

# Webinaire « Infections respiratoires en période hivernale : entre prévention et thérapeutique »

Point sur les nouvelles données régionales des Missions  
**PRIMO** et **SPARES**

## Webinaire « Infections respiratoires en période hivernale : entre prévention et thérapeutique »

### Nouveautés en vaccination hivernale (grippe, COVID-19, VRS et pneumocoques)

Le vendredi 21 novembre 2025 : 13h-14h

Dr Agnieszka Kolakowska

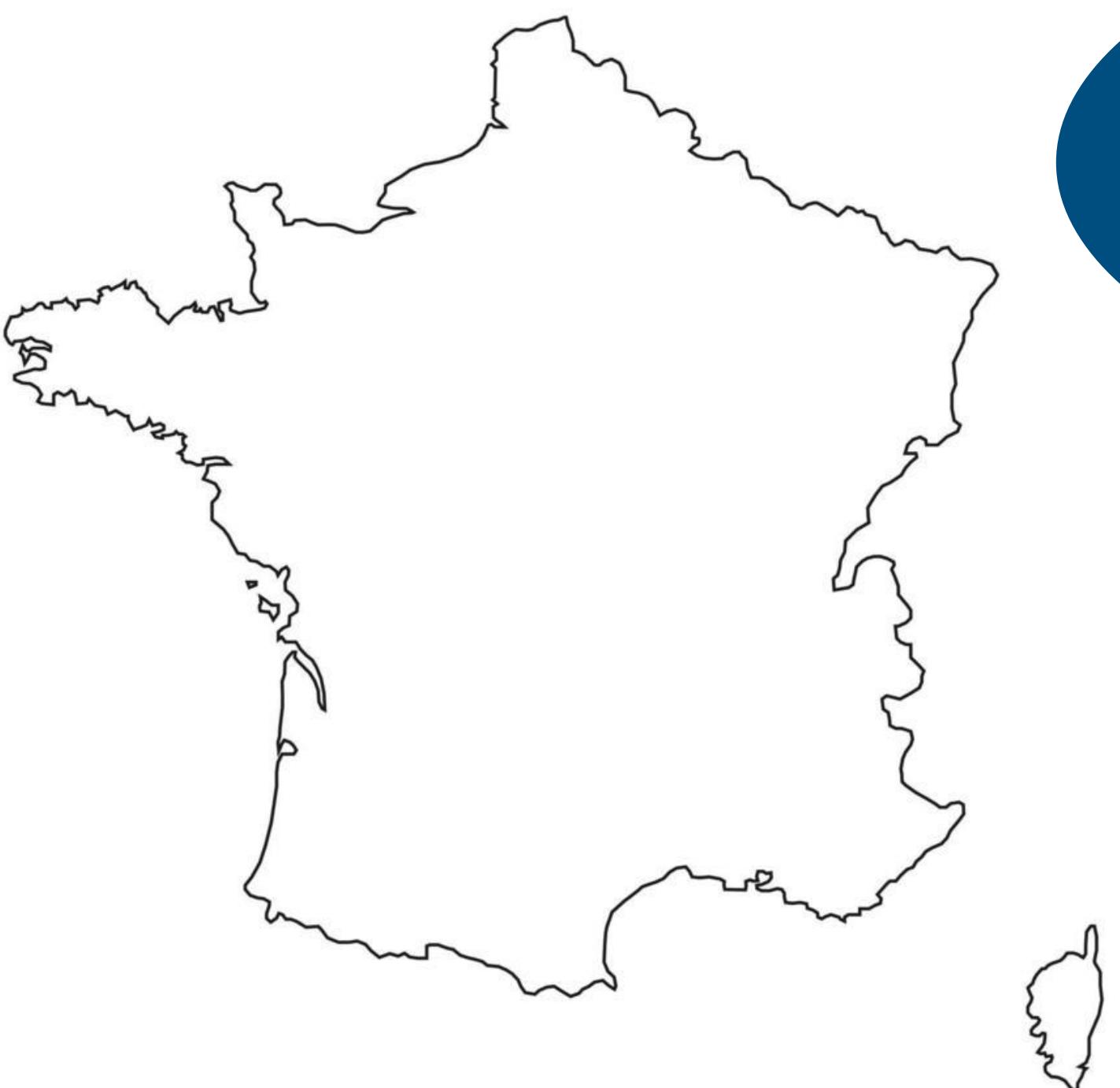
Médecin infectiologue  
Centre Hospitalier de Bastia

# SOMMAIRE

1. Vaccins contre la grippe: vaccins individualisés au patient
2. Vaccins contre le SARS CoV2: quel vaccin choisir
3. Vaccins contre le VRS: pour qui remboursement
4. Vaccins contre les pneumocoques: quoi de neuf

# Vaccination contre la grippe: vaccin individualisé au patient

## Importance de la vaccination antigrippale



**En France, la grippe saisonnière touche chaque année entre 2 et 6 millions de personnes.**

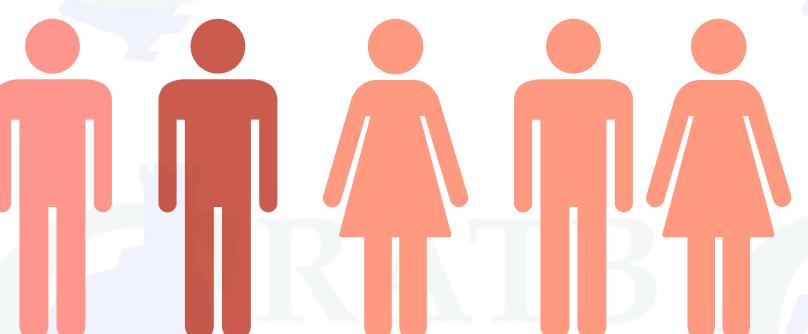
**Surinfections bactériennes peuvent toucher jusqu'à 10-15% des personnes ayant contracté la grippe**

**La vaccination reste le moyen le plus efficace pour prévenir ces infections et limiter la propagation du virus.**

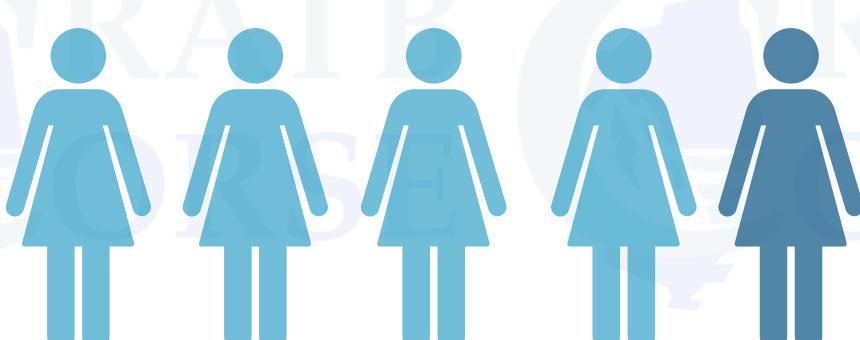
# Couverture vaccinale en France et enjeux



**UNE PERSONNE SUR DEUX**  
de la population à risque

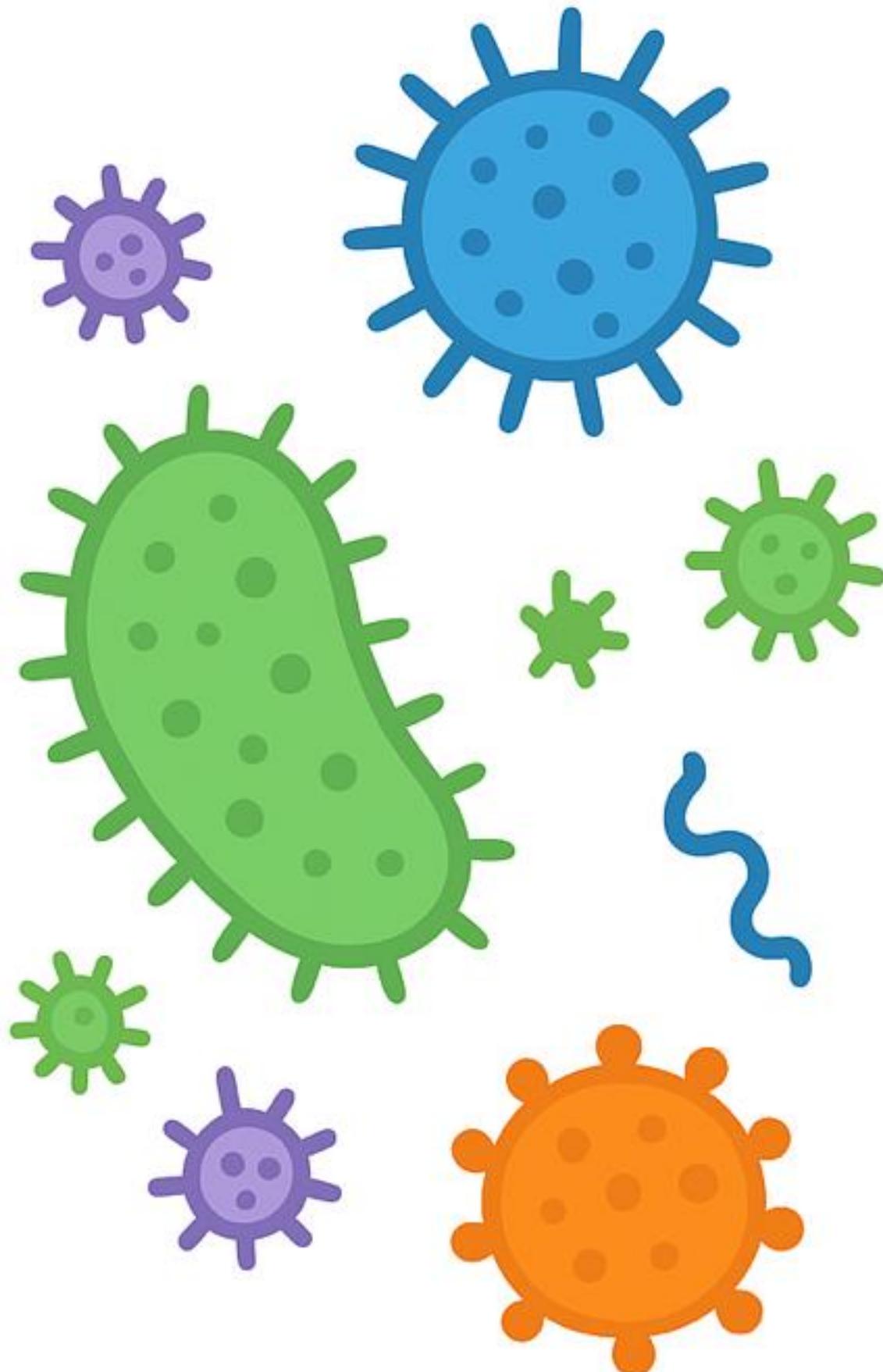


**UNE PERSONNES SUR CINQ**  
du personnel soignant



**UNE FEMME ENCEINTE SUR CINQ**

## Impact sur le bon usage des antibiotiques



**Moins de grippe**  
=

**moins d'infections bactériennes secondaires**  
=

**moins d'antibiotiques prescrits**

# Vaccins anti grippaux disponibles en France pour la saison 2025-2026



**Vaxigrip®**

(11,75 euros; Sanofi)

vaccin trivalent, pour enfants à partir de 6 mois et adultes



**Influvac®**

(11,75 euros; Viartis)

vaccin trivalent, pour enfants à partir de 6 mois et adultes



**Flucelvax®**

(11,75 euros; Seqirus)

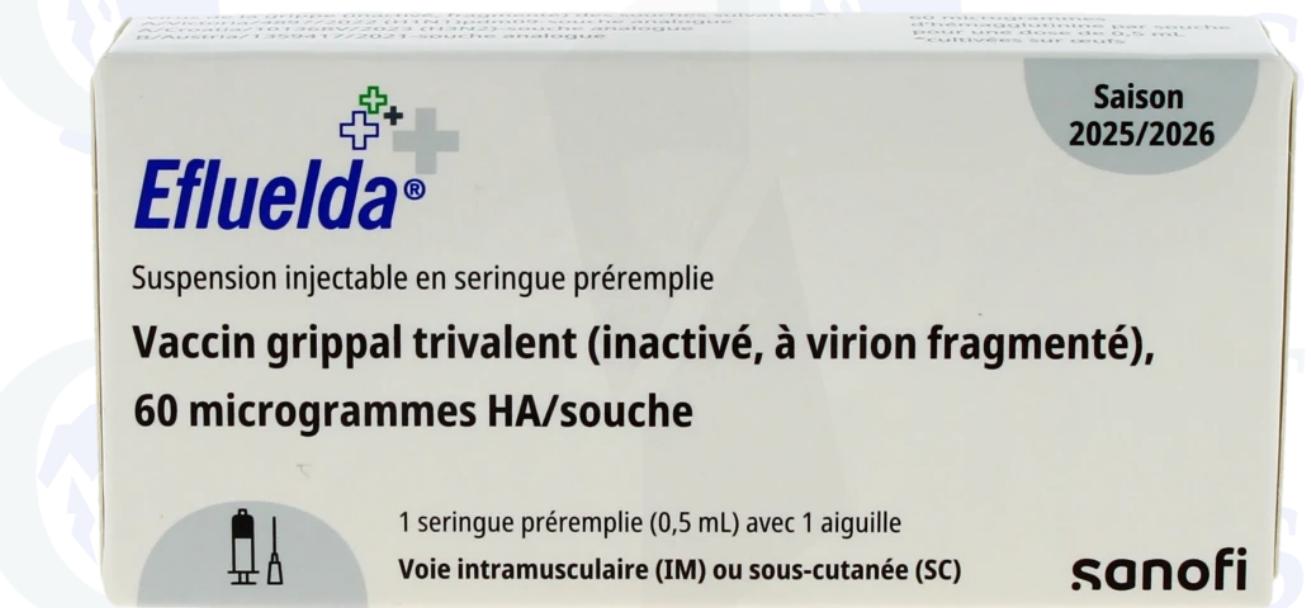
vaccin trivalent, pour enfants à partir de 2 ans et adultes, **pas de protéine d'oeuf** (culture cellulaire reins de chien), commercialisé en France depuis 2021



**Fluad®**

(23,97 euros, Seqirus)

vaccin trivalent adjuvanté, indiqué pour les personnes >65 ans



**Efluelda®**

(30,90 euros; Sanofi)

vaccin trivalent « haute dose », indiqué pour les personnes >65 ans

## Particularité pour la campagne vaccinale 2025/2026

**Ne circule plus depuis  
mars 2020**

A(H1N1)

B/Yamagata

A(H3N2)

B/Victoria

**L'EMA recommande à partir  
de l'automne 2024 vaccins  
anti grippale trivalents...**

# Comparaison des vaccins anti grippaux

Vaxigrip®, Influvac®	Flucelvax®	Fluad®	Efluelda®
Trivalent inactivé	Trivalent inactivé	Trivalent avec adjuvant	Trivalent à haute dose
A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09; A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2); B/Austria/1359417/2021 (lignée B/Victoria)			
15 µg HA par souche	15 µg HA par souche	15 µg HA par souche	60 µg HA par souche
sans adjuvant	sans adjuvant	MF59 (squalène, polysorbate 80, sorbitan trioleate)	sans adjuvant
Œufs embryonnés	Cellules MDCK (mammifères)	Œufs embryonnés	Œufs embryonnés
Seringue préremplie 0,5 mL + aiguille	Seringue préremplie 0,5 mL + aiguille	Seringue préremplie 0,5 mL + aiguille	Seringue préremplie 0,7 mL +/- aiguille
< 65 ans	< 65 ans	> 65 ans	> 65 ans

# Vaccination contre le SARS CoV2: quel vaccin choisir?

# Comparaison des vaccins contre SARS CoV2 autorisés en France

Comirnaty®, Pfizer/BioNTech	Spikevax®, Moderna	Vaxzevria®, AstraZeneca	Jcovden®, Johnson&Johnson/Janssen	Nuvaxovid®, Novavax
ARNm	ARNm	Vecteur viral (adenovirus)	Vecteur viral	Protéine recombinante
USA/Allemagne autorisé dès 27/12/2020	USA autorisé 08/01/2021	Royaume-Uni/Suède autorisé 29/01/2021	USA autorisé 11/03/2021	USA autorisé début 2022
> 6 mois	> 18 ans	> 55 ans	> 18 ans	> 12 ans
2 doses + rappels	2 doses + rappels	2 doses	1 dose	2 doses + rappels
CI: allergie à un composant, myocardite ou péricardite récente	CI: allergie à un composant, myocardite ou péricardite récente	CI: ATCD de thrombose	CI: hypersensibilité, ATCD de thrombose	CI: allergie à un composant, infection récente
Mise à jour en 2025 Comirnaty LP.8.1®	Mise à jour en 2025 Spikevax LP.8.1®	-	-	Mise à jour en 2025 Nuvavaxoid XBB1.5®
<b>Vaccin de choix</b>	<b>Myocardite/péricardite chez les jeunes hommes</b>	<b>N'est plus commercialisé en France, Thromboses</b>	<b>N'est plus commercialisé en France</b>	<b>N'est pas disponible en Corse?</b>

# Quand évoque une hypersensibilité à la vaccination contre SARS CoV2

Contre-indication absolue: allergie confirmée au polyéthylène glycol (PEG, macrogol)

Risque de réactivité croisée si allergie au polysorbate 80

A évoquer si allergie à:

Revaxis®, Boostrix®

Influvac®, Vaxigrip®

Gardasil 9®

laxatifs

corticoïdes injectables

produits de contraste

anesthésiques locaux



Nécessite exploration allergologique

# Vaccination contre le VRS: pour qui remboursement?

## Importance de la vaccination contre le VRS



**En période de circulation intense de VRS en Europe, on observe un excès de mortalité d'environ 95,3 décès supplémentaire pour 100 000**

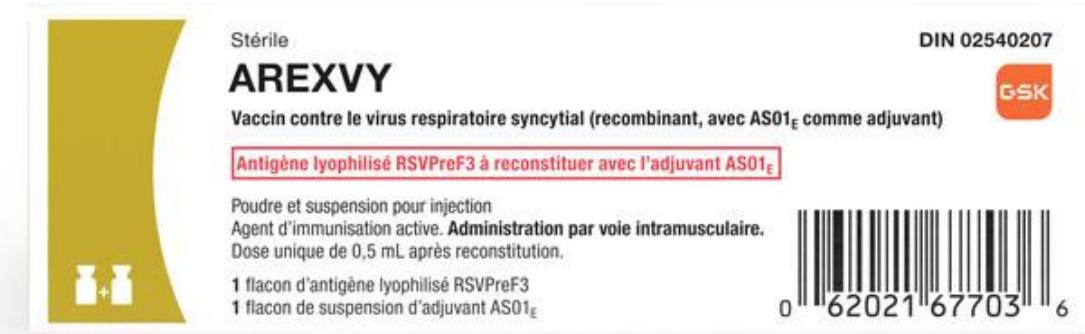
# Vaccins contre le VRS disponibles en France pour la saison 2025-2026



## Abrysvo®

(196,10 euros; Pfizer)

autorisé en Europe depuis 08/2023 à partir de 18 ans, depuis 08/2024 commercialisé en France, remboursement pour des femmes entre 32 et 36 SA , pas de remboursement pour d'autres populations



## Arexvy®

(200 euros; GSK)

autorisé en Europe depuis 06/2023 à partir de 60 ans, disponible en France depuis 09/2023 mais aucun remboursement



## mRESVIA®

(? euros; Moderna)

autorisé en Europe à partir de 60 ans, non commercialisé en France

## Vaccins contre le VRS

Abrysvo®, Pfizer	Arexvy®, GSK	mRESVIA®, Moderna
Vaccin à protéine recombinante bivalente « pré-F » (pré-fusion de la protéine F du VRS) pour les sous-types A et B	Vaccin à protéine recombinante adjuvant (AS01) à base de protéine F du VRS (non ARNm)	Vaccin à ARNm codant la protéine F pré-fusion du VRS
Adultes $\geq$ 60 ans (et extension vers $\geq$ 18 ans dans l'UE)	Adultes $\geq$ 60 ans (et extension possible 50-59 ans à risque)	Adultes $\geq$ 60 ans (et potentiellement extension) selon les autorisations
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saison 1 : ~ 88,9 % avec <math>\geq</math>3 symptômes chez <math>\geq</math> 60 ans.</li> <li>- Saison 2 : ~ 77,8 % pour la même population.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficacité cumulée sur 3 saisons : ~ 62,9 %</li> <li>- Efficacité contre maladie sévère : ~ 67,4 %.</li> <li>- Sur 2 saisons : ~ 67,1 % si 2 doses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résultats intermédiaires : ~ 81 % efficacité <math>\geq</math>3 symptômes chez <math>\geq</math> 60 ans.</li> <li>- Suivi prolongé (8,6 mois) : ~ 63,3 % efficacité <math>\geq</math>2 symptômes.</li> </ul>
Syndrome de Guillain-Barré (mais très rare)	Syndrome de Guillain-Barré et encéphalomyélite aiguë disséminée ADEM (1/10 000)	Quelques troubles neurologiques (surveillance)

