 7 j
- 2 10 j suffisent pour traiter une PNA RDC
- 3 La cystite de l'homme n'existe pas
- 4 Une prostatite infectieuse se traite par FQ ou Bactrim 14 j
- 5 Les C3G orales ont encore une place dans le traitement des cystites RDC



Colonisation urinaire

ECBU positif SANS symptômes = **colonisation urinaire**

Aucune indication à traiter :

- Même si patient diabétique ou immunodéprimé
- Même si BMR
- Même si forte leucocyturie
- Même si forte bactériurie

FICHE

Choix et durées
d'antibiothérapies : cystite aiguë
simple, à risque de complication
ou récidivante, de la femme

Validée en novembre 2016

Mise à jour en juillet 2021 et juil. 2024

Femme de moins de 65
ans ET sans facteur de
risque de complication



Cystite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication) :

- ➔ Diagnostic clinique : brûlures mictionnelles et/ou urgenturies.
 - Recherche de leucocytes et nitrites positifs par réalisation d'une bandelette urinaire (BU).
 - Ne pas prescrire un examen cyto bactériologique des urines (ECBU).
- ➔ Les traitements recommandés sont :

1^{re} intentionfosfomycine-trométamol, 3 g en **prise unique**2^e intentionpivmécillinam : 400 mg 2 fois par jour pendant **3 jours**

!! Délivrance possible du traitement ATB par le pharmacien après BU +

FICHE

Choix et durées
d'antibiothérapies : cystite aiguë
simple, à risque de complication
ou récidivante, de la femme

Validée en novembre 2016

Mise à jour en juillet 2021 et juil. 2024

Cystite aiguë à risque de complications (au moins 1 facteur de risque) :

➔ **Traitement différé à privilégier [2024] : traitement adapté à l'antibiogramme**

Par ordre de préférence et selon l'antibiogramme :

1 ^{re} intention	amoxicilline : 1g 3 fois par jour pendant 7 jours
2 ^e intention	pivmécillinam : 400 mg 2 fois par jour pendant 7 jours
3 ^e intention	nitrofurantoïne* : 100 mg 3 fois par jour pendant 7 jours

*nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs.

➔ **Traitement ne pouvant être différé : traitement probabiliste [2024]**

1 ^{re} intention	nitrofurantoïne* : 100 mg 3 fois par jour pendant 7 jours
2 ^e intention	fosfomycine-trométamol : 3 g à J1, J3 et J5 [2024]

*nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs.



FICHE

Choix et durées d'antibiothérapies : pyélonéphrite aiguë de la femme

SYNTHÈSE

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

Pyélonéphrite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication)

Traitement probabiliste en attendant l'antibiogramme

En l'absence de traitement par quinolone dans les 6 mois : ciprofloxacine ou lévofloxacine

Jusqu'au résultat de l'antibiogramme

Traitement de relais

amoxicilline (à utiliser prioritairement sur souche sensible)
Sinon désescalade pour la molécule active avec le spectre le plus étroit

10 jours

Femme de moins de 65 ans
ET sans facteur de risque de complication

Pyélonéphrite aiguë à risque de complications (sans signe de gravité)

Traitements antibiotiques, probabilistes ou de relais : ce sont ceux de la PNA simple, sans signe de gravité

10 jours



PNA simple : si maintien C3G ou FQ = 7 jours

Infection urinaire masculine

Nouvelles recommandations attendues pour **2026**

Groupe de travail SPILF, mise à jour recommandations infections urinaires de l'homme

Diagnostic :

Infection tissulaire = fièvre = prostatite aiguë (ou PNA)

Pas d'infection tissulaire = pas de fièvre = cystite (RDC)

Pas de fièvre mais bactériémie = prostatite aiguë ou PNA

IUM parenchymateuse : FQ ou BACTRIM pour 14 jours

Cystite de l'homme : fosfomycine-trométamol J1 – J3 – J5 (autre molécule 7j)



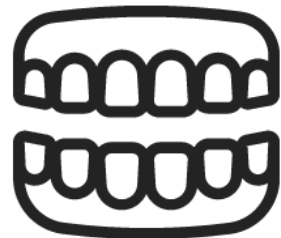
Durée de traitement cystite de l'homme

❖ Quelques propositions avant recommandations ...