# Vaccination contre les pneumocoques: quoi de neuf?

## Arrivée d'un nouveau vaccin: Prevenar 20



**Prevenar13® (PCV13)**  
(48,82 euros; Pfizer)



**Pneumo23® (PPV23)**  
(18,67 euros; MSD)

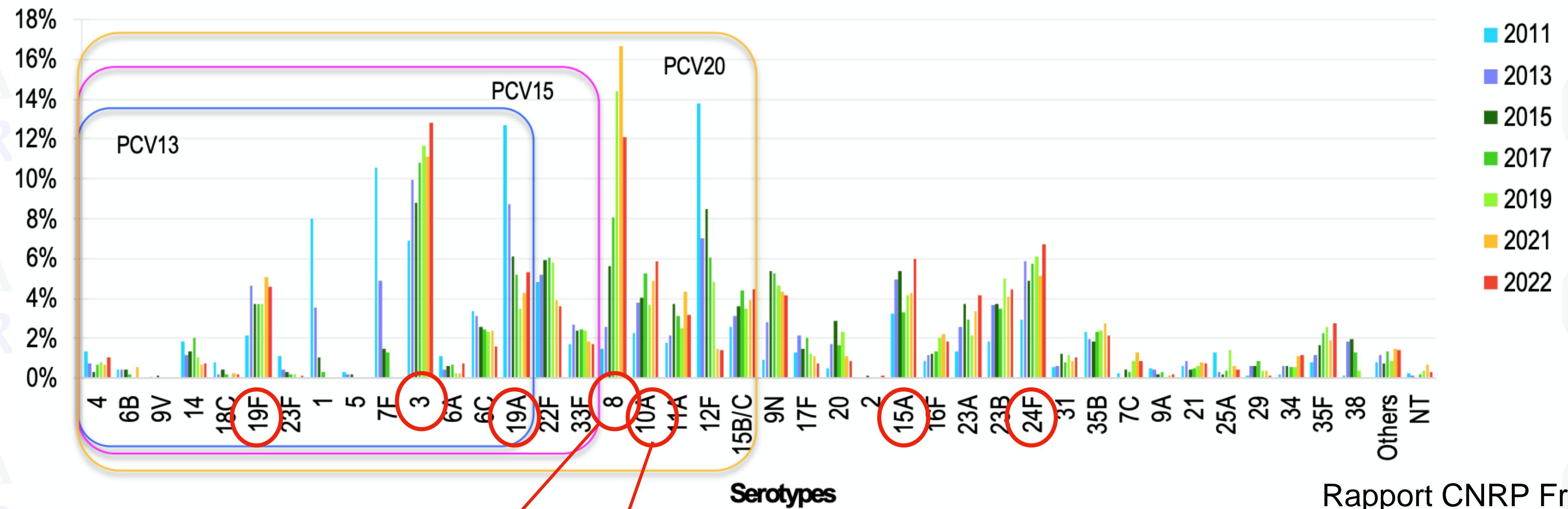


**Vaxneuvance® (PCV15)**  
(48,82 euros; MSD)



**Prevenar20® (PCV20)**  
(58,24 euros; Pfizer)

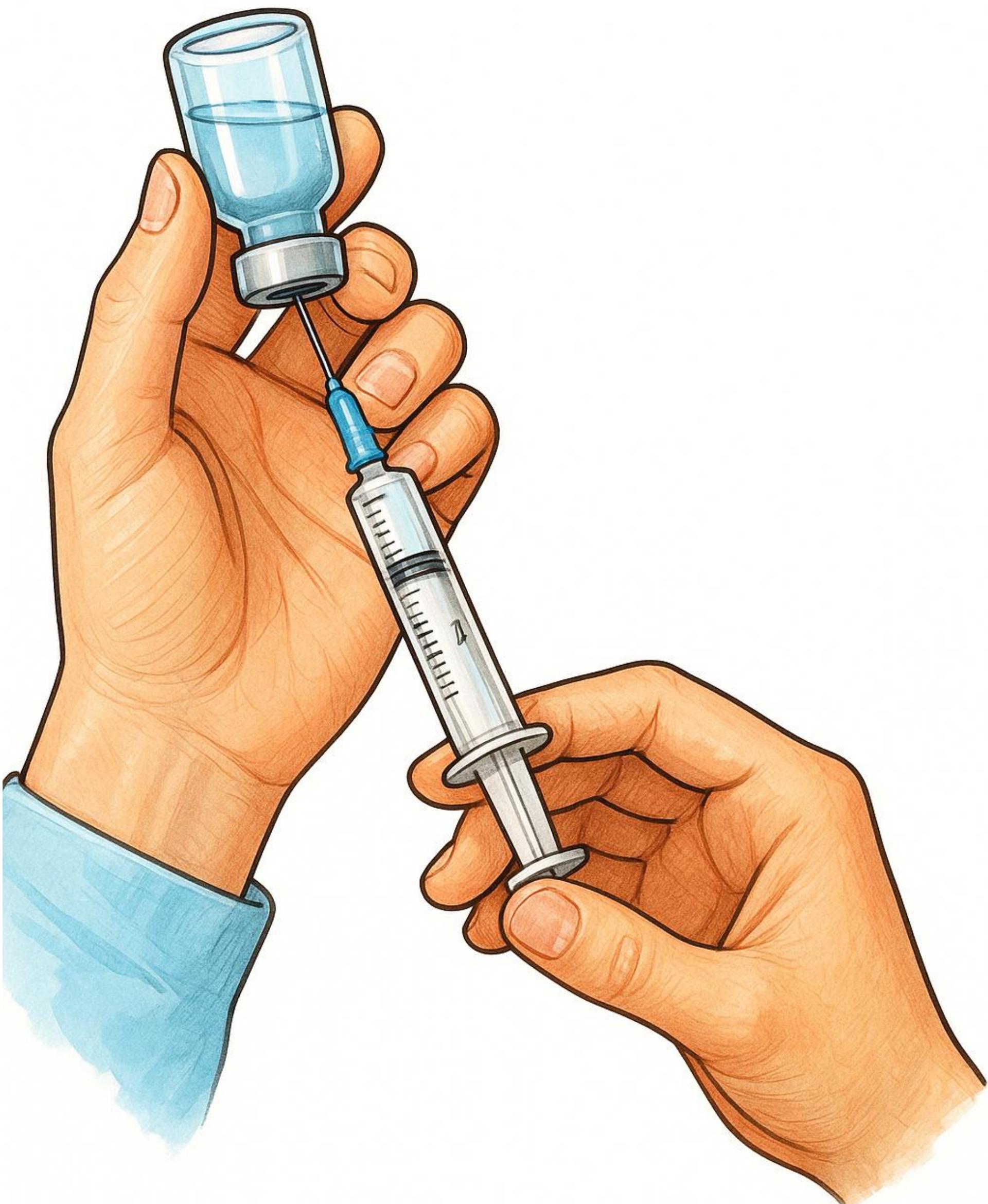
# Quels avantages avec le Prevenar 20



# Rapport CNRP France 2023

# Vaccination contre les infections hivernales: administration simultanée?

Administration simultanée de plusieurs vaccins inactivés  
est possible MAIS aux différents sites



vaccin anti-grippal + vaccin contre le SARS CoV2



vaccin anti-grippal classique/adjuvanté + Prevenar20



vaccin contre le SARS CoV2 + Prevenar20



Efluelda + Prevenar20

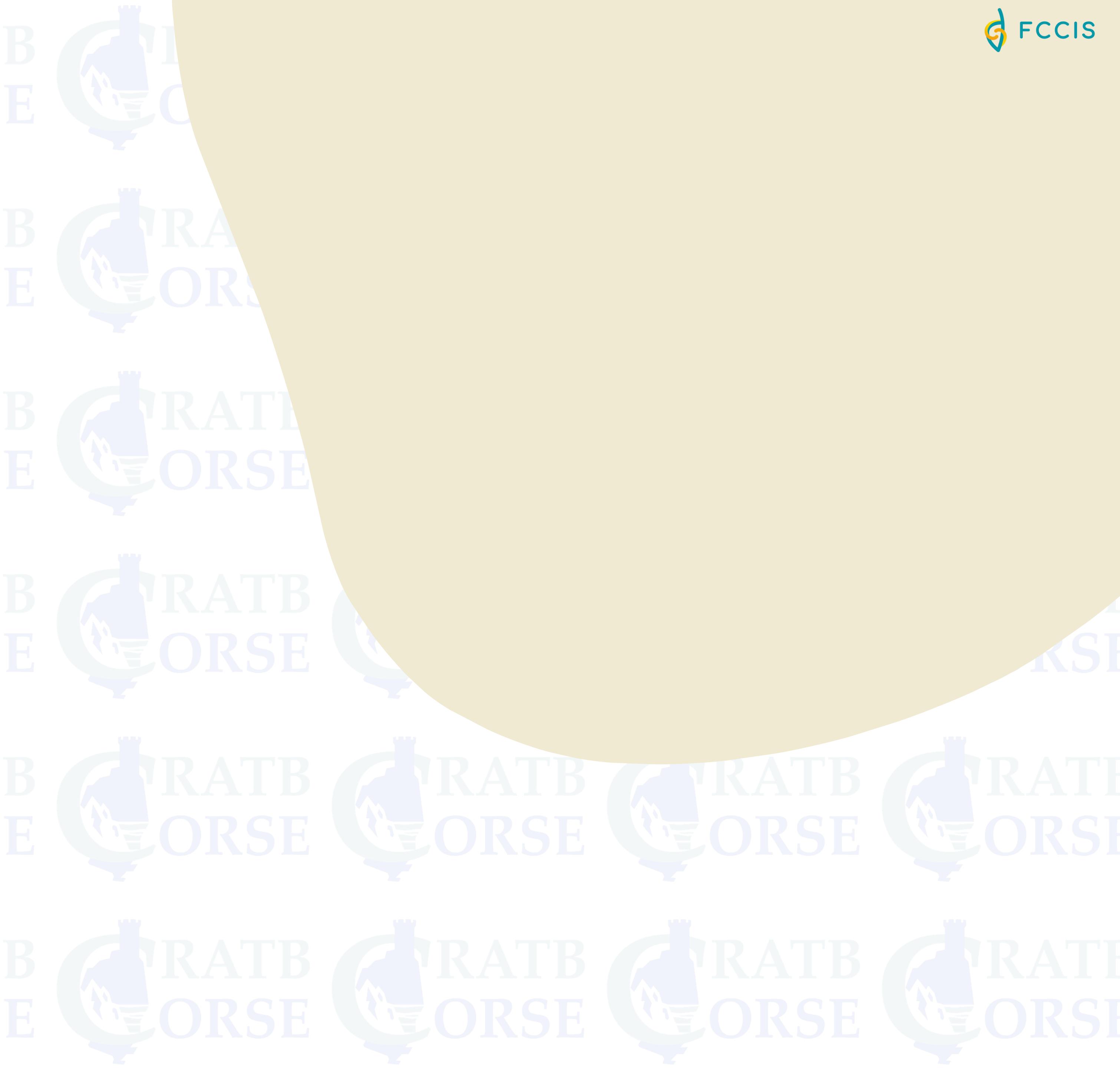


# PREVACCOR

FAITES PROGRESSER  
LA VACCINATION EN CORSE



**Vaccination et  
diabète : où en  
est-on ?**



# PREVACCOR

FAITES PROGRESSER  
LA VACCINATION EN CORSE



## Le point de départ



- **Le diabète touche plus de 20 000 personnes en Corse**
- **Risque multiplié par 2 à 3 d'infections invasives à pneumocoque**
- **Mortalité hospitalière deux fois plus élevée**
- **Vaccination = réduction significative de la morbi-mortalité**

# PREVACCOR

FAITES PROGRESSER  
LA VACCINATION EN CORSE



## Vaccination et diabète : où en est-on ?

### Le point de départ



- Le diabète touche plus de 20 000 personnes en Corse
- Risque multiplié par 2 à 3 d'infections invasives à pneumocoque
- Mortalité hospitalière deux fois plus élevée
- Vaccination = réduction significative de la morbi-mortalité



### Un enjeu de santé publique

- Malgré les recommandations de la HAS depuis juillet 2023, la couverture vaccinale reste insuffisante, notamment chez le patient diabétique

MOINS DE 5%  
DES PATIENTS  
DIABÉTIQUES  
SONT VACCINÉS

# PREVACCOR

FAITES PROGRESSER  
LA VACCINATION EN CORSE

## Vaccination et diabète : où en est-on ?



### Le point de départ



- Le diabète touche plus de 20 000 personnes en Corse
- Risque multiplié par 2 à 3 d'infections invasives à pneumocoque
- Mortalité hospitalière deux fois plus élevée
- Vaccination = réduction significative de la morbi-mortalité

### Un enjeu de santé publique



- Malgré les recommandations de la HAS depuis juillet 2023, la couverture vaccinale reste insuffisante, notamment chez le patient diabétique

MOINS DE 5%  
DES PATIENTS  
DIABÉTIQUES  
SONT VACCINÉS

### Notre but



- évaluer l'impact d'une action de sensibilisation auprès des médecins généralistes de Corse sur la couverture vaccinale antipneumococcique des patients diabétiques majeurs.



## Information

En partenariat avec la FCCIS :  
un lien est adressé aux  
médecins généralistes de  
Corse vers le site  
d'information Prevaccor

- Rappel des dernières recommandations vaccinales
- QR code ou lien vers un questionnaire d'entrée



# Les grandes étapes de l'étude

## SITE PREVACCOR

## VIDEO PREVACCOR



## Les grandes étapes de l'étude

### Information

En partenariat avec la FCCIS :  
un lien est adressé aux  
médecins généralistes de  
Corse vers le site et la video  
d'information Prevaccor

- Rappel des dernières recommandations vaccinales
- QR code ou lien vers un questionnaire d'entrée

### Participation

Le médecin intéressé :

- Remplit un questionnaire initial (5 min) sur ses pratiques et connaissances
- Reçoit un espace personnel au logiciel sécurisé KSAAR pour participer à l'étude





## Les grandes étapes de l'étude

### Information

En partenariat avec la FCCIS : un lien est adressé aux médecins généralistes de Corse vers le site et la vidéo d'information Prevaccor

- Rappel des dernières recommandations vaccinales
- QR code ou lien vers un questionnaire d'entrée

### Participation

Le médecin intéressé :

- Remplit un questionnaire initial (5 min) sur ses pratiques et connaissances
- Reçoit un espace personnel au logiciel sécurisé KSAAR pour participer à l'étude

### Recueil de données

Pendant 3 mois, le médecin participant :

- Enregistre tous ses patients diabétiques vus en consultation
- Renseigne pour chacun une fiche simplifiée (< 2 min) dans KSAAR : statut vaccinal, prescription ou non, refus éventuel





## Information

En partenariat avec la FCCIS :  
un lien est adressé aux  
médecins généralistes de  
Corse vers le site et la video  
d'information Prevaccor

- Rappel des dernières recommandations vaccinales
- QR code ou lien vers un questionnaire d'entrée

## Participation

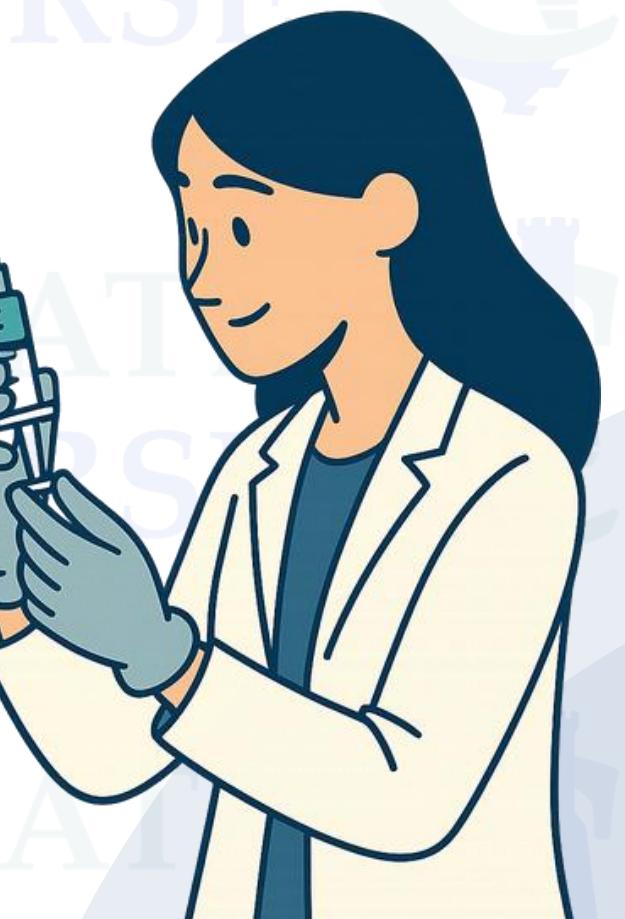
Le médecin intéressé :

- Remplit un questionnaire initial (5 min) sur ses pratiques et connaissances
- Reçoit un espace personnel au logiciel sécurisé KSAAR pour participer à l'étude

## Recueil de données

Pendant 3 mois, le médecin participant :

- Enregistre tous ses patients diabétiques vus en consultation
- Renseigne pour chacun une fiche simplifiée (< 2 min) dans KSAAR : statut vaccinal, prescription ou non, refus éventuel



## Analyse & suivi

À 3 mois :

- Transmission des données via KSAAR par la FCCIS
- Évaluation de l'évolution de la couverture vaccinale





# PREVACCOR

## Vous souhaitez participer ?

Scannez le QR code qui s'affiche



→ accès au site PREVACCOR

Vous trouverez sur le site de  
PREVACCOR :

- une information claire sur la vaccination anti-pneumoccique
- le lien vers le questionnaire initial
- une vidéo explicative



# PREVACCOR

Merci pour votre  
attention !



## Webinaire

# « Infections respiratoires en période hivernale : entre prévention et thérapeutique »

Toujours plus court ? Focus sur les nouvelles recommandations de la SPILF concernant les pneumonies communautaires (PAC) et les pneumonies d'inhalation.

Le vendredi 21 novembre 2025 : 13h-14h

Dr Marie Chedid  
Médecin infectiologue

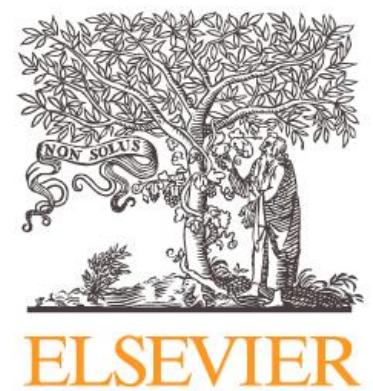
Centre Hospitalier de Bastia  
33

## ARTICLE IN PRESS

JID: MMIFMC

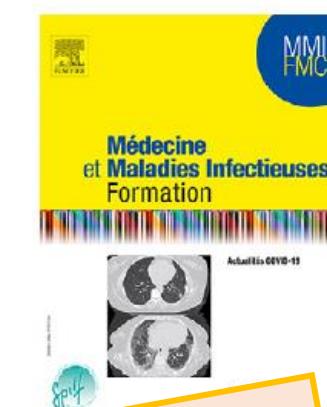
Médecine et Maladies Infectieuses Formation 000 (xxxx) 1–19

[mEU6P;April 1, 2025;4:53]



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



### RECOMMENDATIONS

Actualisation d'

**Patient-es avec dilatations des  
bronches exclu-es des  
recommandations**

Actualisation d' – Société de Langue  
Actualisation d' – Société 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)

Médecine et Maladies Infectieuses Formation 4 (2025) 212–228



Disponible en ligne sur

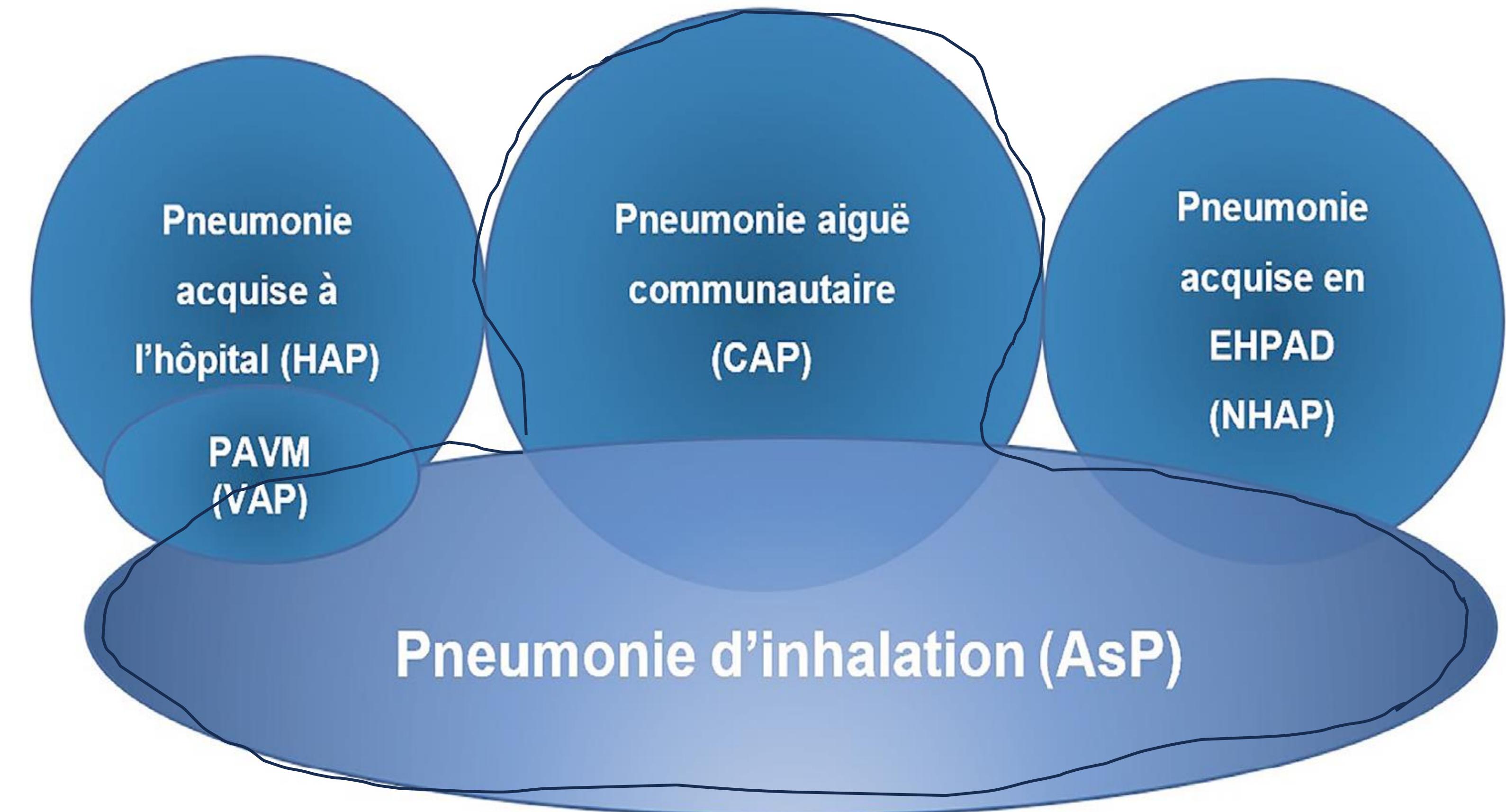
**ScienceDirect**

Elsevier Masson

**Premières recommandations pour  
cette entité !**

**pour la prise en charge  
de pneumonies d'inhalation – Société de  
Pathologie Infectieuse de Langue Française  
2025**

**Aspiration pneumonia guidelines – Société de Pathologie  
Infectieuse de Langue Française 2025**



**Figure 1** Positionnement de la pneumonie d'inhalation parmi les différents types de pneumonie selon la terminologie anglophone.

AsP : Aspiration pneumonia ; CAP : Community acquired pneumonia ; HAP : Hospital acquired pneumonia ; NHAP : Nursing-home acquired pneumonia ; VAP : Ventilation acquired pneumonia

# Plan des recommandations, partie 1/3

## • Antibiothérapie et traitement adjuvant

### I. Choix probabiliste de l'antibiothérapie de première ligne (hors bithérapie et bétalactamine anti-*P. aeruginosa*)

#### 1. Données de la littérature depuis 2010

Amoxicilline *versus* amoxicilline-acide clavulanique *versus* ceftriaxone

Macrolides *versus* doxycycline *versus* fluoroquinolone pour les bactéries atypiques

Macrolides *versus* fluoroquinolones pour *Legionella pneumophila*

Pristinamycine

Suspicion de co-infection bactérienne dans un contexte d'infection respiratoire virale

#### 2. Recommandations 2025

2.1. Patient ambulatoire

2.2. Patient hospitalisé PAC non grave

2.3. Patient hospitalisé avec PAC grave

### II. Durée de traitement antibiotique des PAC

#### 1. Données de la littérature

#### 2. Recommandations 2025

### III. Indications des associations d'antibiotiques

#### 1. Données de la littérature

#### 2. Recommandations 2025

### IV. Indication des bétalactamines anti-*Pseudomonas aeruginosa*

#### 1. Données de la littérature

#### 2. Recommandations 2025

### V. Indication des corticostéroïdes

#### 1. Données de la littérature

#### 2. Recommandations 2025

# Plan des recommandations, partie 1/3

## • Antibiothérapie et traitement adjuvant

### I. Choix probabiliste de l'antibiothérapie de première ligne (hors bithérapie et bétalactamine anti-*P. aeruginosa*)

#### 1. Données de la littérature depuis 2010

##### ***Amoxicilline versus amoxicilline-acide clavulanique versus ceftriaxone***

Macrolides *versus* doxycycline *versus* fluoroquinolone pour les bactéries atypiques

Macrolides *versus* fluoroquinolones pour *Legionella pneumophila*

Pristinamycine

Suspicion de co-infection bactérienne dans un contexte d'infection respiratoire virale

#### 2. Recommandations 2025

2.1. Patient ambulatoire

2.2. Patient hospitalisé PAC non grave

2.3. Patient hospitalisé avec PAC grave

### II. Durée de traitement antibiotique des PAC

#### 1. Données de la littérature

#### 2. Recommandations 2025

### III. Indications des associations d'antibiotiques

#### 1. Données de la littérature

#### 2. Recommandations 2025

### IV. Indication des bétalactamines anti-*Pseudomonas aeruginosa*

#### 1. Données de la littérature

#### 2. Recommandations 2025

### V. Indication des corticostéroïdes

#### 1. Données de la littérature

#### 2. Recommandations 2025

# Antibiothérapie des pneumonies communautaires non graves hospitalisées ou pas (hors inhalation)

2010

**Tableau 3 : Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires de l'adulte en ambulatoire, sans signe de gravité**

	<b>Premier choix</b> privilégier le traitement efficace sur <i>S.pneumoniae</i>	<b>Echec à 48 h</b>
<b>Sujet présumé sain, sans signe de gravité</b> Suspicion de pneumocoque (début brutal)	<b>Amoxicilline</b>	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine <sup>2</sup> ou téthiromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>
Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques » <sup>3</sup>	Amoxicilline	FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine <sup>2</sup> ou téthiromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>
Suspicion de bactéries « atypiques » <sup>3</sup>	ou pristinamycine ou téthiromycine <sup>2</sup>	<b>Hospitalisation/réévaluation diagnostique et thérapeutique**</b>
Macrolide	Amoxicilline ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou téthiromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>	
<b>Sujet avec co-morbidité(s) ou sujet âgé ambulatoire (hors institution) sans signe de gravité</b> [sujet âgé en institution cf. Tableau 4]	Amoxicilline / acide clavulanique ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou ceftriaxone*	<b>Hospitalisation</b>

\* IV, IM ou SC, si voie orale impossible

\*\* Hospitalisation : la pristinamycine et la téthiromycine étant actives sur le pneumocoque et les bactéries atypiques, leur échec doit conduire à une réévaluation diagnostique et thérapeutique

**Tableau 4 : Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires non graves, hospitalisées (service d'urgence ou de médecine), situation générale**

	<b>Premier choix</b>	<b>Echec à 48 h</b>
<b>Arguments en faveur du pneumocoque</b> (pneumocoque fortement suspecté ou documenté) <sup>4</sup>	Amoxicilline	<b>Réévaluation</b>
Sujet jeune, sujet âgé ou sujet avec co-morbidité(s)		
<b>Pas d'argument en faveur du pneumocoque</b>	<b>Premier choix</b>	<b>Echec des Béta-lactamines à 48 h</b>
Sujet jeune	Amoxicilline	Association à un macrolide ou substitution par FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> <b>Réévaluation</b>
	ou pristinamycine ou téthiromycine <sup>2</sup>	
Sujet âgé*	Amoxicilline/acide clavulanique	Association à un macrolide ou substitution par FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> <b>Réévaluation</b>
Sujet avec co-morbidité(s)	ou céfotaxime ou ceftriaxone ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup>	

\* y compris en institution

2025

**Tableau 5 Antibiothérapie probabiliste des PAC chez l'adulte en ambulatoire.**

	<b>1<sup>er</sup> choix</b>	<b>Alternative</b>
<b>Sans comorbidité</b>	Amoxicilline	Pristinamycine
<b>Au moins une comorbidité*</b>	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale
<b>Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)</b>	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale ou pristinamycine
<b>Tableau évocateur d'infection ou mise en évidence de bactérie atypique</b>	Macrolide	Pristinamycine ou doxycycline

**Réévaluation à 72 h**

\* cf. Tableau 3.

NB : La lévofloxacine est indiquée uniquement si allergie grave aux bétalactamines et pas d'autre possibilité thérapeutique.

**Tableau 6 Antibiothérapie probabiliste des PAC non graves chez l'adulte hospitalisé.**

	<b>1<sup>er</sup> choix</b>	<b>Alternative</b>
<b>Sans comorbidités</b>	Amoxicilline	C3G parentérale
<b>Avec comorbidités</b>	Amoxicilline-acide clavulanique	
<b>Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)</b>	Amoxicilline-acide clavulanique	
<b>Tableau évocateur d'infection à bactérie atypique</b>	Macrolide	Lévofloxacine*

**Réévaluation à 72 h**

Réévaluation à 72 h et désescalade en fonction de l'évolution clinique et des examens microbiologiques.

\* Lévofloxacine : uniquement si allergie grave aux bétalactamines ou si contre-indication aux macrolides en cas de suspicion de bactérie atypique.

# Antibiothérapie des pneumonies communautaires non graves hospitalisées ou pas (hors inhalation)

2010

Tableau 3 : Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires de l'adulte en ambulatoire, sans signe de gravité

Premier choix privilégier le traitement efficace sur <i>S.pneumoniae</i>		
Sujet présumé sain, sans signe de gravité Suspicion de pneumocoque (début brutal)	Amoxicilline	Macrolide ou FQAP (lévofoxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou téthiromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>
Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques » <sup>3</sup>	Amoxicilline	FQAP (lévofoxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou téthiromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>
Suspicion de bactéries « atypiques » <sup>3</sup>	ou pristinamycine ou téthiromycine <sup>2</sup>	Macrolide
Sujet avec co-morbidité(s) ou sujet âgé ambulatoire (hors institution) sans signe de gravité [sujet âgé en institution cf. Tableau 4]	Amoxicilline / acide clavulanique ou céfotaxime ou ceftriaxone	Amoxicilline ou FQAP (lévofoxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou téthiromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>

\* IV, IM ou SC, si voie orale impossible

\*\* Hospitalisation : pristinamycine et la téthiromycine étant efficace sur le pneumocoque et les bactéries atypiques, leur échec conduira à une réévaluation diagnostique

Tableau 4 : Antibiothérapie probabiliste des pneumonies Aiguës Communautaires non graves, hospitalisées (service d'urgences, de médecine), situation génératrice d'arguments en faveur du pneumocoque (pneumocoque fortement suspecté ou documenté)<sup>4</sup>

Premier choix Amoxicilline		
Sujet jeune, sujet âgé ou sujet avec co-morbidité(s)	ou pristinamycine <sup>2</sup> ou téthiromycine <sup>2</sup>	<b>Réévaluation</b>
Sujet jeune	Premier choix Amoxicilline	<b>Echec des Béta-lactamines à 48 h</b> Association à un macrolide ou substitution par FQAP (lévofoxacine) <sup>1</sup> <b>Réévaluation</b>
Sujet âgé* Sujet avec co-morbidité(s)	Amoxicilline/acide clavulanique ou céfotaxime ou ceftriaxone ou FQAP (lévofoxacine) <sup>1</sup>	Association à un macrolide ou substitution par FQAP (lévofoxacine) <sup>1</sup> <b>Réévaluation</b>

\* y compris en institution

2025

Tableau 5 Antibiothérapie probabiliste des PAC chez l'adulte en ambulatoire.

1 <sup>er</sup> choix	Alternative
Sans comorbidité	Amoxicilline
Au moins une comorbidité*	Amoxicilline-acide clavulanique
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale	C3G parentérale ou pristinamycine

**Réévaluation à 72 h**

Tableau 6 Antibiothérapie probabiliste des PAC non graves chez l'adulte hospitalisé.

1 <sup>er</sup> choix	Alternative
Sans comorbidités	Amoxicilline
Avec comorbidités	Amoxicilline-acide clavulanique
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique
Tableau évocateur d'infection à bactérie atypique	Macrolide
	Lévofoxacine*
	<b>Réévaluation à 72 h</b>
Réévaluation à 72 h et désescalade en fonction de l'évolution clinique et des examens microbiologiques.	
* Lévofoxacine : uniquement si allergie grave aux bétalactamines ou si contre-indication aux macrolides en cas de suspicion de bactérie atypique.	

# Antibiothérapie des pneumonies d'inhalation non graves hospitalisées ou pas

## 2025

**Tableau 2 Récapitulatif des traitements de la pneumonie d'inhalation.**

	Molécule	Selon DFG	Posologie	Voie
<b>1<sup>ère</sup> intention</b>	Amoxicilline 1 g/ acide clavulanique 125 mg	> 30 ml/min	1 g d'amoxicilline toutes les 8 h	PO
		[10-30] ml/min	1 g en dose de charge puis 0,5 g toutes les 8 h	ou
		< 10 ml/min	1 g en dose de charge puis 0,5 g toutes les 24 h	IV (si gravité)
<b>2<sup>e</sup> intention</b> (si allergie pénicilline ou impossibilité PO ou IV)	Ceftriaxone 1 g	Pas d'adaptation	1 g/24 h	SC
<b>3<sup>e</sup> intention</b> (si allergie vraie et grave aux bétalactamines)	Sulfaméthoxazole 800 mg/ triméthoprime 160 mg	> 30 ml/min	800 mg de sulfamethoxazole toutes les 8 h	PO
<b>En cas d'échec à 72 h</b>	Pipéracilline 4 g/ tazobactam 500 mg	[15-30] ml/mn	800 mg toutes les 24 h	ou
		< 15 ml/mn	800 mg toutes les 48 h	IV
		> 20 ml/min	4 g de pipéracilline toutes les 6 à 8 h	IV
		< 20 ml/min	4 g toutes les 12 h	

Pour les patients présentant une obésité, la posologie journalière doit être adaptée à l'aide de l'outils en ligne ABXBMI.  
<https://abxbmi.com/> [154]

2025

Tableau 2 Récapitulatif des traitements de la pneumonie d'inhalation.

	Molécule	Selon DFG	Posologie	Voie
1 <sup>ère</sup> intention	Amoxicilline 1 g/ acide clavulanique 125 mg	> 30 ml/min [10-30] ml/min [10-30] ml/min < 15 ml/min > 20 ml/min < 20 ml/min	1 g d'an 1 g toutes les 8 h 1 g en charge 1 g toutes les 24 h 1 g toutes les 48 h 4 g de pipéracilline 4 g toutes les 6 à 8 h 4 g toutes les 12 h	IV (si gravité) PO ou IV SC PO ou IV IV
2 <sup>e</sup> intention (si allergie ou impossibilité d'administration IV)	Ceftriaxone 1 g			
3 <sup>e</sup> intention (si allergie virale grave bétalactamines)	Triméthoprime 160 mg			
En cas d'échec à 72 h	Pipéracilline 4 g/ tazobactam 500 mg			

Pour les patients présentant une obésité, la posologie journalière doit être adapté à l'aide de l'outils en ligne ABXBMI.  
<https://abxbmi.com/> [154]

# Antibiothérapie des pneumonies communautaires ou d'inhalation graves hospitalisées ou pas

## Pas d'inhalation ou mécanisme incertain

Tableau 8 Antibiothérapie probabiliste des PAC graves chez l'adulte hospitalisé.

	Molécule(s)	Allergie/alternative
Initiale	C3G parentérale + macrolide	Lévofoxacine (uniquement si allergie contre-indiquant l'utilisation de bétalactamine)
Désescalade		La plus précoce possible selon l'évolution clinique et la documentation microbiologique

Tableau 9 Antibiothérapie probabiliste et dirigée de la PAC grave suspectée\* ou confirmée à *Staphylococcus aureus* sécréteur de toxine de leucocidine de Panton-Valentine (LPV) chez l'adulte.

	Molécule(s)	Allergie/alternative
Initiale (probabiliste)	C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) + macrolide + linézolide	C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) + vancomycine + clindamycine** En cas d'allergie aux bêta-lactamines : lévofoxacine + linézolide
Désescalade lors de la documentation SASM LPV+	Pénicilline M (IV) ou céfazoline + Clindamycine ou rifampicine	1) Vancomycine + clindamycine ou rifampicine ou 2) Linézolide
SARM LPV+	Linézolide	Vancomycine + clindamycine ou rifampicine

\* Contexte post-grippal, gravité, présentation évocatrice : hémoptysie, leucopénie, rash cutané et pneumonie nécrosante (nODULES multiples, images excavées).

\*\* La clindamycine est active sur la plupart des bactéries atypiques, mais non active sur toutes les souches de légionelle.

## Inhalation

- Il est recommandé de considérer les facteurs de risques d'infection pouvant impliquer *Pseudomonas aeruginosa* et SARM (Grade B-1) ;
- La piperacilline-tazobactam est recommandée en traitement probabiliste chez les patients présentant au moins un facteur de risque parmi :
  - antécédent de colonisation respiratoire récente (< 1 an)
  - antibiothérapie BPCO sévère
  - bradycardie (Grade B-1).
- En l'absence de facteurs de risque d'infection à *Pseudomonas aeruginosa* ou à SARM, le recommandé est identique à celui des formes sans critère de gravité (Grade B-1).

## Ajout de métronidazole pour les bactéries anaérobies

Si les germes anaérobies ont longtemps été considérés comme les principaux agents responsables des PI, leur rôle est à présent discuté et leur prévalence semble plus faible qu'initialement estimée. Les infections documentées à anaérobies représentent à ce jour 2 à 4 % des PI, ne justifiant ainsi pas une couverture systématique. Il faut néanmoins rappeler que l'ensemble des molécules recommandées dans le traitement des PI présentent un spectre efficace contre la plupart des bactéries anaérobies de la sphère bucco-dentaire.

Dans une revue systématique, Yoshimatsu et al. n'ont mis en évidence ni de données microbiologiques justifiant l'utilisation d'un traitement anti-anaérobie systématique, ni de bénéfice de ce traitement dans la PI [88]. Bai et al. quant à eux ont montré dans une large étude de cohorte rétrospective l'absence de bénéfice sur la mortalité de l'ajout du métronidazole ou de la clindamycine, mais une incidence plus élevée de colites à *Clostridioides difficile* [89].

Enfin, des données récentes montrent un excès de mortalité favorisé par l'usage d'antibiothérapies à spectre trop large ou

## Pneumonie d'inhalation associée aux soins

ou associée aux soins. Il y a 15 ans, ces dernières étaient considérées comme à risque d'être dues à bactéries multirésistantes, mais de nombreuses données ont remis en cause ces principes [78,84–87]. Il n'existe aujourd'hui pas de données françaises permettant de définir l'épidémiologie de la résistance des bactéries responsables de récidive ou de rechute d'infection nosocomiale ou associée aux soins. Sur la base de l'expérience clinique et de l'opinion du groupe d'experts, il est proposé de reprendre le même schéma antibiotique prescrit au premier épisode après avoir réalisé un prélèvement respiratoire pour analyse microbiologique, puis d'adapter l'antibiothérapie aux résultats microbiologiques.

## Pneumonie d'inhalation récidivant dans les 30 jours

- En cas de rechute et de récidive d'une PI ayant eu une évolution favorable :
  - Il est proposé de reprendre le même schéma antibiotique (Grade C-1).

**Argumentaire :** La rechute et la récidive dans les 30 jours suivant l'épisode initial sont des événements attendus dans 10 à 30 % des cas.

## Ajout de métronidazole pour les bactéries anaérobies

**Couverture anaérobie de ceftriaxone (et a-c/p-t) suffisante sur les anaérobies de la bouche (anaérobies facultatifs).**

**Ajouter le métronidazole uniquement si traitement par cotrimoxazole ou**

## Pneumonie d'inhalation associée aux soins

**Même antibiothérapie que la pneumonie d'inhalation communautaire.**

**Faire un ECBC de manière systématique si possible.**

## Pneumonie d'inhalation récidivant dans les 30 jours

- En cas de rechute et de récidive d'une PI ayant eu une évolution favorable : **Reprendre la même antibiothérapie que pour le 1er épisode.**

# Durée de traitement antibiotique des PAC hors inhalation

2010

La durée du traitement antibiotique des PAC est classiquement de 7 à 14 jours (10 jours en moyenne).

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé  
Juillet 2010

2025

- Au cours des PAC non graves (ambulatoires) et modérément graves (hospitalisation hors soins critiques), et en cas d'obtention de l'ensemble des critères de stabilité clinique à J3, un traitement antibiotique de trois jours au total est recommandé (**Grade A-1**)<sup>1</sup> ;
- Si la stabilité clinique n'est obtenue qu'entre trois et cinq jours de traitement, un traitement antibiotique de cinq jours au total est recommandé (**Grade B-1**) ;
- Dans les autres cas de PAC non compliquée, une antibiothérapie de sept jours au total est recommandée (**Grade A-1**) ;
- Un traitement de durée supérieure à sept jours doit être justifié par la présence d'une complication telle qu'un abcès pulmonaire ou un épanchement pleural liquide significatif.

# Durée de traitement antibiotique des PAC hors inhalation

2010

La durée du traitement antibiotique des PAC est classique

Agence Française de Sécurité

Juin

- Au cours

~

Randomized Controlled Trial > Lancet. 2021 Mar 27;397(10280):1195-1203.  
doi: 10.1016/S0140-6736(21)00313-5.

**Discontinuing  $\beta$ -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial**

Aurélien Dinh <sup>1</sup>, Jacques Ropers <sup>2</sup>, Clara Duran <sup>3</sup>, Benjamin David <sup>3</sup>, Laurène Deconinck <sup>4</sup>,  
Morgan Matt <sup>3</sup>, Olivia Senard <sup>5</sup>, Aurore Lagrange <sup>6</sup>, Sabrina Makhlofi <sup>3</sup>, Guillaume Mellon <sup>3</sup>,  
Victoire de Lastours <sup>7</sup>, Frédérique Bouchard <sup>8</sup>, Emmanuel Mathieu <sup>9</sup>, Jean-Emmanuel Kahn <sup>10</sup>,  
Elisabeth Rouveix <sup>10</sup>, Julie Grenet <sup>11</sup>, Jennifer Dumoulin <sup>12</sup>, Thierry Chinet <sup>12</sup>, Marion Pépin <sup>13</sup>,  
Véronique Delcey <sup>14</sup>, Sylvain Diamantis <sup>15</sup>, Daniel Benhamou <sup>16</sup>, Virginie Vitrat <sup>17</sup>,  
Marie-Christine Dombret <sup>18</sup>, Bertrand Renaud <sup>19</sup>, Christian Perronne <sup>3</sup>, Yann-Erick Claessens <sup>20</sup>,  
José Labarère <sup>21</sup>, Jean-Pierre Bedos <sup>22</sup>, Philippe Aegerter <sup>23</sup>, Anne-Claude Crémieux <sup>24</sup>,  
Pneumonia Short Treatment (PTC) Study Group

2025

• non graves (ambulatoires) et hospitalisation hors soins critiques),  
• de l'ensemble des critères de fin traitement antibiotique de trois mandé (**Grade A-1**) ;  
• l'est obtenue qu'entre trois et un traitement antibiotique de mandé (**Grade B-1**) ;  
• non compliquée, une anti-jours au total est recommandée

• traitement de durée supérieure à sept jours doit être justifié par la présence d'une complication telle qu'un abcès pulmonaire ou un épanchement pleural liquide significatif.

# Durée de traitement antibiotique des PAC hors inhalation

2010

2025



La durée du traitement antibiotique

Age

**Le 28 novembre 2022**

## Durée de traitement des pneumonies aiguës communautaires (PAC) prises en charge en ville

Dans le contexte de la rupture d'approvisionnement d'amoxicilline et d'amoxicilline/ac.clavulanique et dans l'attente du texte définitif de la MAP sur la prise en charge des PAC, la SPILF et le GPIP recommandent :

- Une durée de traitement de 5 jours, en cas d'évolution favorable (stabilité), pour les PAC prises en charge en ville (quel que soit l'âge, le contexte et les comorbidités présentes)

latoires) et  
ns critiques),  
critères de  
ique de trois  
;  
ntre trois et  
ibiotique de  
-1) ;  
ée, une anti-  
ecommandée  
ours doit être  
le qu'un abcès  
en significatif.

# Durée de traitement antibiotique des PAC hors inhalation

2010



2025

**Changement : raccourcissement de la durée d'antibiothérapie en cas de PAC non grave et modérément grave (ambulatoire ou hospitalisation hors soins critiques) à:**

- 3 jours si tous les critères de stabilité atteints à J3 (hors inhalation)
- 5 jours si critères de stabilité atteints à J4-J5 (aussi si inhalation)
- 7 jours si critères de stabilité atteints à J6-J7 (aussi si inhalation)

**La durée du traitement antibiotique de ces affections aiguës communautaires (PAC) prises en charge en ville**

Dans le contexte de la rupture d'approvisionnement d'amoxicilline et d'amoxicilline/ac.clavulanique et dans l'attente du texte définitif de la MAP sur la prise en charge des PAC, la SPILF et le GPIP recommandent :

- Une durée de traitement de 5 jours, en cas d'évolution favorable (stabilité), pour les PAC prises en charge en ville (quel que soit l'âge, le contexte et les comorbidités présentes)

**La durée du traitement antibiotique de ces affections aiguës communautaires (PAC) prises en charge en ville**

entre trois et quatre jours, avec un critère de stabilité atteint à J3 (hors inhalation) ;

é, une antibiothérapie de 5 à 7 jours est recommandée.

ours doit être le qu'un abcès en significatif.

# Critères de stabilité clinique

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

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

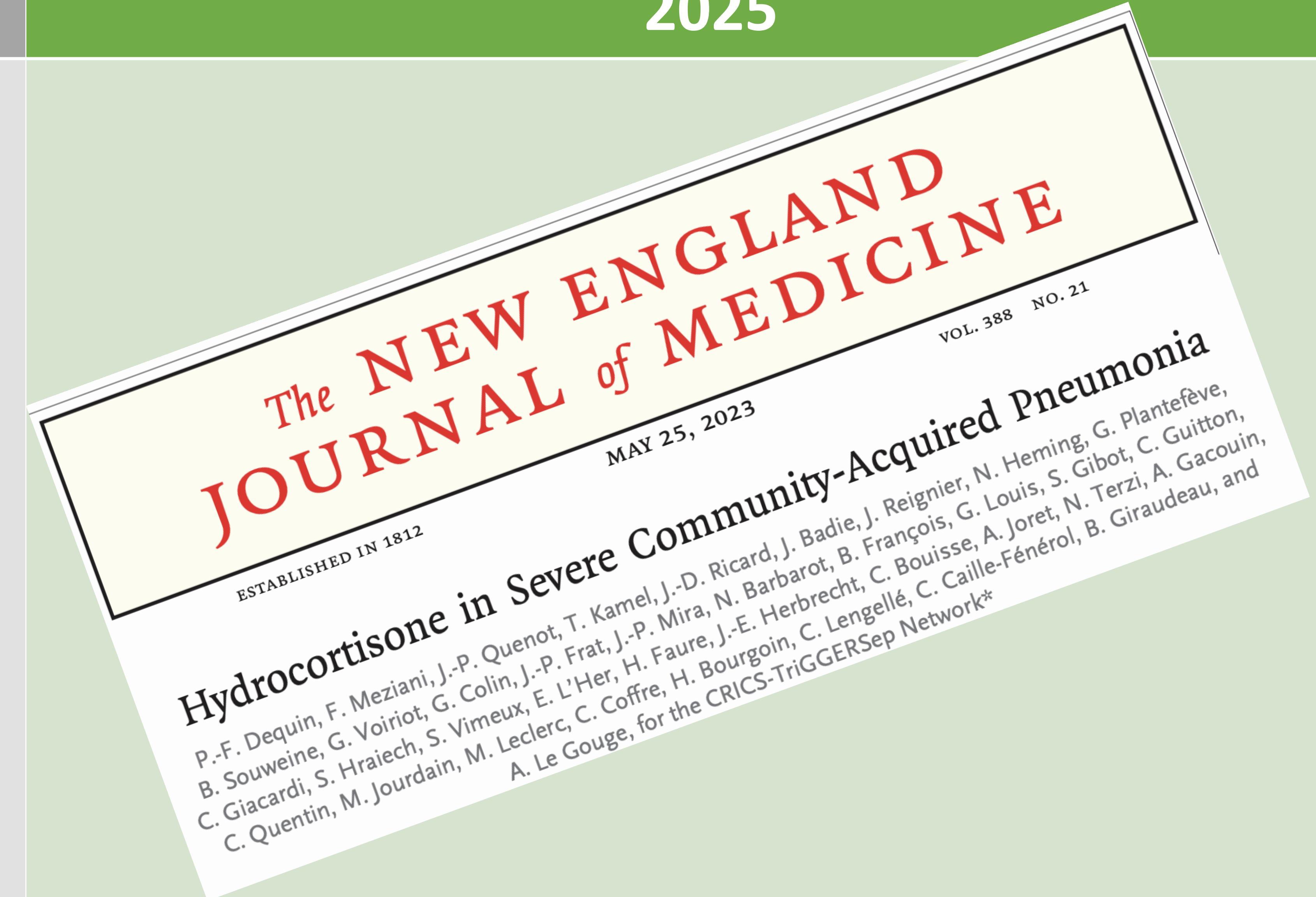
[136] Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, Coley CM, Kapoor WN, Obrosky DS, et al. Time to Clinical Stability in Patients Hospitalized With Community-Acquired Pneumonia. *JAMA* 1998;279:1452.  
doi: [10.1001/jama.279.18.1452](https://doi.org/10.1001/jama.279.18.1452).