Antibiotique par voie orale	Dose journalière	Durée
Pivmécillinam	400 mg x2 (ou x3)	(5-) 7 jours
Nitrofurantoïne	100 mg x (2-3) (50 mg x4)	7 jours
Fosfomycine trométamol	3 g	J1, J3, J5
Triméthoprime	300 mg	
TMP-SMZ	800 mg x2	7 jours
Fluoroquinolones		7 jours
- ofloxacine	200 mg x2	
- lévofloxacine	500 mg x1	
- ciprofloxacine	500 mg x2	

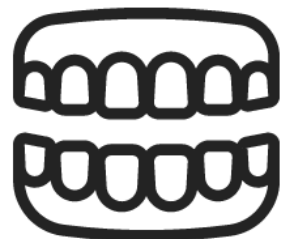
Quelles sont les bonnes réponses ?

- Le traitement ATB post-morsure est l'amox-clav pendant 5 jours
- Le traitement ATB post-morsure est l'amox-clav pendant 7 jours
- Une DHBNN post-morsure se traite pendant 7 jours par amoxicilline
- La pristinamycine est la molécule de choix en cas d'allergie pour le traitement d'une infection cutanée post-morsure
- La doxycycline est la molécule de choix en cas d'allergie pour le traitement d'une infection cutanée post-morsure



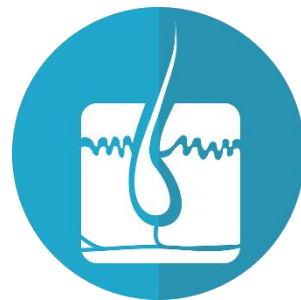
Quelles sont les bonnes réponses ?

- Le traitement ATB post-morsure est l'amox-clav pendant 5 jours
- Le traitement ATB post-morsure est l'amox-clav pendant 7 jours
- Une DHBNN post-morsure se traite pendant 7 jours par amoxicilline
- La pristinamycine est la molécule de choix en cas d'allergie pour le traitement d'une infection cutanée post-morsure
- La doxycycline est la molécule de choix en cas d'allergie pour le traitement d'une infection cutanée post-morsure



Quelles sont les bonnes réponses sur le traitement d'un érysipèle ?

- 1) On ne dit plus érysipèle mais DHBNN !
- 2) La molécule de référence est l'amoxicilline
- 3) La durée de traitement est de 7 jours
- 4) La durée de traitement peut être allongée si la jambe reste rouge
- 5) Je peux envisager un traitement ATB prophylactique en cas de DHBNN à répétition



Quelles sont les bonnes réponses sur le traitement d'un érysipèle ?

- 1) On ne dit plus érysipèle mais DHBNN !
DermoHypodermite Bactérienne Non Nécrosante
- 2) La molécule de référence est l'amoxicilline
- 3) La durée de traitement est de 7 jours **MAXIMUM** !
- 4) La durée de traitement peut être allongée si la jambe reste rouge
- 5) Je peux envisager un traitement ATB prophylactique en cas de DHBNN à répétition



Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Février 2019

Pathologie	Traitement antibiotique 1 ^{re} intention	Si allergie à la pénicilline	Durée du TTT
DHBNN adulte	Amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour	Pristinamycine : 1g x 3 /jour ou Clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg	7 jours

Pas d'augmentin !

Dermohypodermes bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'adulte

DHBNN non compliquée
amoxicilline

7 jours

Ne pas prolonger l'antibiothérapie

DHBNN adulte Antibiopro- phylaxie	Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard) : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines Pénicilline V (phénoxyéthylpénicilline) : 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en 2 prises	Azithromycine : 250 mg/jour	À évaluer : en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence.
--	--	------------------------------------	--

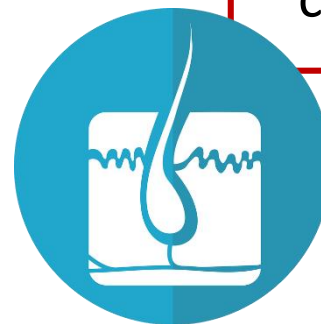
SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Messages clés

- La durée totale de l'antibiothérapie en ambulatoire doit être courte (au maximum 7 jours).
- Pour chaque type d'infection cutanée bactérienne, la place des prélèvements bactériologique est précisée.
- La prise en charge des dermohypodermites bactériennes (DHB) est déclinée en séparant la forme commune non nécrosante de l'adulte d'origine streptococcique (anciennement : érysipèle), de formes particulières par leur contexte (morsure, etc.) ou le terrain (enfant), ainsi que des formes graves, nécrosantes, dont la prise en charge est urgente et hospitalière.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_de_synthese_infections_cutanees_mel.pdf



- Morsure animale : 5 j
- Morsure animale → pasteurellose/chat ++
 - amox-clav
 - si allergie : doxycycline
 - !! pristinamycine inefficace
- DHBNN : 7 j
- Furoncle, impétigo non compliqués : **ttt locaux**

Quelles sont les bonnes réponses ?