# Adjonction de corticoïdes

2010

Non mentionné

2025



# Adjonction de corticoïdes

2010

Non mentionné

2025

- Au cours des PAC non graves (ambulatoires ou hospitalisées), l'adjonction de corticoïdes n'est pas recommandée (Grade A-2) ;
- Au cours des PAC graves hospitalisées en soins critiques, l'adjonction d'hémisuccinate d'hydrocortisone, débutée dans les 24 heures suivant l'apparition des signes de gravité et à la posologie de 200 mg par jour, avec une réévaluation au quatrième jour pour statuer sur la décroissance pour une durée totale de 8 à 14 jours, est recommandée en dehors d'un contexte de myélosuppression, de pneumonie d'inhalation ou d'étiologie grippale (Grade A-1).

# Adjonction de corticoïdes

2010

Non mentionné

2025

- Changement : hémisuccinate d'hydrocortisone 200 mg/j à donner dans les 24h d'apparition de signes de gravité dans les PAC graves hospitalisées en soins critiques**
- Au cours des PAC non graves (ambulatoires et hospitalisées), l'adjonction d'hémisuccinate d'hydrocortisone, débutée dans les 24 heures suivant l'apparition des signes de gravité et à la posologie de 200 mg par jour, avec une réévaluation au quatrième jour pour statuer sur la décroissance pour une durée totale de 8 à 14 jours, est recommandée en dehors d'un contexte de myélosuppression, de pneumonie d'inhalation ou d'étiologie grippale (Grade A-1).

# Plan des recommandations, partie 2/3

- Biologie

## I. Biomarqueurs – C-Reactive Protein (CRP)

1. Données récentes de la littérature
2. Recommandations 2025

## II. Biomarqueurs – Procalcitonine (PCT)

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

## III. Indications des antigénuries

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

## IV. ECBC et autres prélèvements respiratoires microbiologiques – coloration de Gram et culture

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

## V. Hémocultures

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

## VI. Tests de biologie moléculaire

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

Dosage non recommandé de manière systématique, ni pour le diagnostic ni pour le suivi.

- Antigénurie légionnelle recommandée pour PAC (hors inhalation) hospitalisée
- Antigénurie pneumocoque recommandée pour PAC grave

- ECBC recommandé pour PAC hospitalisée. En cas d'inhalation, indiquée avant début d'antibiothérapie anti-*P. aeruginosa* uniquement.

- non recommandé pour les patient-es ambulatoires
- PAC non grave: selon le contexte épidémique et la suspicion clinique et si le résultat va influencer la prise en charge
- PAC grave: panel haut, idem qu'en haut, et panel bas: peut être proposée en cas d'antibiothérapie non conventionnelle = hors ceftriaxone-macrolide

# Plan des recommandations, partie 3/3

- Imagerie

- I. Echographie pleuropulmonaire – Indication pour affirmer ou infirmer le diagnostic de PAC

1. Données récentes de la littérature
2. Recommandations 2025

- II. Imagerie thoracique (radiographie pulmonaire ou échographie pleuropulmonaire) - Indication pour affirmer ou infirmer le diagnostic de PAC

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

- III. Scanner thoracique (CT) - Indication pour affirmer ou infirmer le diagnostic de PAC

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

- IV. Imagerie de contrôle: indication à une imagerie systématique

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

# Plan des recommandations, partie 3/3

- Imagerie

## **I. Echographie pleuropulmonaire – Indication pour affirmer ou infirmer le diagnostic de PAC**

1. Données récentes de la littérature
2. Recommandations 2025

## **II. Imagerie thoracique (radiographie pulmonaire ou échographie pleuropulmonaire) - Indication pour affirmer ou infirmer le diagnostic de PAC**

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

## **III. Scanner thoracique (CT) - Indication pour affirmer ou infirmer le diagnostic de PAC**

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

## **IV. Imagerie de contrôle: indication à une imagerie systématique**

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

# Imagerie thoracique pour diagnostiquer une pneumonie

2010	PI	PAC
Non mentionné	<p>Question 4 : Faut-il une confirmation radiologique pour le diagnostic de PI ?</p> <p>Recommandation :</p> <p>Pour confirmer le diagnostic de PI, il est recommandé de réaliser un examen d'imagerie (Grade B-1).</p>	<p>consommation d'antibiotique et d'effets indésirables. Mis à part un tableau clinique très évocateur comportant un foyer unilatéral de crépitants, il paraît raisonnable de confirmer le diagnostic de PAC par le recours à une imagerie thoracique [110].</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dans les PAC ambulatoires, une imagerie thoracique (radiographie de thorax de bonne qualité ou échographie pleuropulmonaire) est recommandée pour diagnostiquer une pneumonie, et il est souhaitable de l'obtenir dans un délai court (inférieur à trois jours) (Grade B-2) ;</li><li>- En cas de forte présomption de PAC bactérienne, l'obtention de l'imagerie ne doit cependant pas retarder l'initiation de l'antibiothérapie. Sa normalité, lorsqu'elle est interprétée par un professionnel entraîné, devrait conduire à reconsidérer le diagnostic de PAC et donc l'indication de l'antibiothérapie ;</li></ul>

# Imagerie thoracique pour diagnostiquer une pneumonie

2010	PI	PAC
Non mentionné	<p>Question 4 : Faut-il une confirmation radiologique pour le diagnostic de PI ?</p> <p><b>Changement : recommandée pour le diagnostic de toute PAC et PI</b></p> <p>Recommandation : Pour confirmer le diagnostic de PI, il est recommandé (hormis éventuellement en cas de foyer clair de crépitant unilatéral avec clinique très évocatrice) de réaliser un examen d'imagerie (Grade B-1).</p>	<p>consommation d'antibiotique et d'effets indésirables. Mis à part un tableau clinique très évocateur comportant un foyer unilatéral de crépitants, il paraît raisonnable de confirmer le diagnostic de PAC par cours à une imagerie thoracique</p> <p>[110]</p> <p>- Dans les PAC ambulatoires, une imagerie thoracique (radiographie de thorax de bonne qualité ou échographie pleuropulmonaire) est recommandée pour diagnostiquer une pneumonie, et il est souhaitable de l'obtenir dans un délai court (inférieur à trois jours) (Grade B-2) ;</p> <p>- En cas de forte présomption de PAC bactérienne, l'obtention de l'imagerie ne doit cependant pas retarder l'initiation de l'antibiothérapie. Sa normalité, lorsqu'elle est interprétée par un professionnel entraîné, devrait conduire à reconsidérer le diagnostic de PAC et donc l'indication de l'antibiothérapie ;</p>

# Quelle imagerie demander ?

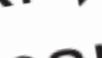
Radiographie  
thoracique

Echographie pleure

Scanner thoracique

PAC sans  
inhalation

**Low-dose computed tomography for the  
diagnosis of pneumonia in elderly patients:  
a prospective, interventional cohort study**

Virginie Prendki<sup>1</sup>, Max Scheffler<sup>2</sup>, Benedikt Huttner<sup>3</sup>, Nicolas Garin<sup>4,5</sup>,  
François Herrmann <sup>6</sup>, Jean-Paul Janssens<sup>7</sup>, Christophe Marti<sup>4</sup>,  
Sebastian Carballo<sup>4</sup>, Xavier Roux<sup>1</sup>, Christine Serratrice<sup>1</sup>, Jacques Serratrice<sup>4</sup>,  
Thomas Agoritsas<sup>4</sup>, Christoph D. Becker<sup>2</sup>, Laurent Kaiser<sup>3</sup>,  
Sarah Rosset-Zufferey<sup>4</sup>, Valérie Soulier<sup>4</sup>, Arnaud Perrier<sup>4</sup>, Jean-Luc Reny<sup>1</sup>,  
Xavier Montet<sup>2</sup> and Jérôme Stirnemann<sup>4</sup>

PI

non disponible car  
faible VPN

scanner thoracique  
non disponible car peu  
de données dans les PI

2<sup>ème</sup> intention si  
diagnostic  
H72 si pas  
mélioration

1<sup>ère</sup> intention

Prophylaxie de la PI: IEC et brossage de dents	
Antériorité	2025
Pas de recommandation	<p>L'utilisation préférentielle des IEC par rapport aux autres antihypertenseurs est recommandée chez les patients ayant présenté un AVC, en particulier chez les patients d'origine asiatique (grade C-1).</p> <p><b>Argumentaire :</b> Après un AVC, l'utilisation d'un IEC par rapport aux autres antihypertenseurs pourrait diminuer le risque de PI, en particulier chez les patients d'origine asiatique.</p> <p>Le mécanisme d'action supposé des IEC serait une majoration du taux de substance P favorisant le réflexe de toux [2]. Un essai randomisé utilisant du perindopril contre placebo a montré une tendance à la diminution de la survenue de pneumonie, sans cependant atteindre la significativité en population générale. L'analyse en sous-groupes a quant à elle montré une réduction significative chez les patients d'origine asiatique [105].</p> <p>Une méta-analyse a montré que, comparativement aux autres anti-hypertenseurs, les IEC baissaient le risque de pneumonie post AVC (Odd Ratio 0.6). C'était surtout le cas en Asie (OR 0.42), et en particulier au Japon (OR 0.38) [106]. Cependant, cet effet n'a pas été démontré par d'autres études de cohorte [107, 108].</p> <p>Les recommandations européennes sur la prise en charge de la dysphagie post AVC suggèrent que les patients soient inclus dans des essais cliniques compte tenu du faible niveau de preuve des données actuelles [109].</p> <p><b>Question 14.3 : Les soins d'hygiène bucco-dentaire préviennent-ils la survenue d'une nouvelle PI ?</b></p> <p><b>Recommandation :</b></p> <p><b>Les soins d'hygiène bucco-dentaire (brossage des dents après chaque repas, nettoyage quotidien des appareils dentaires, lavage de bouche, brossage de la langue) tendent à réduire le risque de pneumonies, dont les PI (Grade B-1).</b></p> <p>La diminution du risque de PI peut s'expliquer par la diminution de l'inoculum bactérien d'origine bucco-dentaire en cas d'inhalation salivaire ou micro-inhalation [140]. Les soins bucco-dentaires participent également à l'amélioration de la mastication, de la préparation du bol alimentaire (humidification) et à la déglutition.</p> <p>Une méta-analyse récente a montré un bénéfice des soins biquotidiens dentaires pour prévenir les pneumonies [141]. Compte tenu de l'absence de nocivité de ces mesures d'hygiène corporelle, et malgré leur faible niveau de preuve, leur mise en place doit être promue [2, 22, 109, 120, 130, 141–144]. Ces mesures doivent être poursuivies quel que soit l'âge du patient afin de limiter la plaque dentaire et les parodontopathies, qui sont associées à un risque accru de pneumonie.</p> <p>Enfin, l'usage systématique des bains de bouche à la chlorhexidine est à éviter du fait d'un surrisque de décès, en particulier chez les patients ventilés. On note notamment l'absence de bénéfice supplémentaire évident, notamment en EHPAD, par rapport à des soins habituels [2, 145]. Les soins dentaires s'appliquent également aux appareils dentaires, qui doivent être nettoyés au savon puis rincés.</p>

# Prophylaxie de la PI: IEC et brossage de dents

Antériorité

2025

Pas de recommandation

L'utilisation préférentielle des IEC par rapport aux autres antihypertenseurs est recommandée chez les patients ayant présenté un AVC, en particulier chez les patients d'origine asiatique (grade C-1).

Argumentaire : Après un AVC, l'utilisation d'un IEC par rapport aux autres antihypertenseurs pourrait diminuer le risque de PI, en particulier chez les patients d'origine asiatique.

Le mécanisme d'action suppose des IEC ont une majoration d'absorption de substance P et donc le réflexe de toux est diminué. On essaie de donner un effet du périphérique contre placebo. Il y a une tendance à une réduction de la survenue de pneumonie, sans cependant atteindre la significativité en population générale. L'analyse dans tous les groupes a quant à elle montré une réduction significative chez les patients d'origine asiatique [105].

Une méta-analyse a montré que, comparativement aux autres antihypertenseurs, les IEC baissaient le risque de pneumonie post AVC (Odd Ratio 0.6). C'était surtout le cas en Asie (OR 0.42), et en particulier au Japon (OR 0.38) [106]. Cependant, cet effet n'a pas été démontré par d'autres études de cohorte [107, 108].

Les recommandations européennes sur la prise en charge de la dysphagie post AVC suggèrent que les patients soient inclus dans des essais cliniques compte tenu du faible niveau de preuve des données actuelles [109].

**L'utilisation préférentielle d'IEC chez les patient-es hypertendu-es (en particulier d'origine asiatique) est recommandée car ceci pourrait prévenir la survenue de pneumonie d'inhalation.**

**Brossage de dents biquotidien recommandé en prophylaxie de la PI**

Question 14.3 : Les soins d'hygiène bucco-dentaire préviennent-ils la survenue d'une nouvelle PI ?

Recommandation :

Les soins d'hygiène bucco-dentaire (brossage des dents après chaque repas, nettoyage quotidien des appareils dentaires, lavage de bouche, bain de bouche, brossage de la langue) tendent à réduire le risque de pneumonies, dont les PI (Grade B-1). La diminution du risque de PI peut s'expliquer par la diminution de l'inoculum bactérien dans la cavité bucco-dentaire en cas d'inhalation salivaire ou micro-inhalation [140]. Les soins bucco-dentaires participent également à l'amélioration de la mastication, de la préparation du bol alimentaire (humidification) et à la déglutition.

Une méta-analyse récente a montré un bénéfice des soins biquotidiens dentaires pour prévenir les pneumonies [141]. Compte tenu de l'absence de nocivité de ces mesures d'hygiène corporelle, et malgré leur faible niveau de preuve, leur mise en place doit être promue [2,22,109,120,130,141–144]. Ces mesures doivent être poursuivies quel que soit l'âge du patient afin de limiter la plaque dentaire et les parodontopathies, qui sont associées à un risque accru de pneumonie.

Enfin, l'usage systématique des bains de bouche à la chlorhexidine est à éviter du fait d'un surrisque de décès, en particulier chez les patients ventilés. On note notamment l'absence de bénéfice supplémentaire évident, notamment en EHPAD, par rapport à des soins habituels [2,145]. Les soins dentaires s'appliquent également aux appareils dentaires, qui doivent être nettoyés au savon puis rincés.

# En résumé: 5 nouveautés-clés dans les recommandations 2025 des pneumonies acquises en communauté (PAC) et d'inhalation (PI)

1. Traitement: amoxicilline-clavulanate systématique sauf PAC ambulatoire sans comorbidité (aussi si PI associée aux soins)
2. Durée de traitement: raccourcie à 3 jours pour les PAC légères à modérées avec stabilité clinique à J3, raccourcie à 5 jours pour les PAC ou PI légères à modérées avec stabilité clinique à J5
3. Hydrocortisone: à ajouter systématiquement dans les 24h d'apparition de gravité si PAC grave
4. Imagerie: à faire systématiquement (exception: si clinique et auscultation typique dans PAC), scanner thoracique en première intention dans PI, échographie en première intention en alternative à la radiographie dans PAC
5. Prophylaxie PI: IEC et brossage de dents

# Webinaire « Infections respiratoires en période hivernale : entre prévention et thérapeutique »

## Quelle place réelle pour les antibiotiques ?

Dr Arthur Maka

Médecin infectiologue  
Centre Hospitalier de Bastia

# SOMMAIRE

1. Microbiote pulmonaire et son interaction avec les défenses immunitaires
2. Surveillance des infections respiratoires aiguës
3. Infection à SARS CoV2 : quel traitement et quand?
4. Boîte à outils :
  - Ordonnance pour une infection virale
  - Fiches HAS
  - TROD Angine (officines de ville)

Données régionales pour le secteur ville en 2024

# **Microbiote pulmonaire: son intérêt dans les défenses immunitaires**

# Microbiote pulmonaire

## Barrière contre les pathogènes

### L'ATLAS DES MICROBIOTES

#### POUMON

**$10^5$**

bactéries par millilitre de liquide bronchoalvéolaire chez l'adulte (une densité de 1 à 10 millions de fois inférieure à celle de l'intestin).

**140**

familles distinctes.

#### PLACENTA ET UTÉRUS

Longtemps supposés exempts de microbes, ces organes abrèteraient une petite flore bactérienne. Mais cette hypothèse reste à confirmer.

#### INTESTIN

**$3,9 \times 10^{13}$**

bactéries, soit à peu près autant que de cellules humaines.

**1000**

espèces.

95% du microbiote intestinal est représenté par 5 phyla bactériens: Firmicutes, Bacteroidetes, Actinobacteria, Proteobacteria et Verrucomicrobia.

Le microbiote intestinal compte aussi des levures, des archées, des virus...

#### ŒIL

La conjonctive, la membrane la plus externe de l'œil abrite quelques bactéries (*Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Haemophilus*, *Neisseria...*) et des levures.

#### BOUCHE

**$10^9$**

bactéries par milligramme de plaque dentaire.

**700**

espèces.

#### PEAU

**$10^{12}$**

bactéries, soit  $10^6$  par centimètre carré.

**500**

espèces.

#### VAGIN

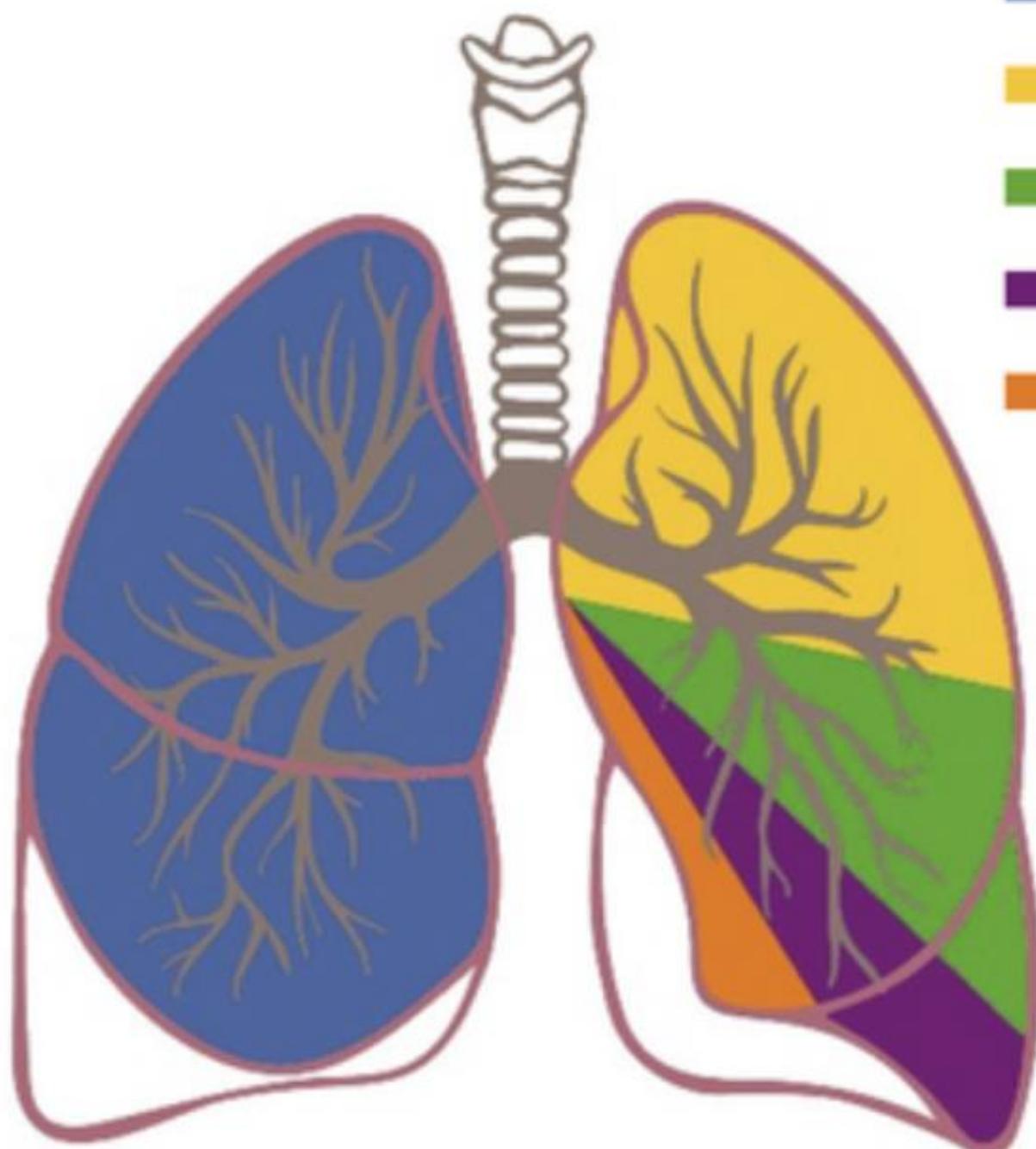
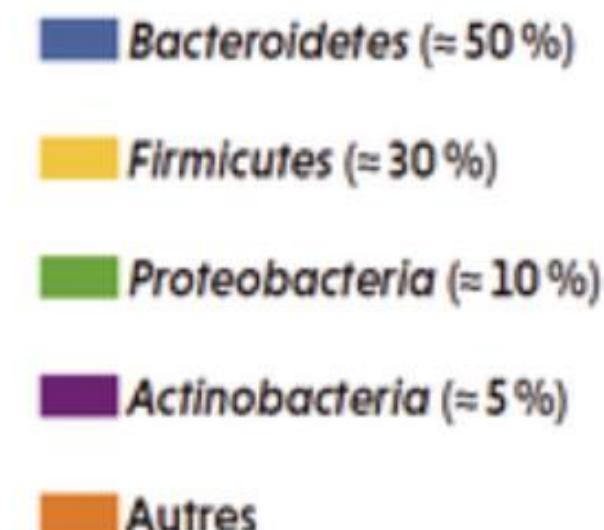
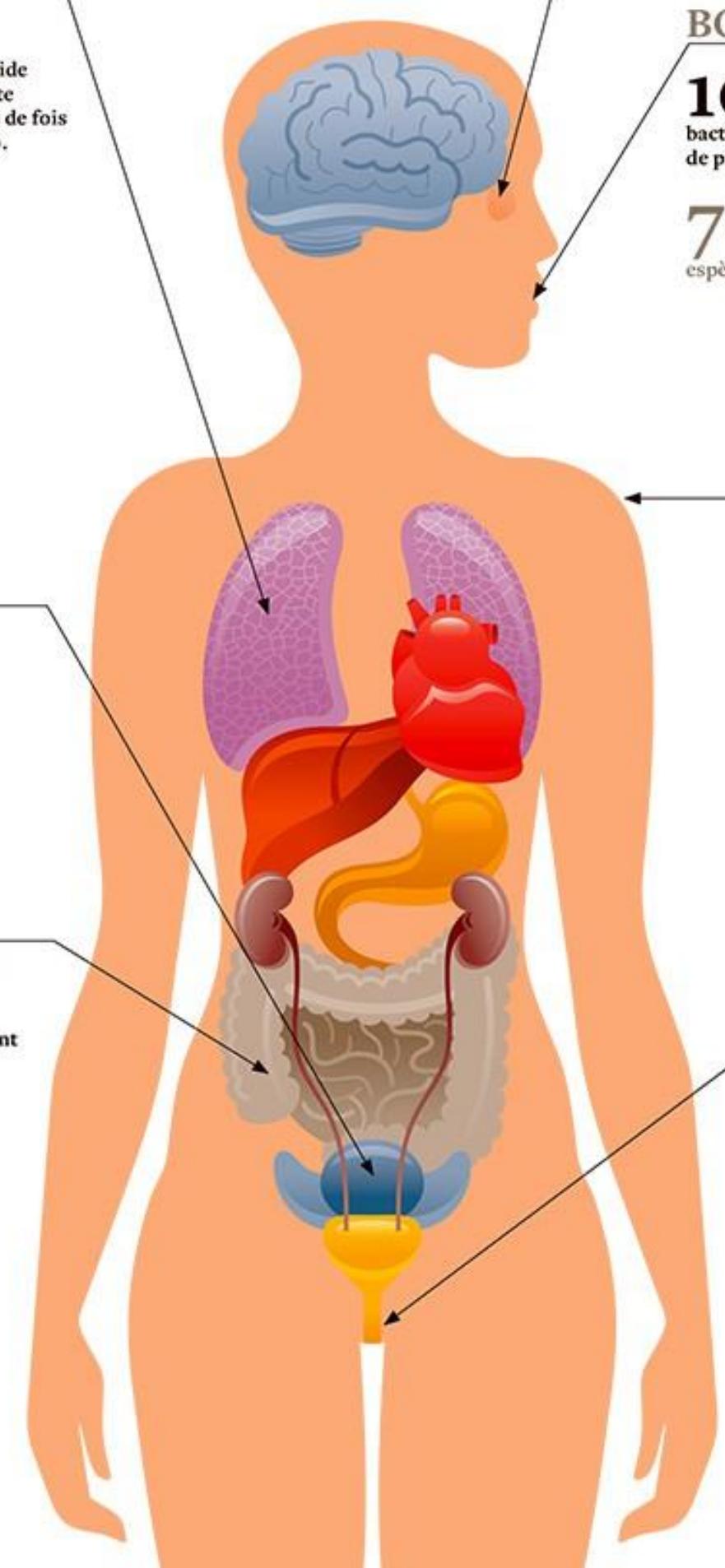
**$10^8$  à  $10^9$**

De  $10^8$  à  $10^9$  bactéries par millilitre de sécrétion.

**300**

espèces.

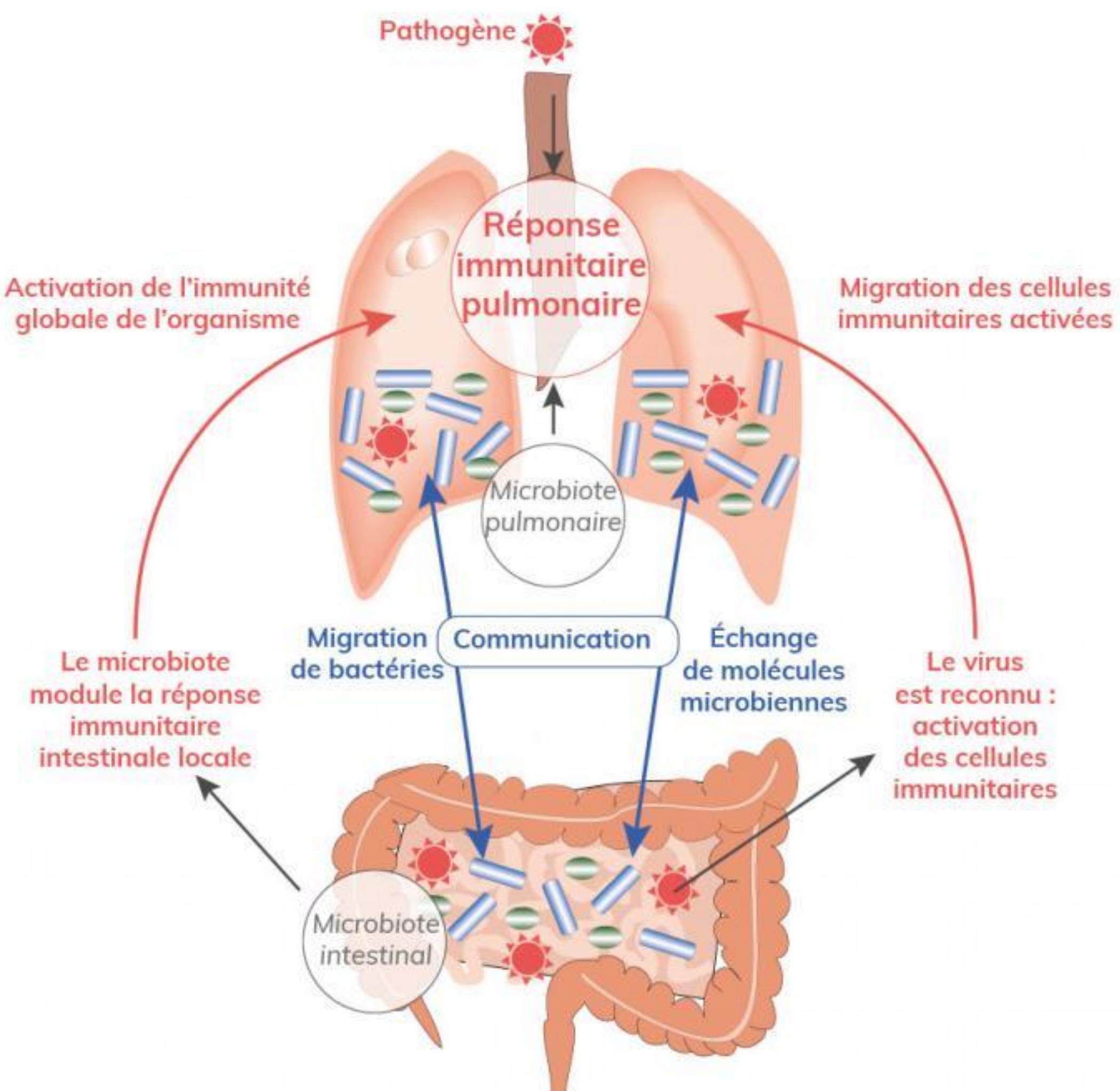
Les plus nombreuses appartiennent au genre *Lactobacillus*. Elles produisent de l'acide lactique qui empêche les infections par d'autres microorganismes.



**Une faible densité bactérienne, mais forte biodiversité**

Stimulation et maturation de l'immunité innée et adaptative en cas d'infection

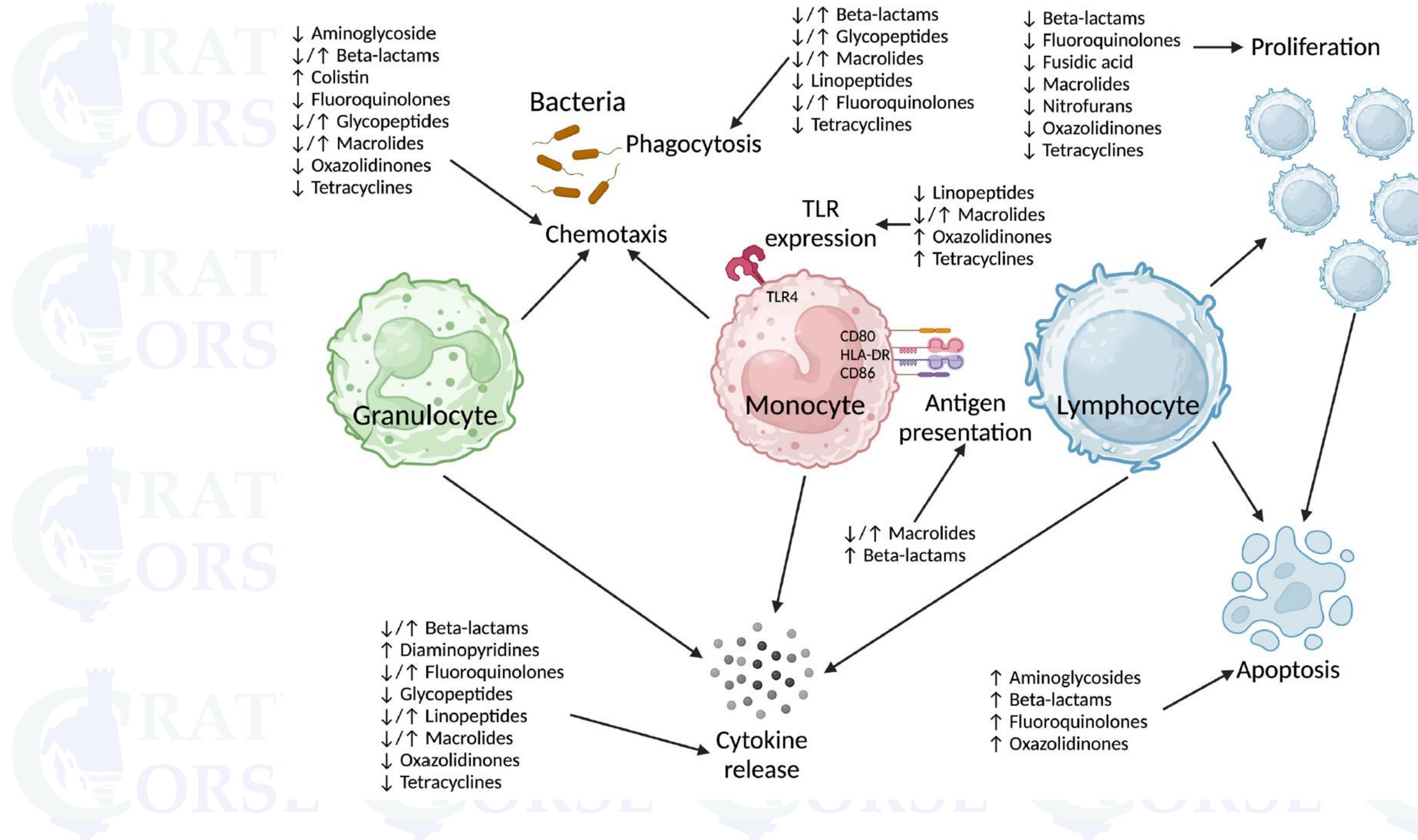
# Microbiote pulmonaire



## « Axe intestin-pulmonaire »

Dysbiose intestinale = poumon fragile

# Effet nocif des antibiotiques au cours des infections virales



**Les antibiotiques ne sont pas neutres du point de vue immunitaire, ce qui peut hypothétiquement affaiblir la réponse face à un pathogène viral**

# Effet nocif des antibiotiques au cours des infections virales

Review > Clin Exp Med. 2023 Dec;23(8):4123-4128. doi: 10.1007/s10238-023-01171-5.  
Epub 2023 Aug 31.

## Is there a correlation between antibiotic use and the severity or post-infection conditions of COVID-19 and other viral infections?

Tsz Yuen Au <sup>1 2</sup>, Chanika Assavarittirong <sup>3 4</sup>, Shamiram Benjamin <sup>5 4</sup>,  
Oskar Wojciech Wiśniewski <sup>6 7</sup>

Affiliations + expand

PMID: 37653183 DOI: [10.1007/s10238-023-01171-5](https://doi.org/10.1007/s10238-023-01171-5)

### Usage excessif et non justifié des antibiotiques

(3,5% surinfections bactériennes vs 75% des patients ayant le SARS CoV2 recevant antibiotiques)

**Les antibiotiques déséquilibrent le microbiome intestinal**  
Moins bonne activation de l'immunité antivirale (cellules T, cytokines, etc.)

**Réponse immunitaire affaiblie, infection virale plus sévère**

**L'usage d'antibiotiques pendant une infection virale n'améliore pas la guérison mais peut aggraver la maladie en affaiblissant l'immunité et le microbiote.**

# **Surveillance des infections respiratoires aiguës**



# **Infection à SARS CoV2: quel traitements en 2025 et pour qui?**

# Indications à un traitement contre le SARS CoV2

## En ambulatoire

Patients présentant une **infection symptomatique confirmée par test virologique (PCR ou antigénique)** dans les **5 jours suivant le début des symptômes**

↓  
**Paxlovid®**

Pas d'intérêt d'antibiothérapie ni de corticoïdes en phase précoce

## En hospitalisation

Patients hospitalisés pour **COVID-19 confirmée** présentant un **besoin en oxygène** ( $O_2$  nasal, masque, CPAP, etc.)  $\pm$  **signes d'inflammation importante** (CRP  $\geq 75$  mg/L, ferritine élevée, IL-6↑)

↓  
**Veklury®  $\pm$  immunomodulateurs**

### Facteurs de risque de forme grave :

Âge  $\geq 65$  ans  
Comorbidités (diabète, obésité IMC  $> 30$ , insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique, hypertension sévère, cancer, etc.)  
Immunodépression (transplantés, traitement immunosupresseur, déficit immunitaire, etc.)

# Comparaison des médicaments contre SARS CoV2 autorisés en France

Paxlovid®, Nirmatrelvir + ritonavir <i>Pfizer/BioNTech</i>	Remdesivir®, Velklury <i>Gilead</i>	Dexaméthasone (corticostéroïdes)	Tocilizumab, Baricitinib, anti-IL6, inhibiteur JAK <i>Roche/Lilly</i>	Evusheld®, Ac monoclonaux <i>AstraZeneca</i>
<b>Antiviral oral</b> (inhibiteur 3CL protéase, empêche réplication)	<b>Antiviral IV</b> (inhibiteur ARN polymérase, analogue de nucléotide)	<b>Immunomodulateur</b> (réduction d'inflammation excessif)	<b>Immunomodulateur</b> (bloque voies d'inflammation)	<b>IV</b> (Liaison au Spike → neutralisation)
>12 ans à risque élevé de progression, début < 5 jours de symptômes	Patients à risque d'une forme sévère ayant une CI à Paxlovid®, sous O2	Patients ayant un tableau sévère/critique	Patients ayant un tableau sévère/critique avec une inflammation excessive malgré des corticoïdes	Pré-exposition prophylaxie chez immunodéprimés (historique) ; traitement précoce pour certains
300mg nirmatrelvir + 100mg ritonavir 2x/jour pendant 5 jours	schéma variable (3-5-10 jours, selon l'indication)	IV/PO, 6mg/kg/jour pendant 5 à 10 jours	IV (tocilizumab) ou oral (baricitinib) selon protocole, dose unique ou courte cure	IM/IV selon le protocole
Interactions médicamenteuses (ritonavir inhibe CYP3A), adaptation à la fonction rénale	Néphrotoxicité/hepatotoxicité possibles ; voie IV limite l'usage ambulatoire	Aggravation possible si donné trop tôt; hyperglycémie, infections secondaires.	Risque d'infections secondaires ; surveillance hépatique/hématologique	Efficacité très dépendante du variant
<b>Efficacité conservée</b> ↓ Hospitalisation et décès de 95-90% (étude EPIC-HR)	<b>Efficacité conservée (non dépendant du spike)</b> Bénéfice modérée si administration tardive	<b>Absence d'effet antiviral</b> Baisse de mortalité de 35% (étude RECOVERY 2000)	<b>Absence d'effet antiviral</b> Baisse de mortalité supplémentaire de 15% (étude RECOVERY REMAP-CAP)	<b>Echappement viral</b>

## Traitements antiviraux contre le SARS CoV2



**Paxlovid® (Nirmatrelvir+ritonavir)**  
(999,20 euros/cure de 5 jours; Pfizer)  
remboursement en ambulatoire 100%



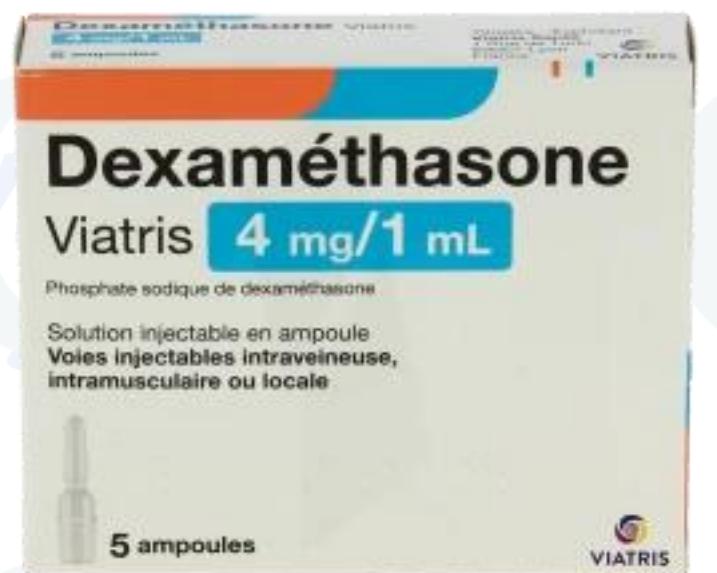
**Veklury® (Remdesivir)**  
(2000 euros/cure de 5 jours; Gilead)  
aucun remboursement



**Roactemra® (Tocilizumab)**  
(jusqu'à 777 euros/injection; Roche)  
8mg/kg/injection, max 2 injections,  
162mg x 4 flacons = 667,21 euros  
remboursement?



**Olumiant® (Baricitinib)**  
(577,39 euros/boîte de 28 cpr; Lilly)  
remboursement 100%



**Dexaméthasone**  
(26,90 euros/5 amp; Viatris)

# Boite à outils:

- Ordonnance pour infection virale
- Fiches HAS
- TROD angine



# Ordonnance pour infection virale

LES ANTIBIOTIQUES  
bien se soigner, c'est d'abord  
bien les utiliser

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"/>  <b>RHINOPHARYNGITE (RHUME)</b> <i>Toujours virale</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fièvre : 2-3 jours</li><li>Nez bouché et/ou qui coule (sécrétions blanches, jaunes ou vertes) : 7-12 jours</li><li>Mal à la gorge : 5 jours</li><li>Toux : 1-3 semaines</li></ul>	
<input type="checkbox"/>  <b>COVID-19</b> <i>Toujours virale</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Signes peu spécifiques et variables : rhume, mal à la gorge, toux... : 7-10 jours</li></ul>	
<input type="checkbox"/>  <b>GRIPPE</b> <i>Toujours virale</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fièvre, courbatures : 2-4 jours</li><li>Toux : 2-3 semaines</li><li>Fatigue : plusieurs semaines</li></ul>	
<input type="checkbox"/>  <b>ANGINE VIRALE</b> <i>Test rapide de recherche de streptocoque négatif</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fièvre : 2-3 jours</li><li>Mal à la gorge : 7 jours</li></ul>	
<input type="checkbox"/>  <b>BRONCHITE AIGUË</b> <i>Toujours virale</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fièvre : 2-3 jours</li><li>Toux : 2-3 semaines</li></ul>	
<input type="checkbox"/>  <b>OTITE AIGUË</b> <i>Le plus souvent virale</i>	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 visuels : Affiche «Information coronavirus : protégeons-nous les uns les autres» campagne Covid-19  
Santé publique France, mai 2023

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

# Fiches 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

Cette fiche de synthèse mentionne l'antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention et sa durée préconisée dans les infections bactériennes courantes de ville.

### 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

amoxicilline-acide clavulanique

7 jours

#### Sinusite grave, à risque de complications

#### Hospitalisation en urgence pour un avis spécialisé

-

#### Rhinopharyngite aiguë

Pas d'antibiotique

-

#### 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

amoxicilline

6 jours

## Fiches par infection bactérienne

- Une **fiche synthèse** regroupe **le choix de l'antibiothérapie de première intention et la durée** préconisée dans les infections bactériennes.
- **21 fiches distinctes** par infection bactérienne ont été **élaborées en 2021** ; plusieurs d'entre elles ont été **mises à jour en 2024 (angine, cystite, urétrites et cervicites...) et en 2025 (notamment les fiches sur les infections respiratoires hautes de l'enfant pour y intégrer le traitement symptomatique de la douleur)**

### Infections ORL

#### De l'adulte :

1. Angine aiguë
2. Otite moyenne aiguë purulente
3. Sinusite
4. Rhinopharyngite aiguë

#### De l'enfant :

1. Angine aiguë
2. Otite moyenne aiguë purulente
3. Sinusite
4. Rhinopharyngite aiguë

### Infections respiratoires basses :

1. Pneumonie Aiguë Communautaire de l'adulte en ambulatoire
2. Pneumonie Aiguë Communautaire chez l'enfant
3. Coqueluche chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte
4. Exacerbations aiguës de bronchopneumopathie chronique obstructive

# TROD Angine



Assuré **Pharmacien** ▾ Entreprise Qui sommes-nous ? Carrières Études et données Presse

≡ **l'Assurance Maladie** ameli.fr Rechercher Se connecter

Pharmacien > Santé et prévention > Test rapide d'orientation diagnostique (Trod) angine à l'officine

## Test rapide d'orientation diagnostique (Trod) angine à l'officine

06 juin 2025

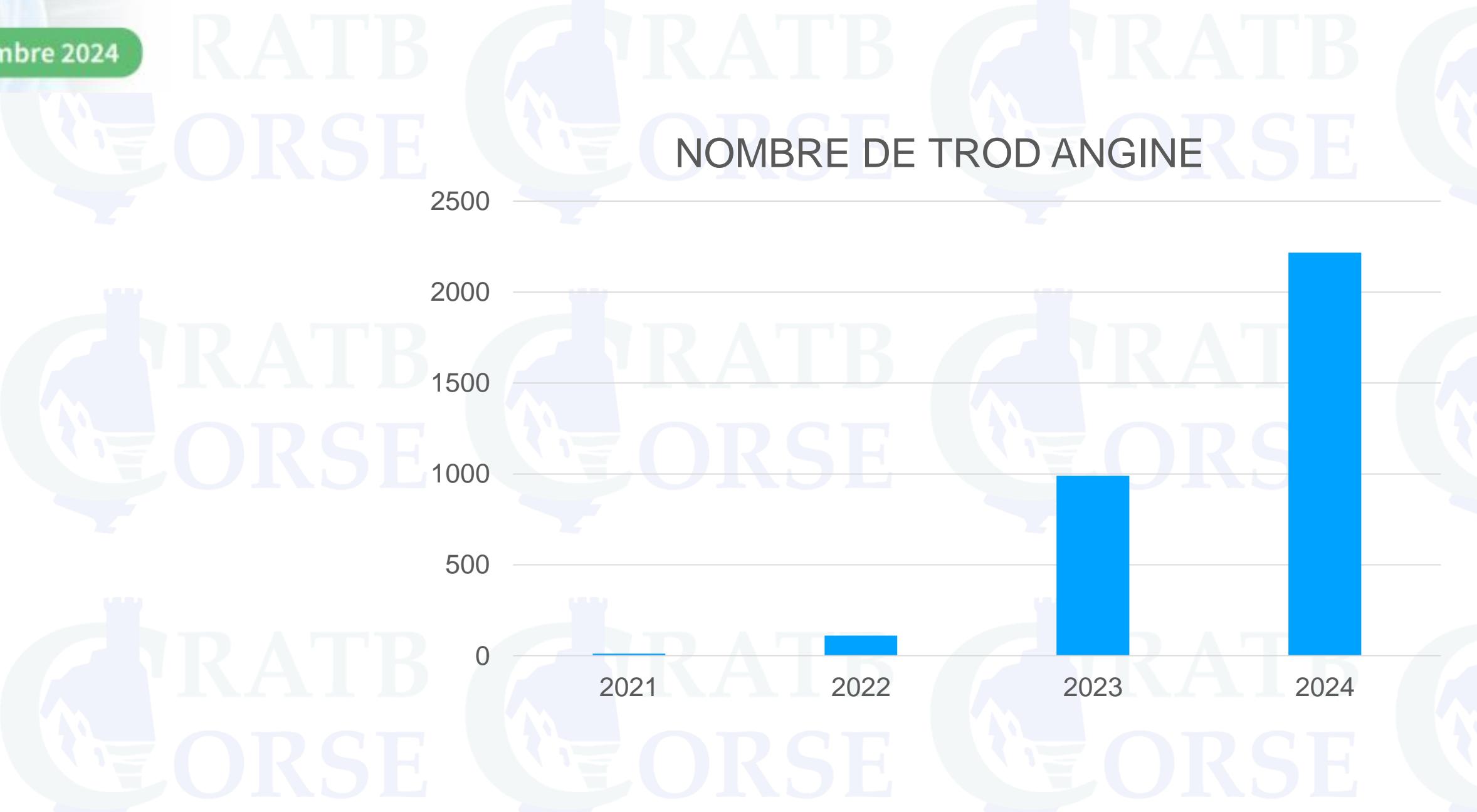


Le pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé publique et de proximité a un rôle à jouer aux côtés des prescripteurs, pour faciliter le parcours du patient présentant un mal de gorge évocateur d'angine et participe à la juste prescription.