- Le traitement d'une diverticulite en cas d'échec du ttt symptomatique est l'amox-clav pendant 7 j
- Un abcès hépatique se traite par ATB pendant 6 semaines
- un abcès hépatique se traite par ATB pendant 28 j
- Une péritonite généralisée se traite par ATB pendant 7 j
- Une péritonite généralisée se traite par ATB pendant 4 j



Quelles sont les bonnes réponses ?

- Le traitement d'une diverticulite en cas d'échec du ttt symptomatique est l'amox-clav pendant 7 j
- Un abcès hépatique se traite par ATB pendant 6 semaines
- un abcès hépatique se traite par ATB pendant 28 j
- Une péritonite généralisée se traite par ATB pendant 7 j
- Une péritonite généralisée se traite par ATB pendant 4 j



Infections digestives

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)

Péritonite localisée : **3J**

Péritonite généralisée : **4J**

Péritonite postopératoire/nosocomiale : **8J**

Cholécystite :

Drainage endoscopique/opérée : **3J**

Drainage percutané, non drainé/opéré : **7J**

Angiocholite drainée : **3J** post drainage

Diverticulite :

Non compliquée : pas d'antibiotique, traitement symptomatique

Complicée/abcès : **3J** si drainé / **7J** sinon

Abcès hépatique : **3 semaines** si drainé, **≥ 28J** sinon



**!!! Place du traitement chirurgical :
diminution drastique de l'inoculum bactérien ET
documentation microbiologique**

Madame B, 85 ans présente une diarrhée assez abondante dans les suites d'une antibiothérapie par augmentin® pour une bronchite

- 1) Vous réalisez une coproculture avec recherche de *Clostridioides difficile*
- 2) Vous mettez en place des précautions complémentaires contact
- 3) Le traitement de référence de la diarrhée à *C. difficile* est le metronidazole
- 4) La durée du traitement est de 10 jours

Madame B, 85 ans présente une diarrhée assez abondante dans les suites d'une antibiothérapie par augmentin® pour une bronchite

- 1) Vous réalisez une coproculture avec recherche de *Clostridioides difficile*
- 2) Vous mettez en place des précautions complémentaires contact
- 3) Le traitement de référence de la diarrhée à *C. difficile* est le métronidazole
- 4) La durée du traitement est de 10 jours

2 options thérapeutiques :

- vancomycine PO
- fidaxomicine PO

Dans les infections osseuses, quelles sont les affirmations vraies ?

- 1) L'ostéite du pied diabétique sur tranche de section saine se traite 21 jours
- 2) Une arthrite septique à SAMS se traite pendant 2 semaines après un lavage
- 3) Une arthrite de la main se traite 14 jours après drainage
- 4) Une infection sur PTG se traite plus de 12 semaines post-lavage seul



Dans les infections osseuses, quelles sont les affirmations vraies ?

- 1) L'ostéite du pied diabétique sur tranche de section saine se traite 21 jours
- 2) Une arthrite septique à SAMS se traite pendant 2 semaines après un lavage
- 3) Une arthrite de la main se traite 14 jours après drainage
- 4) Une infection sur PTG se traite plus de 12 semaines post-lavage seul



Conclusion

- **MOINS et MIEUX prescrire : indication – posologie – voie – durée – réévaluation**

- **Durée : axe majeur d'action ++**

Audits de pratique : durées tjs trop longues

Recommandations : + petite durée efficace

Modifications régulières depuis 2021

Aides « techniques »

Référentiels : Epopi, antibiogarde

Avis infectieux :

Carte des infectiologues de Normandie à jour

Liens utiles - durées

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/reco360_synthese_durees_antibiotherapies_coi_2021_07_15_v2.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_de_synthese_infections_cutanees_mel.pdf

www.infectiologie.com

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2021-05-tt-courts.pdf>

www.antibioclic.fr

Les bonnes résolutions de 2026 en tant que professionnel de santé !



En 2026, faisons de la préservation
des antibiotiques une priorité collective



Je n'utilise
les antibiotiques
que lorsqu'ils sont
nécessaires



Je respecte toujours
la dose et la durée
selon les
recommandations



Je pense à
la réévaluation
systématique
à 48-72h



Je préviens les infections
(vaccination, hygiène
des mains et précautions
standard)



Je partage l'information
et implique
mes collègues



Je protège l'efficacité
des antibiotiques pour
aujourd'hui... et
pour demain

Ensemble, faisons de 2026 une année d'engagement
pour un bon usage des antibiotiques.

Chaque dose compte !