### Utilisation des TROD angine dans les officines en Corse

ANNEE	NOMBRE D'OFFICINES	NOMBRE DE TROD ANGINE
2021	6	11
2022	22	111
2023	66	990
2024	99	2217

NB. 129 officines actives en Corse en décembre 2024



# Données régionales en Corse

## - secteur ville

# Consommation d'antibiotiques en France – données 2024

**En 2024, les prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville ont augmenté de 4,8 % par rapport à 2023,** atteignant 860,4 prescriptions pour 1 000 habitants/an. Cette hausse marque une rupture avec la tendance de baisse modérée mais constante observée entre 2014 et 2023.

**Prescriptions d'antibiotiques de 2014 à 2024**  
par an et toutes classes d'âge confondues

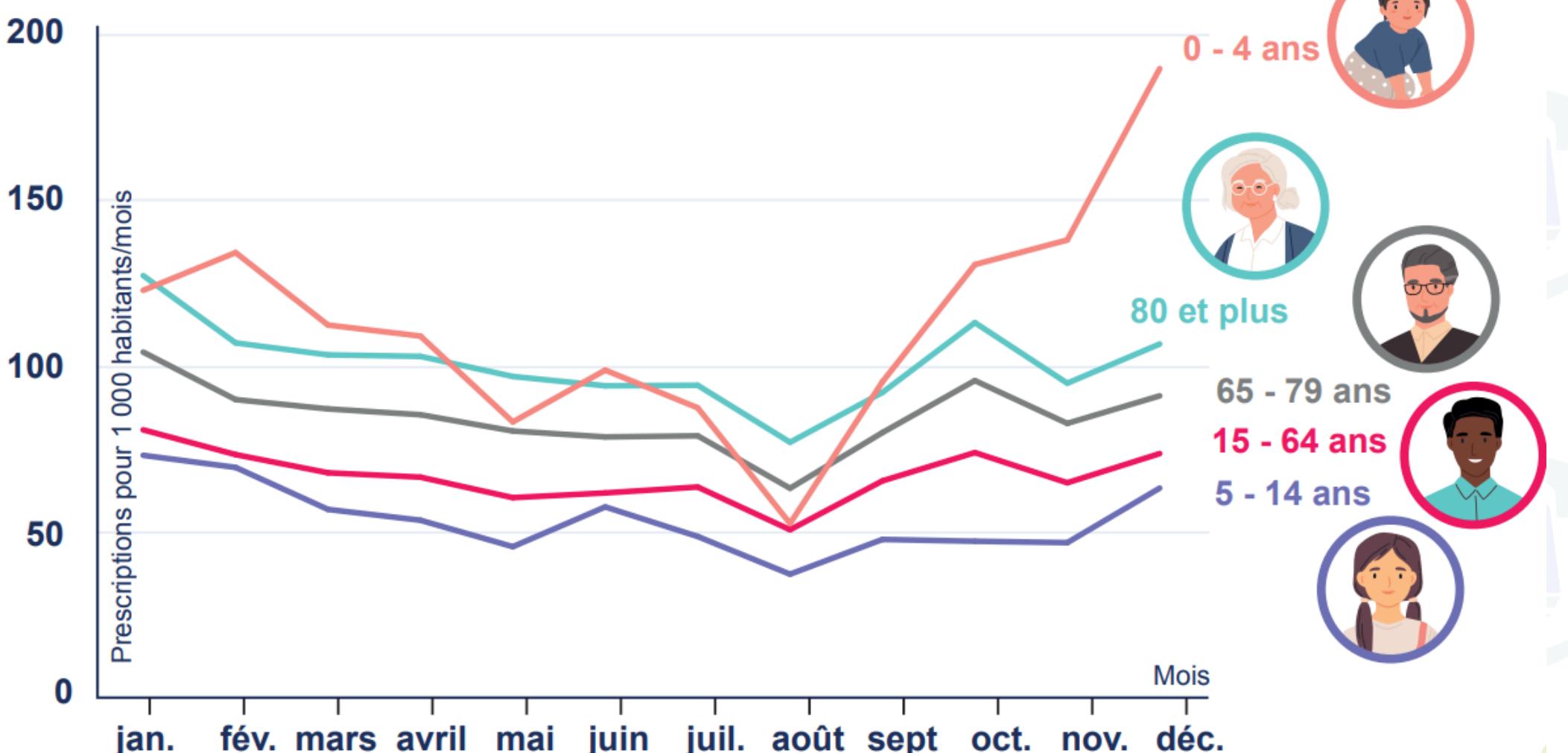


Sources : Données SNDS. Analyse Santé publique France

**En 2024, la France est le 2<sup>e</sup> pays le plus consommateur** d'antibiotiques en Europe (alors qu'elle était le 5<sup>e</sup> en 2023).

**En 2024, 74,6 % des prescriptions ont été effectuées par des généralistes,** dont les prescriptions ont **augmenté de 6,2 %** par rapport à 2023. Les prescriptions des médecins spécialistes ont **augmenté de 4,6 %**, tandis que celles des chirurgiens-dentistes **se sont stabilisées (+0,2 %)**.

**Prescriptions d'antibiotiques en 2024**  
par mois et par classe d'âges

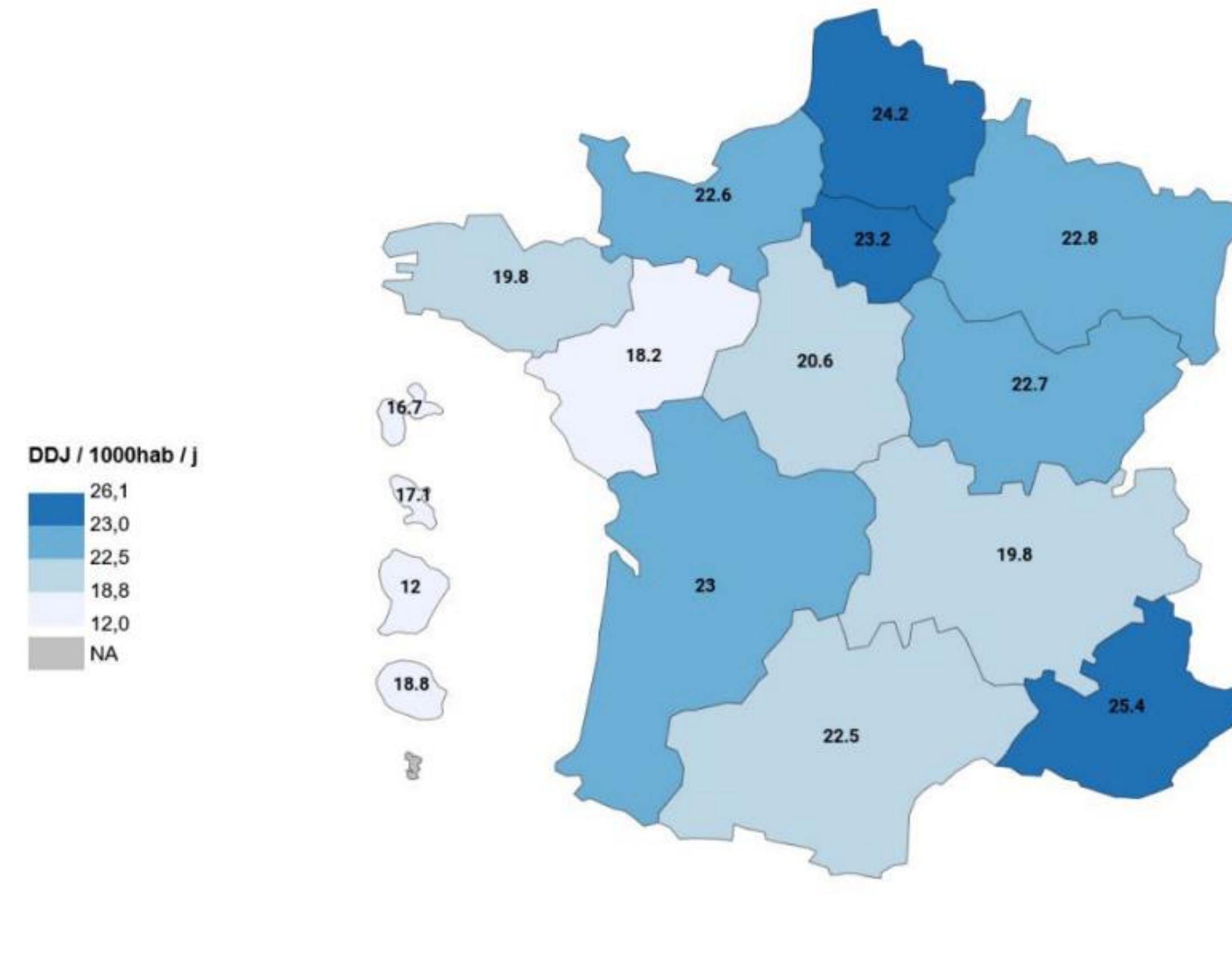


**En 2024, les antibiotiques les plus prescrits sont :**

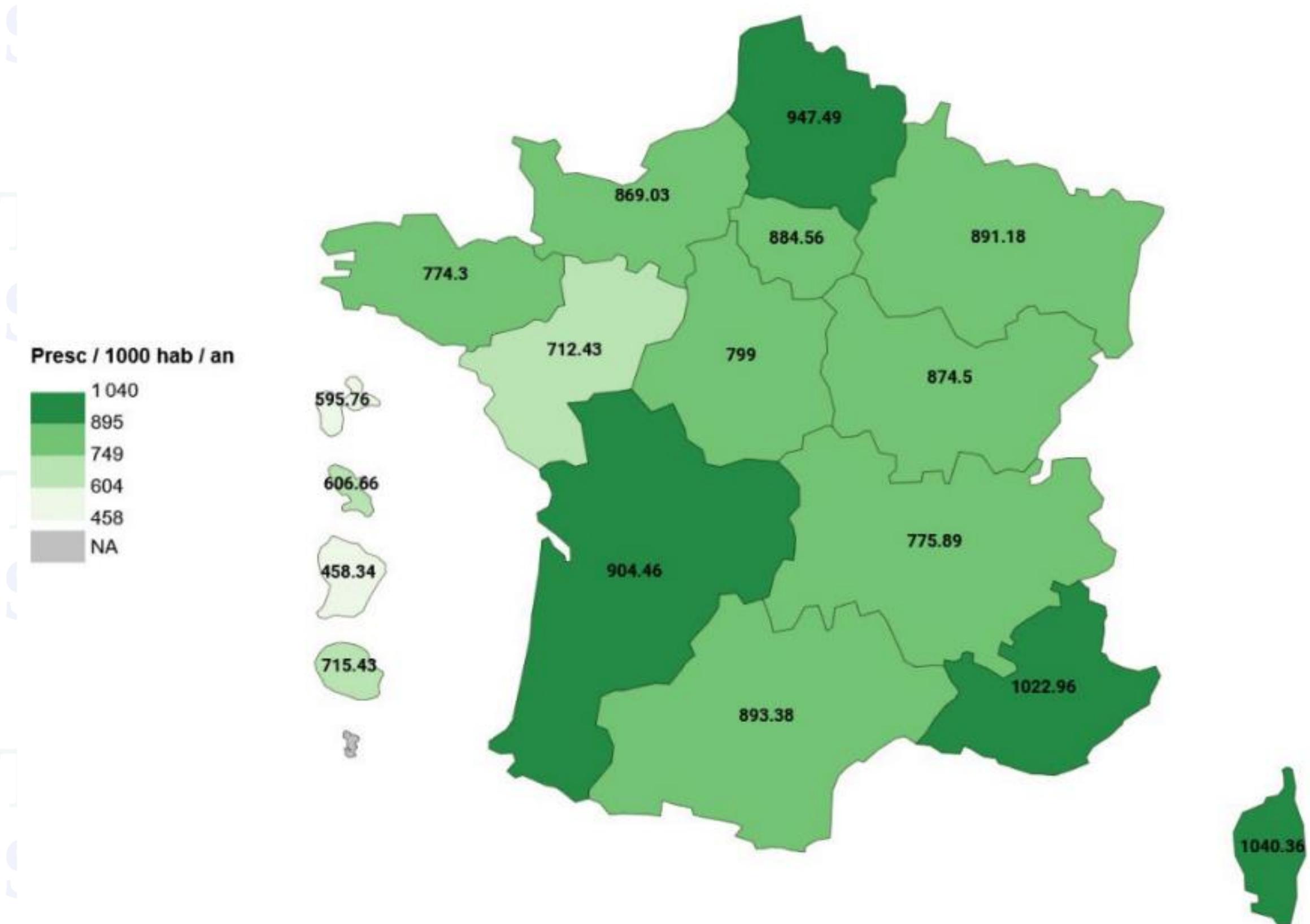
- l'amoxicilline (37,5 %)
- l'association amoxicilline + acide clavulanique (15,7 %)
- les macrolides (17,2 %)

Ils représentent plus des 2/3 de la consommation totale.

Carte 1. Consommation d'antibiotiques par région en 2024

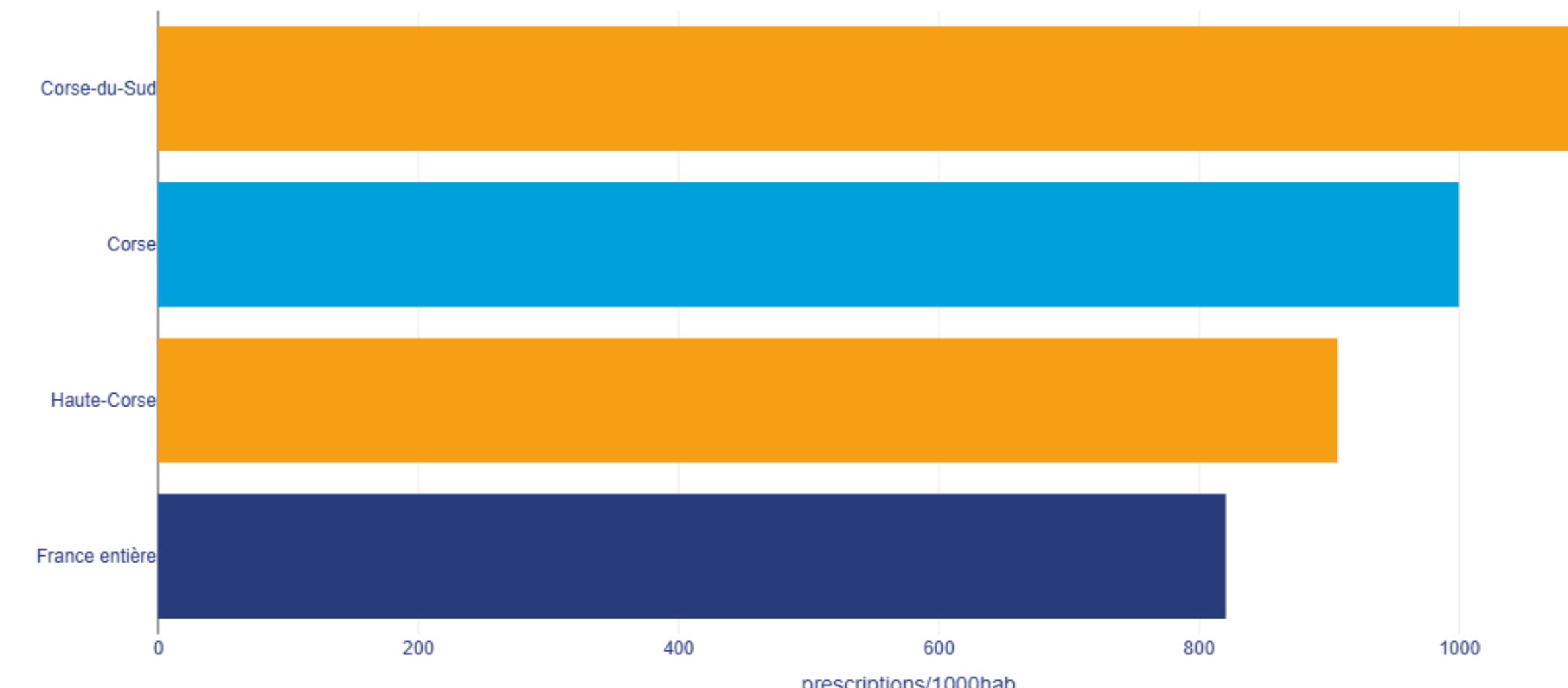


Carte 2. Prescription d'antibiotiques par région en 2024

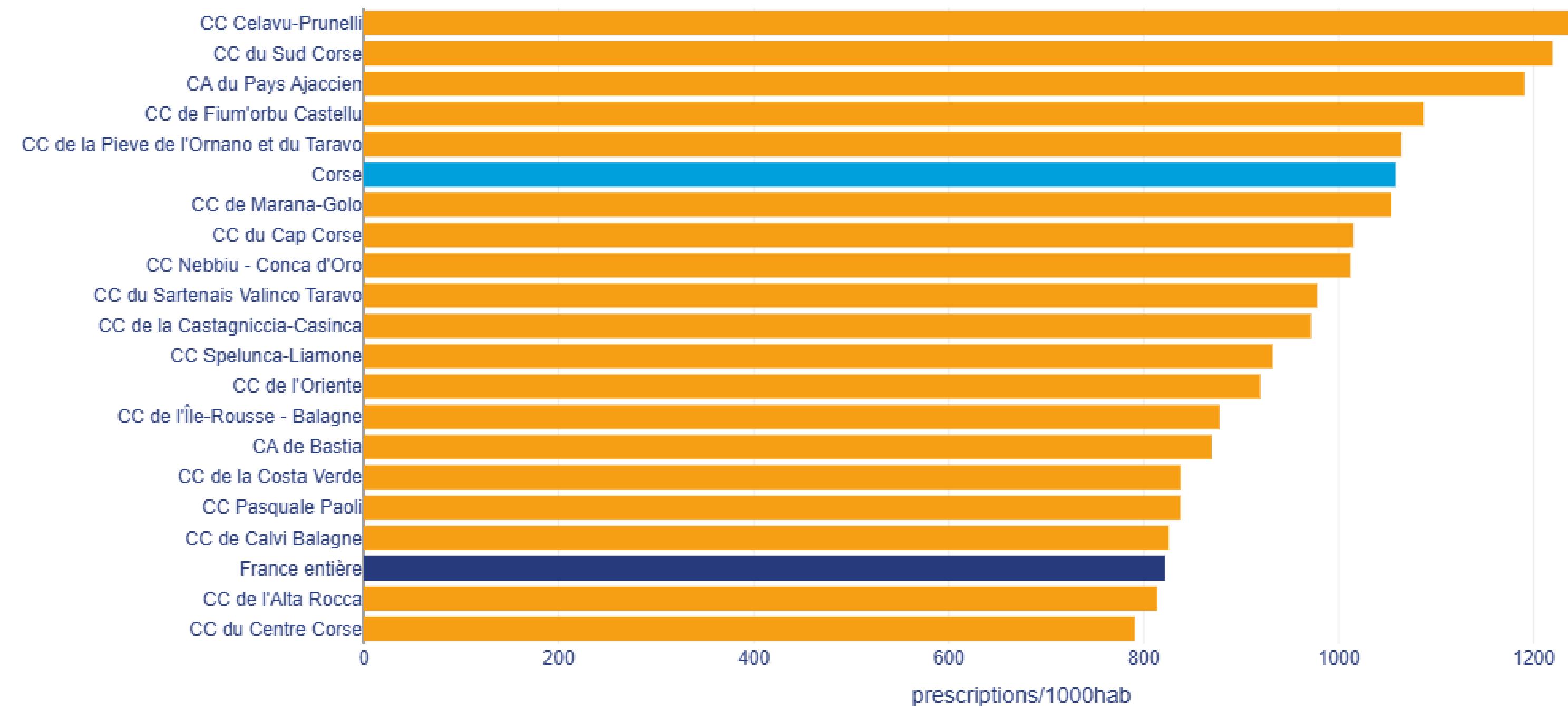


## DV-PRIMO : Surveillance, prévention et bon usage des antibiotiques en soins de ville et en secteur médico-social

Comparaison départementale des consommations d'antibiotiques de ville en 2023 sur toute la population

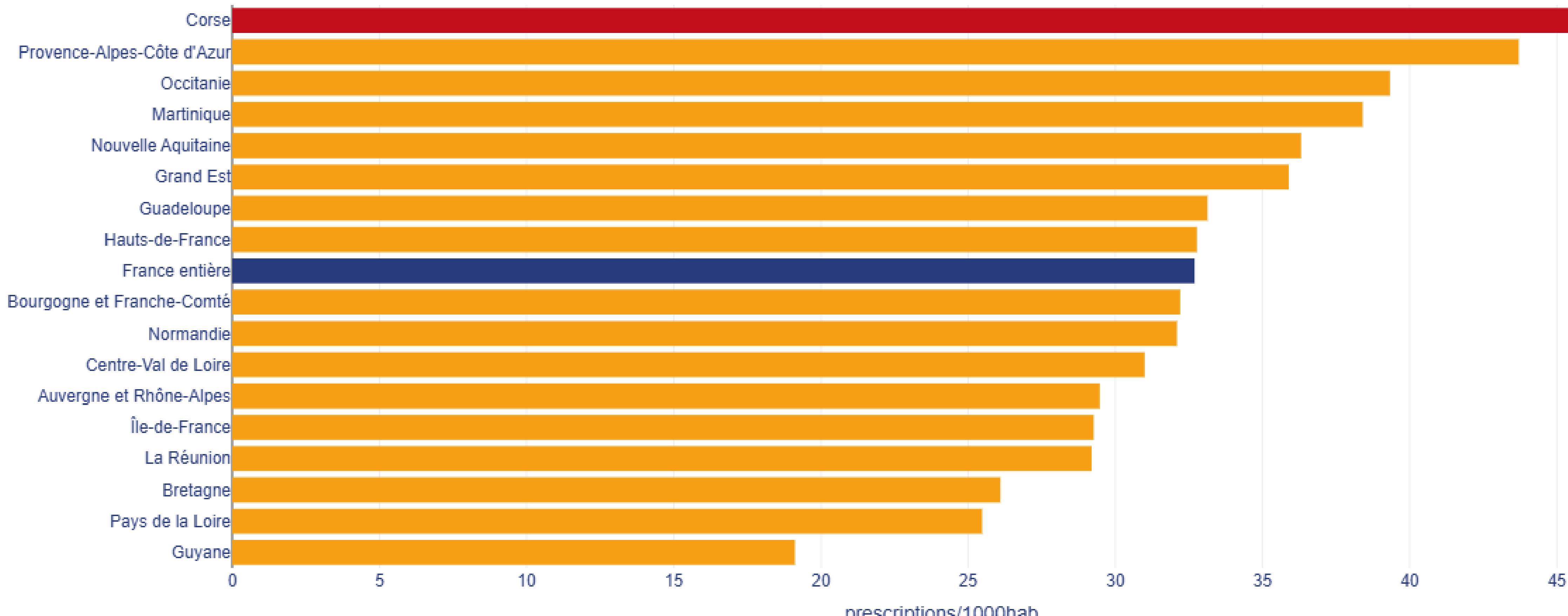


Comparaison par EPCI des consommations d'antibiotiques de ville en 2022 sur toute la population



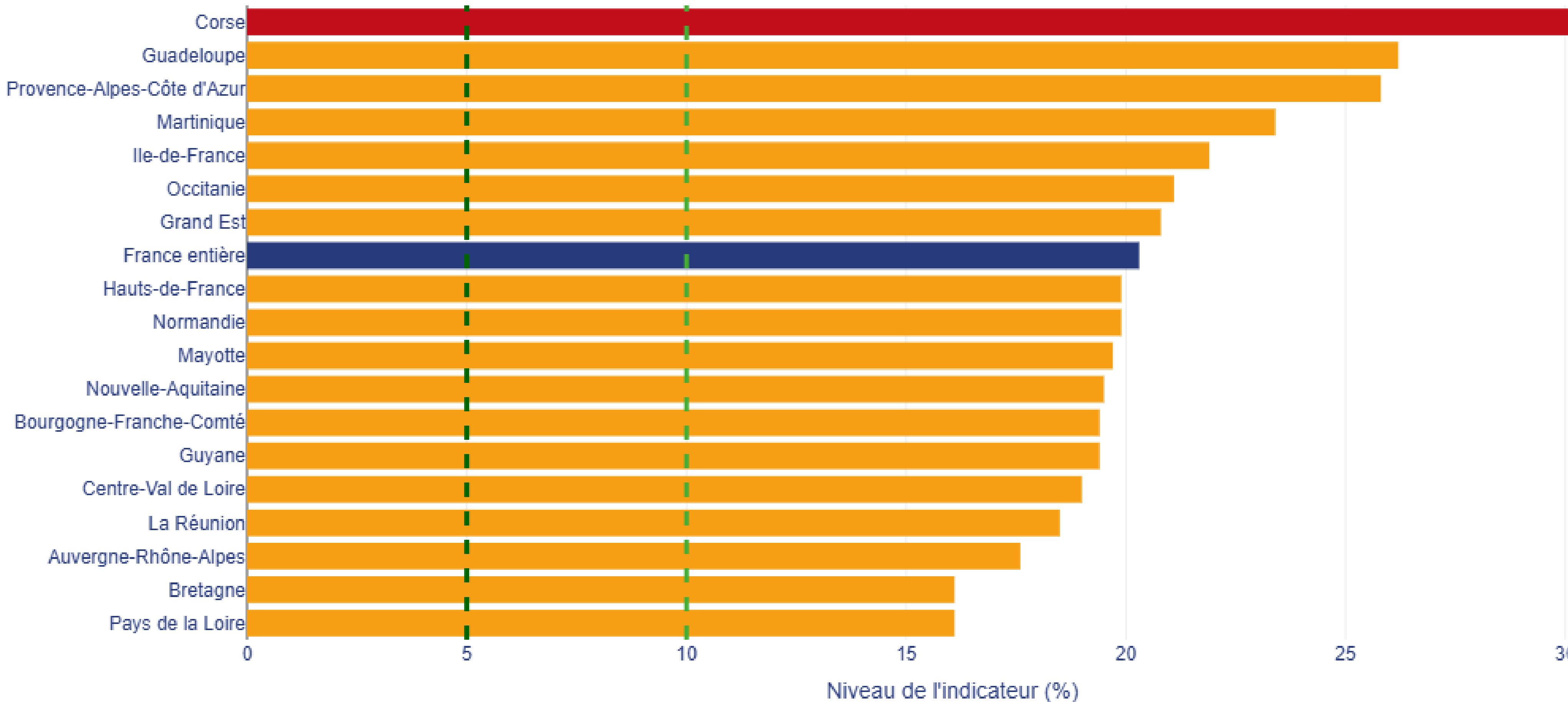
# Quinolones

Comparaison régionale des consommations d'antibiotiques de ville en 2023 sur toute la population



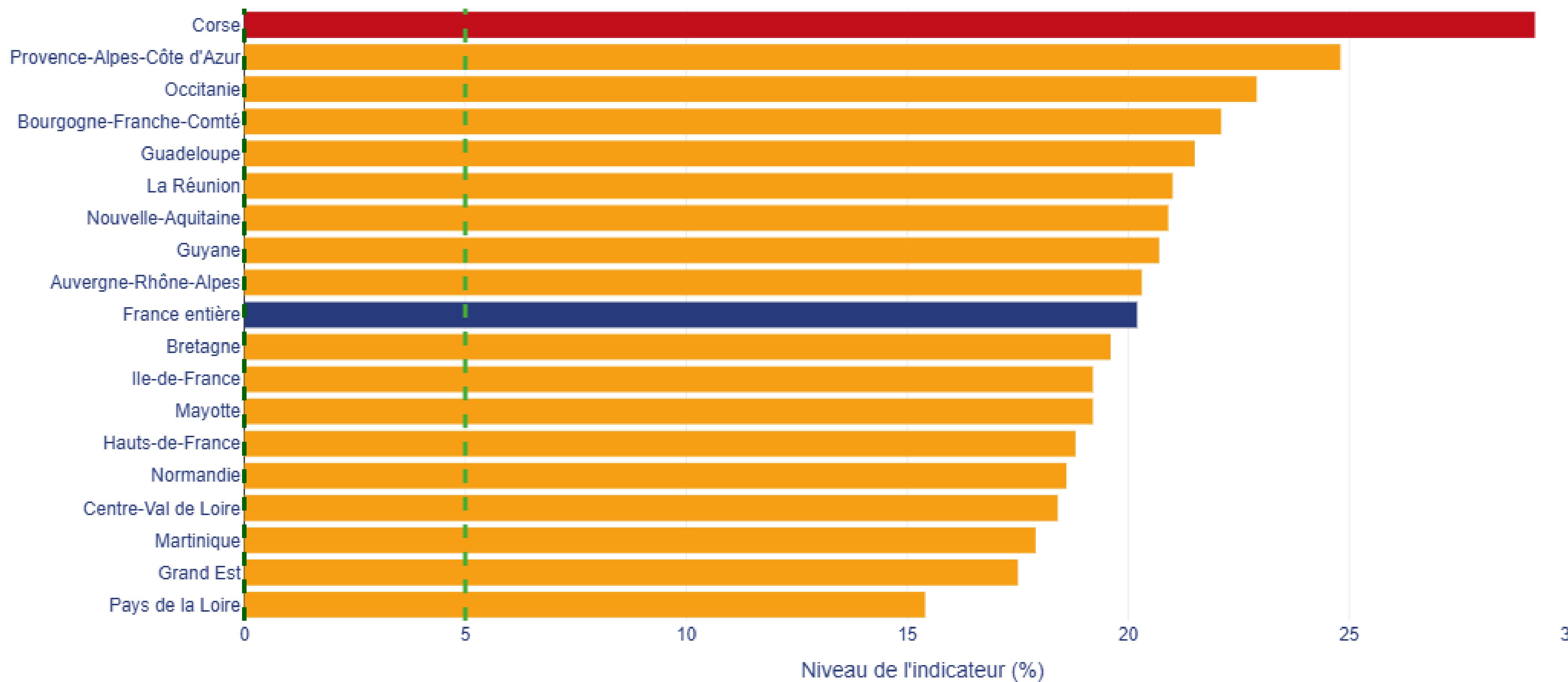
# Indicateur 4 : prescriptions de pristinamycine et macrolides

Comparaison régionale de l'indicateur 4 en 2023



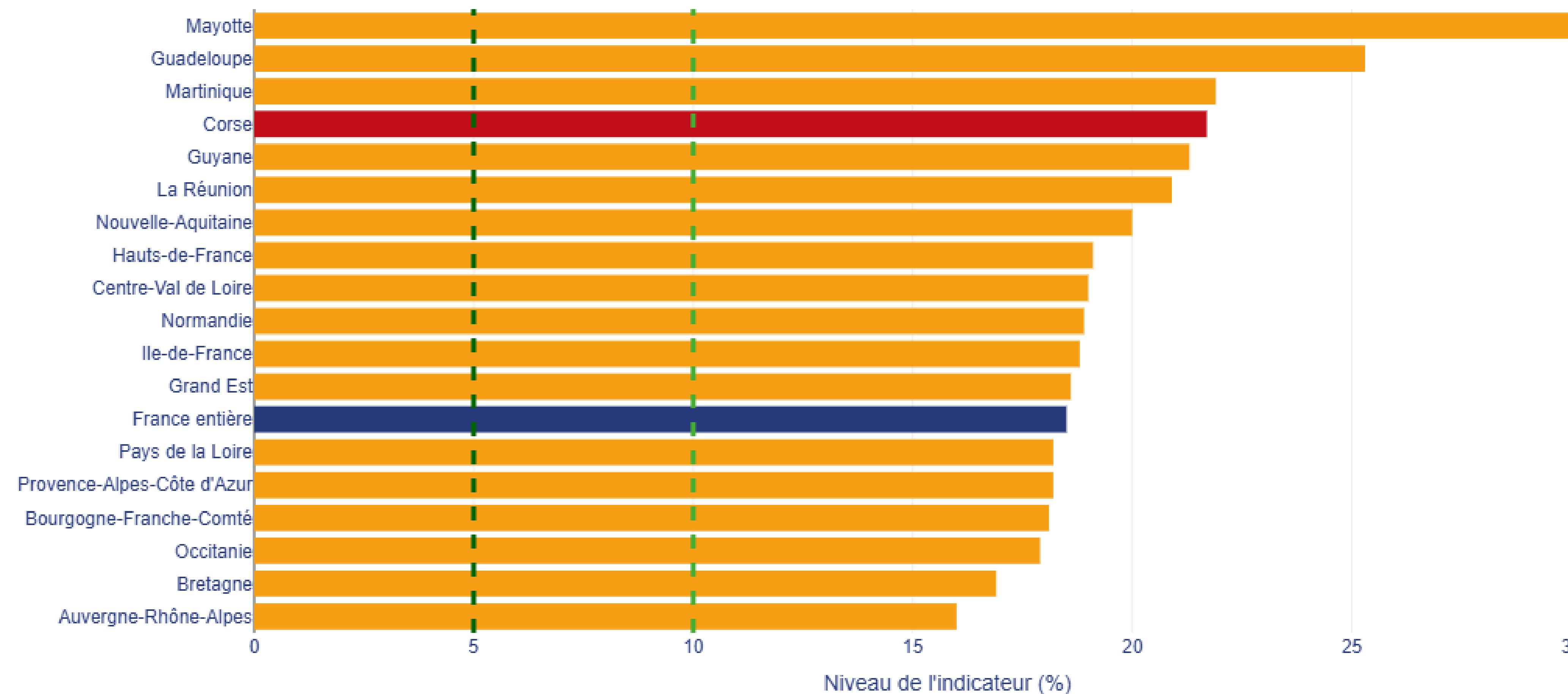
# Indicateur 12 : co-prescriptions d'antibiotiques et de corticoïdes systémiques

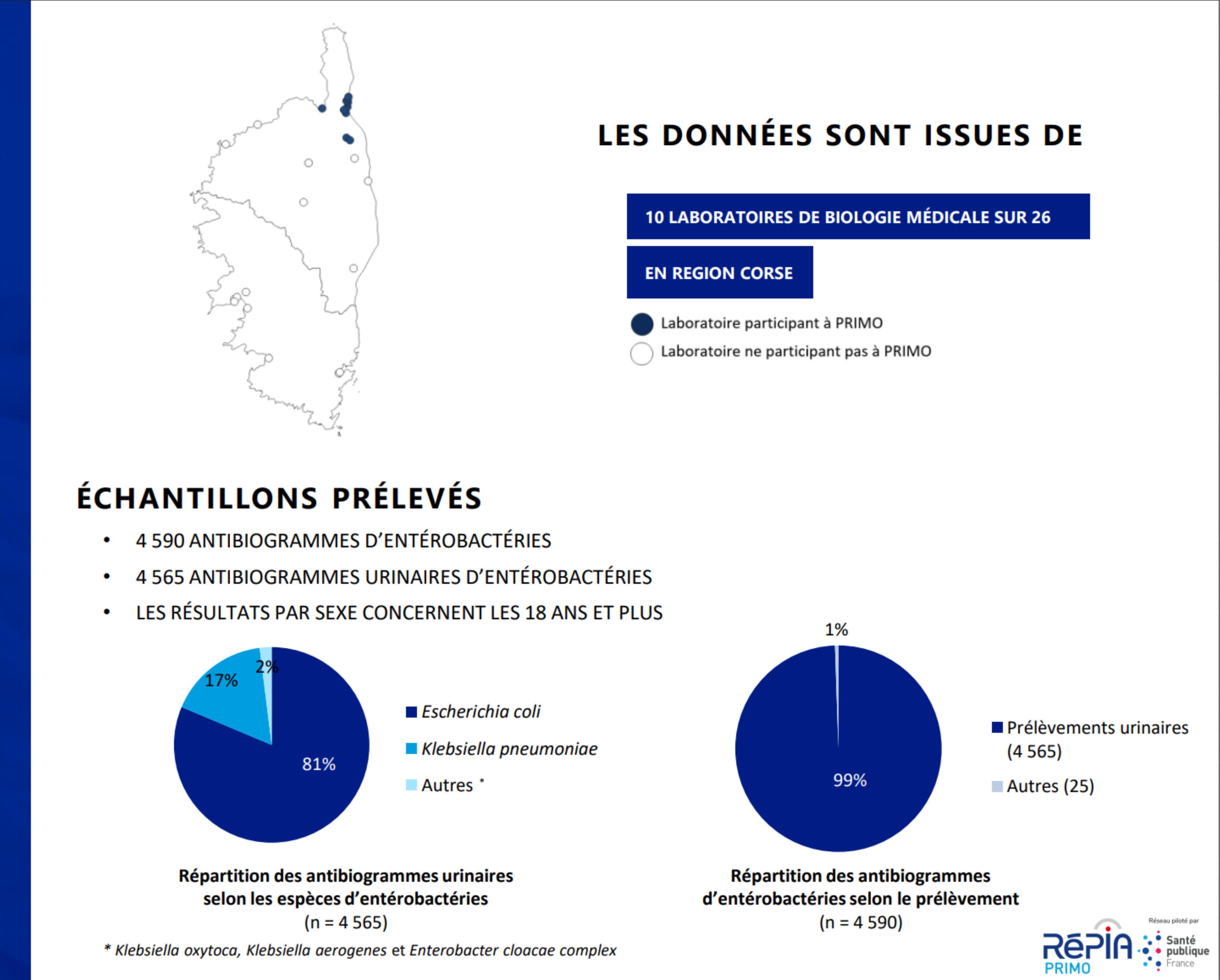
Comparaison régionale de l'indicateur 12 en 2023



# Indicateur 10 : durée estimée de prescriptions antibiotiques >7 jours

Comparaison régionale de l'indicateur 10 en 2023





# RÉSISTANCES OBSERVÉES

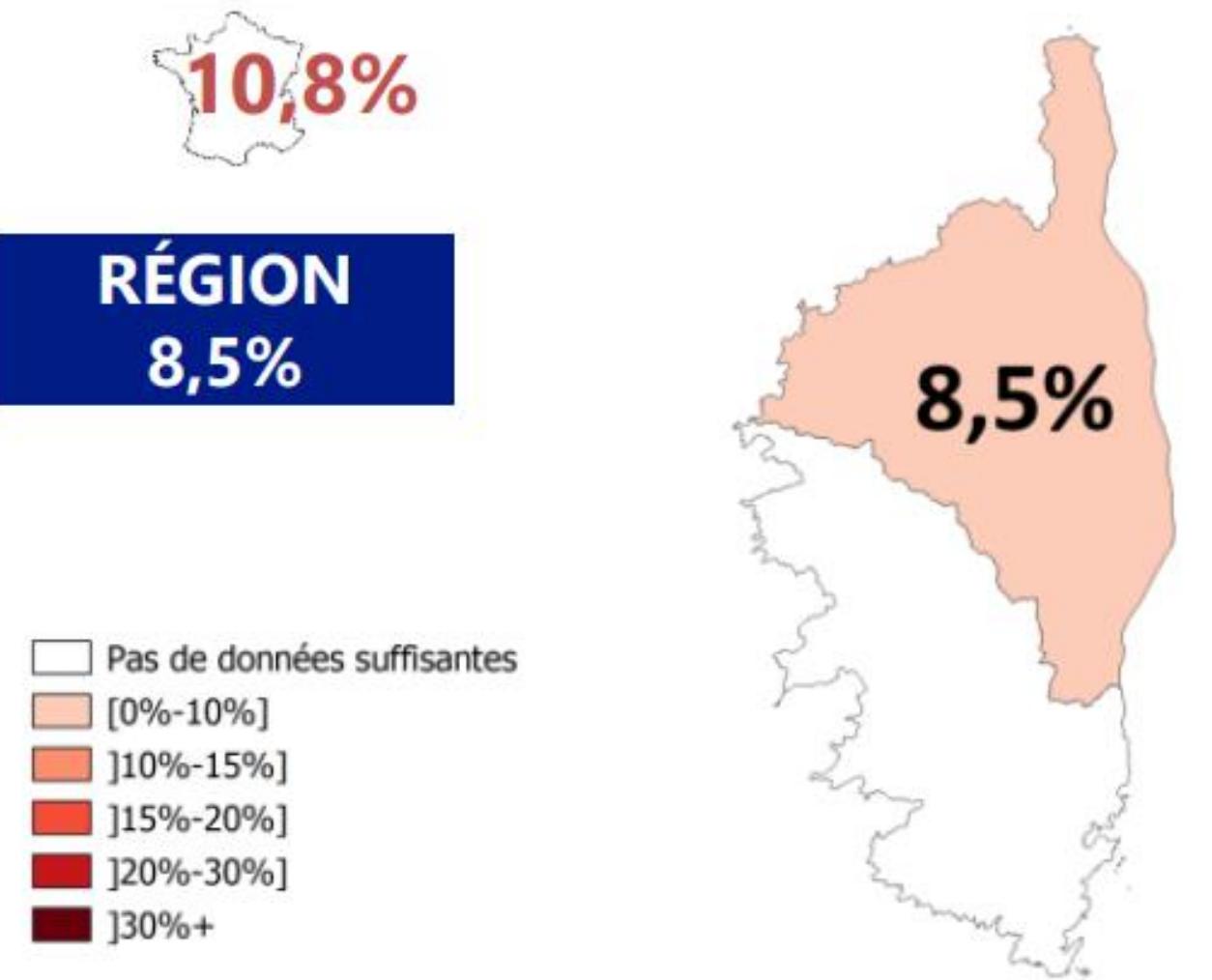
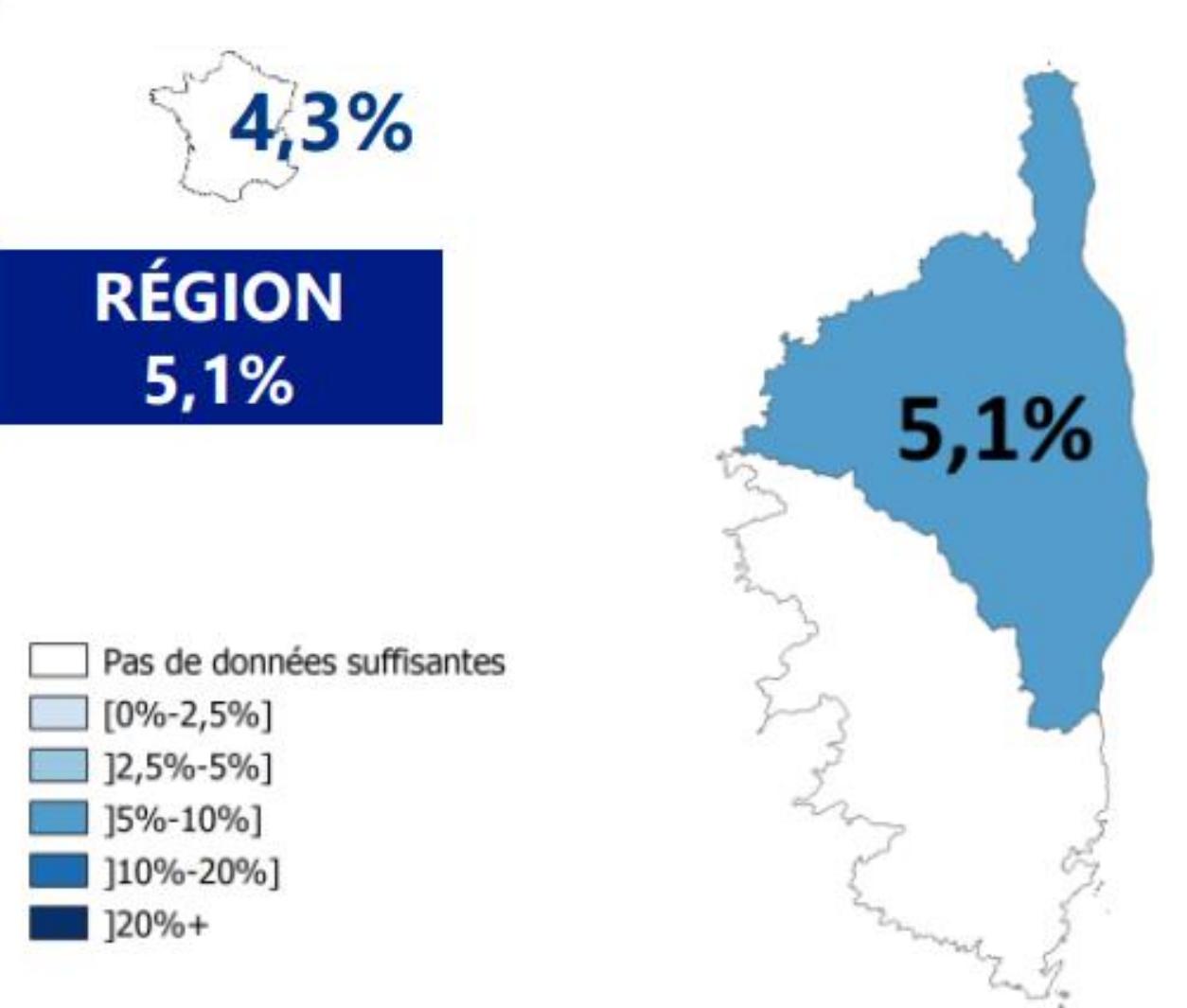
## *Escherichia coli (urines)*

### À DOMICILE

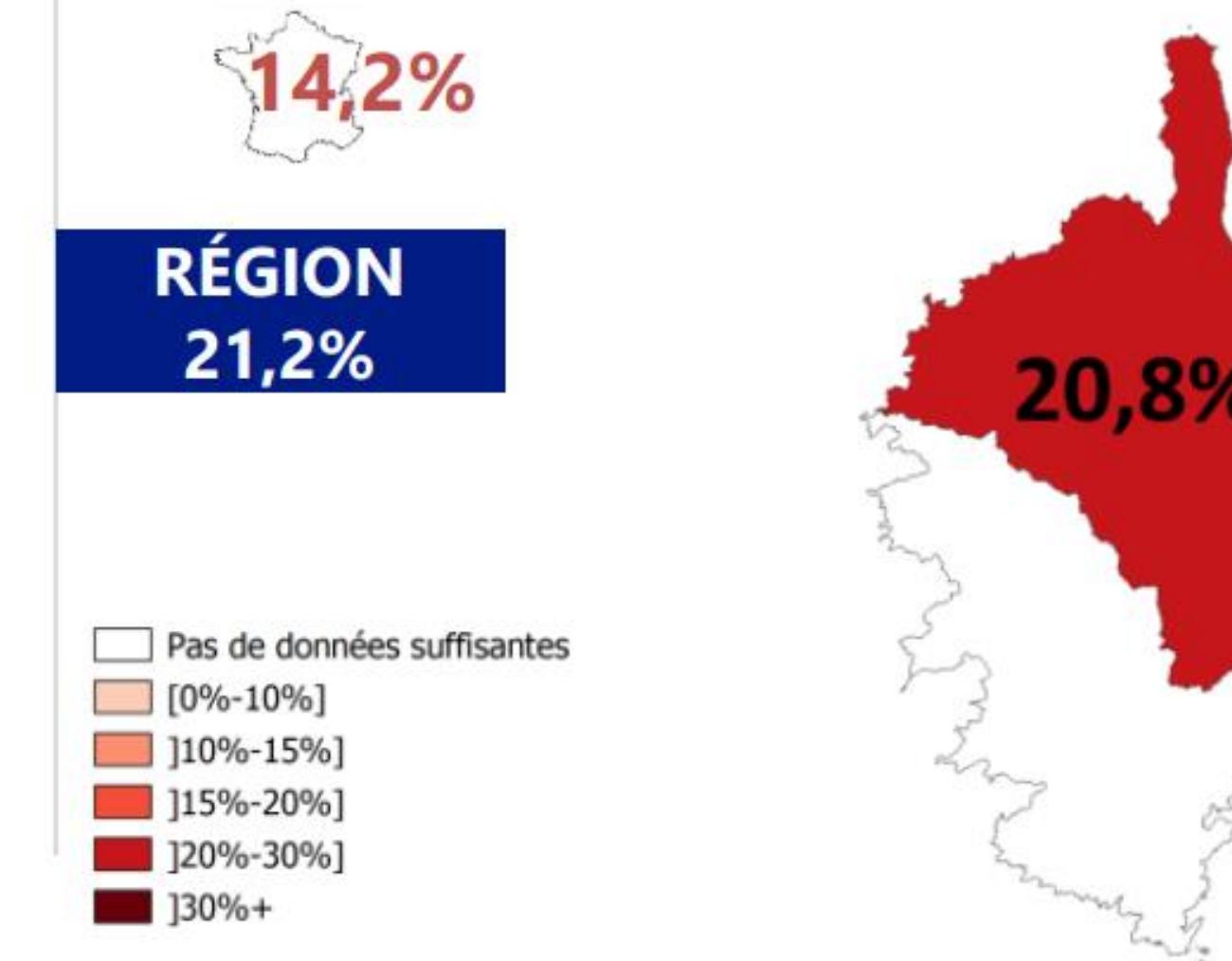
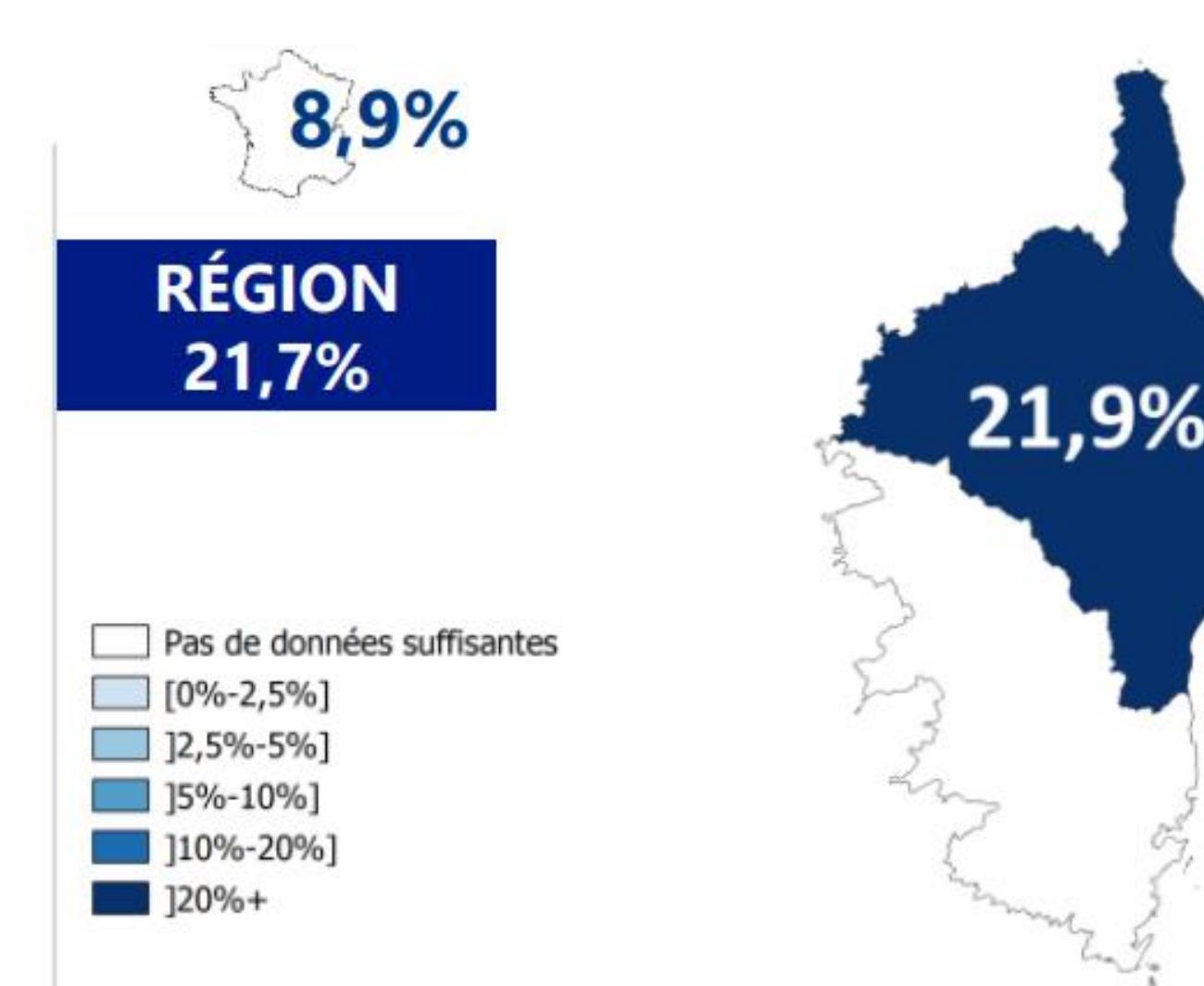
**C3G**  
Céphalosporines 3ème génération  
(Céfotaxime ou ceftriaxone ou ceftazidime)

Départements Effectifs Ville	
Corse-du-Sud	7
Haute-Corse	3517

**FQ**  
Fluoroquinolones



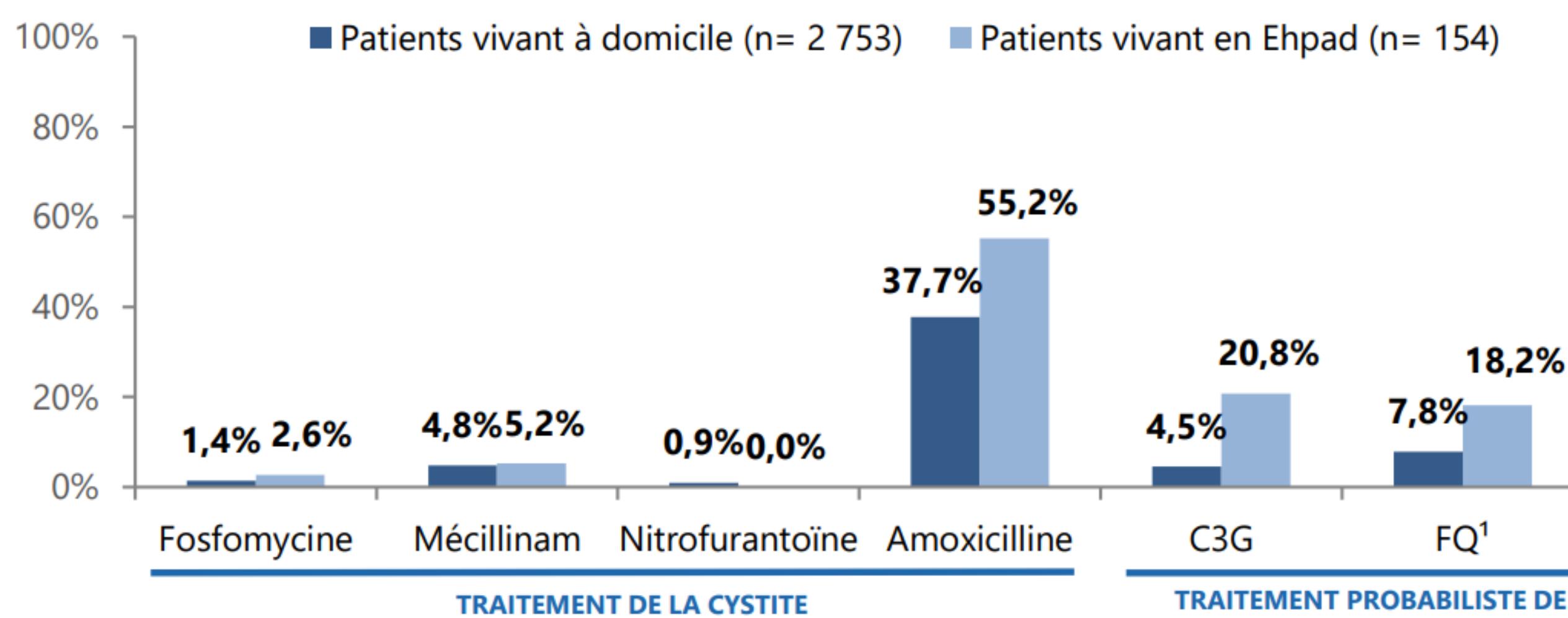
### EN EHPAD



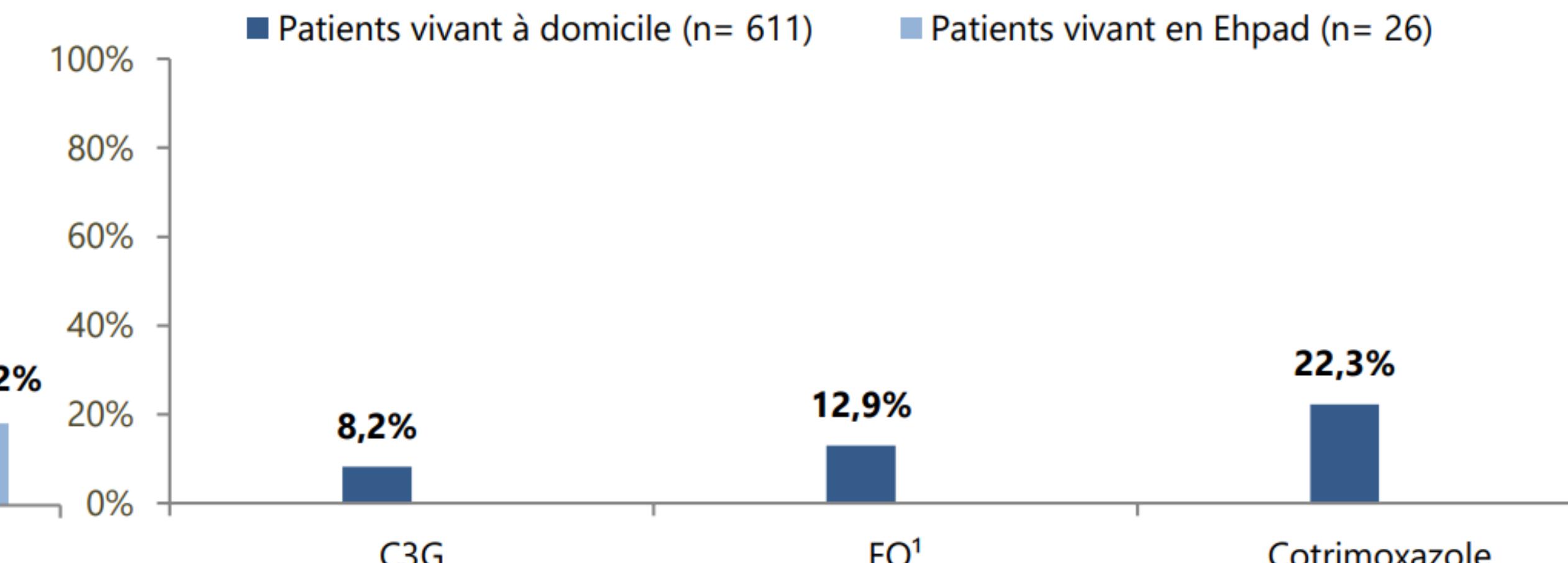
# RÉSISTANCES OBSERVÉES

## *Escherichia coli (urines)*

### CHEZ LA FEMME



### CHEZ L'HOMME



- C3G à privilégier en probabiliste sur les formes graves
- Les FQ sont les molécules de référence du fait de leur excellente diffusion dans les infections urinaires masculines fébriles mais prévenir le patient des effets indésirables ([note Ansm d'août 2023](#))
- Cotrimoxazole : bonne efficacité clinique en cas de sensibilité de la bactérie

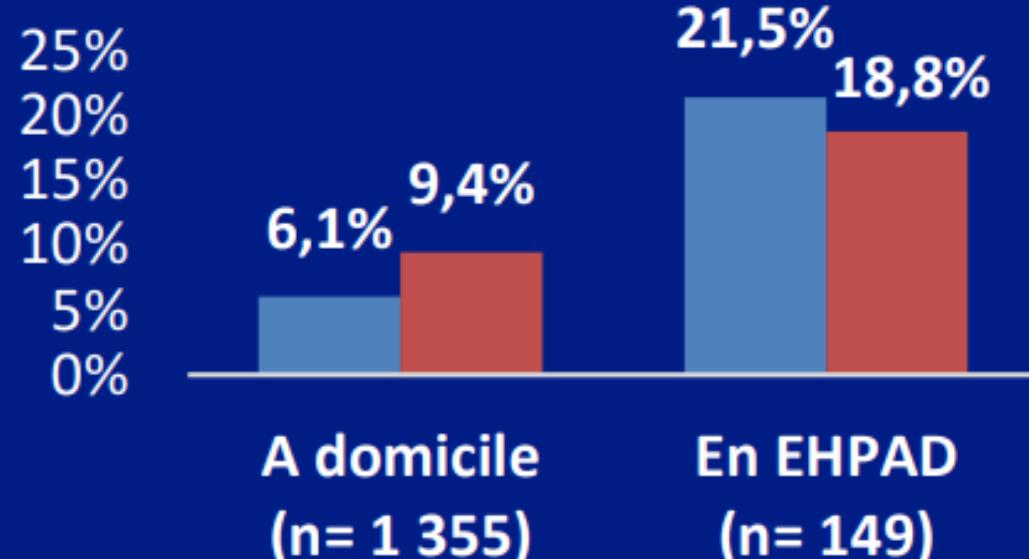
<sup>1</sup> Eviter les FQ en probabiliste si prescrites dans les 6 derniers mois

<sup>2</sup> C3G et FQ : utilisation réservée aux pyélonéphrites, le relais par une autre molécule est à adapter selon l'antibiogramme

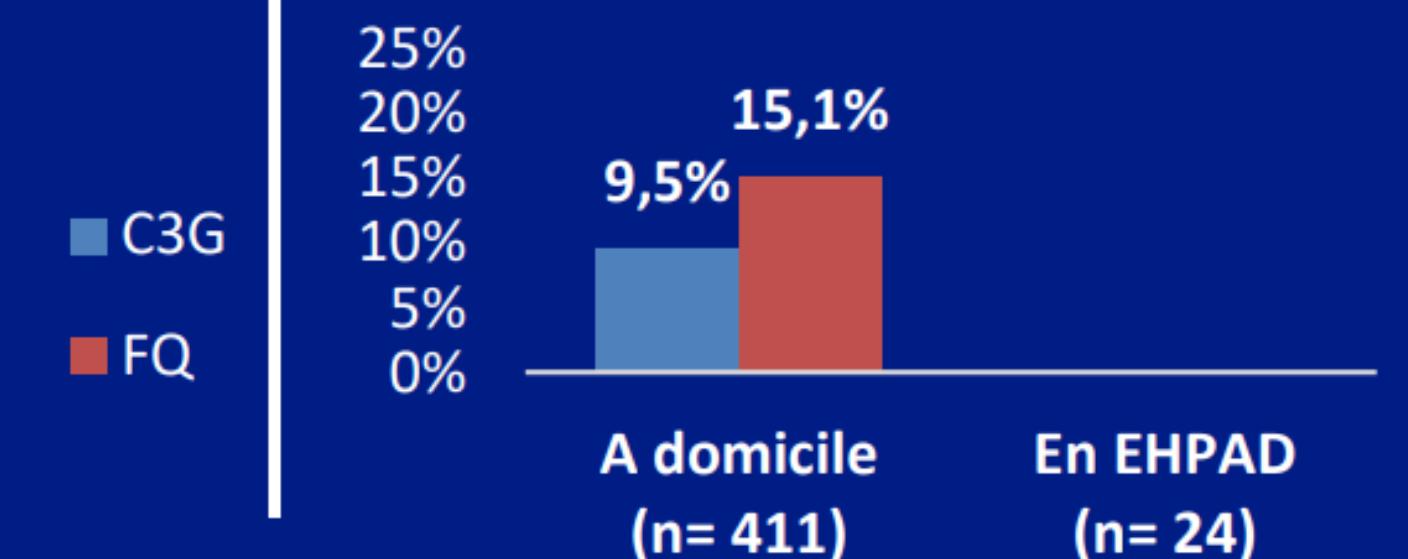


SELON L'HÉBERGEMENT ET LE  
SEXE CHEZ LES > 65 ANS

### ♀ CHEZ LES FEMMES



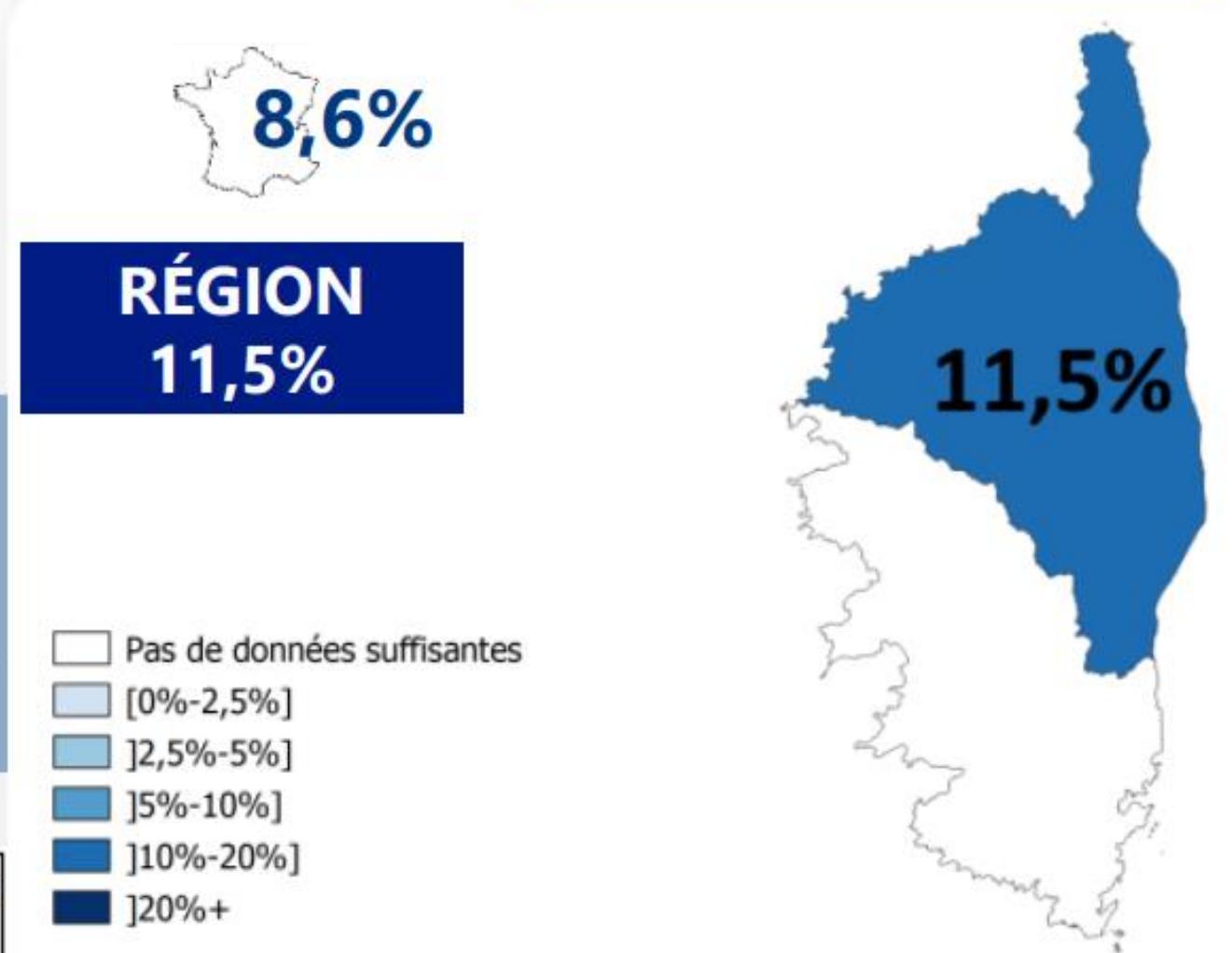
### ♂ CHEZ LES HOMMES



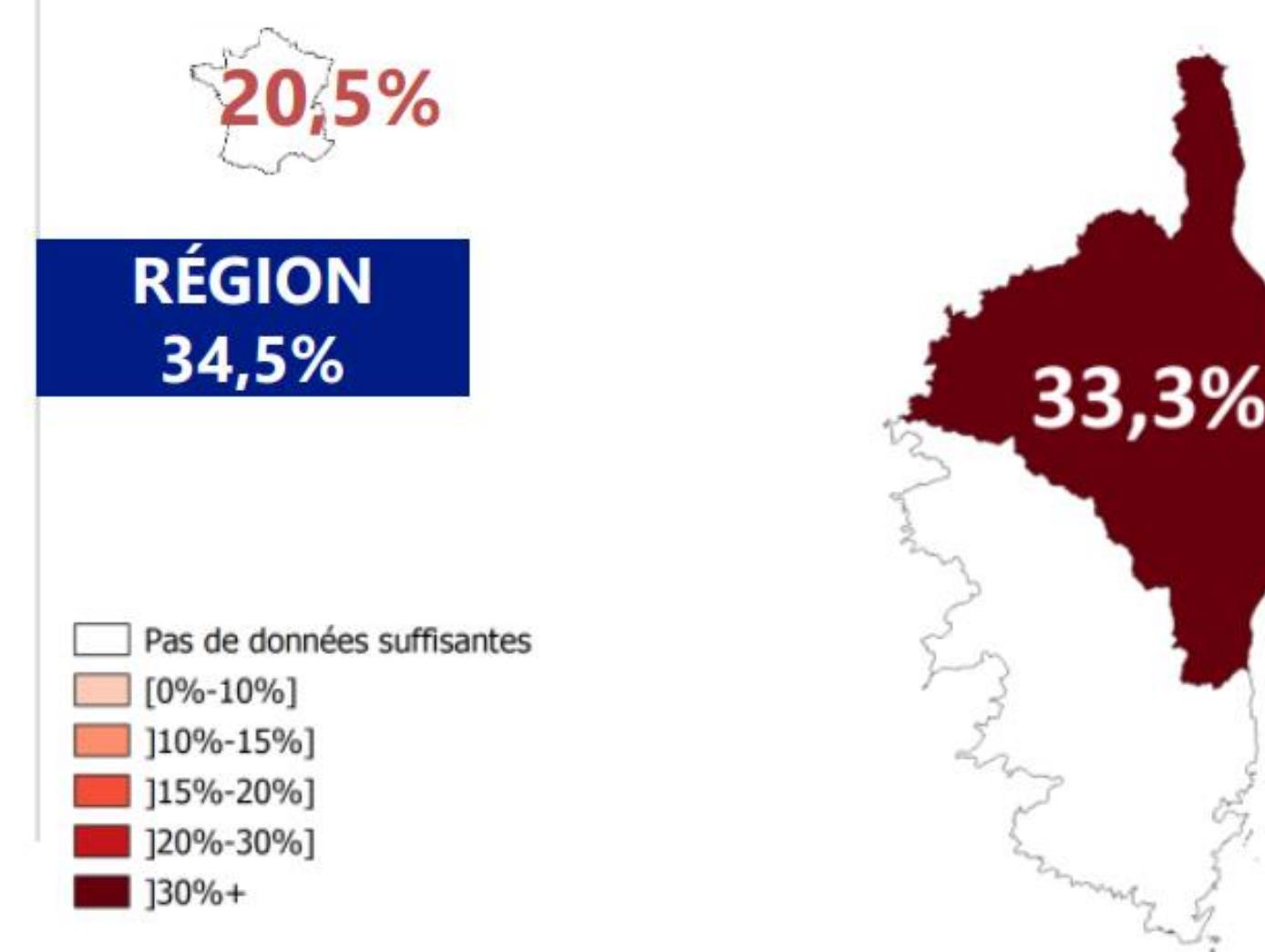
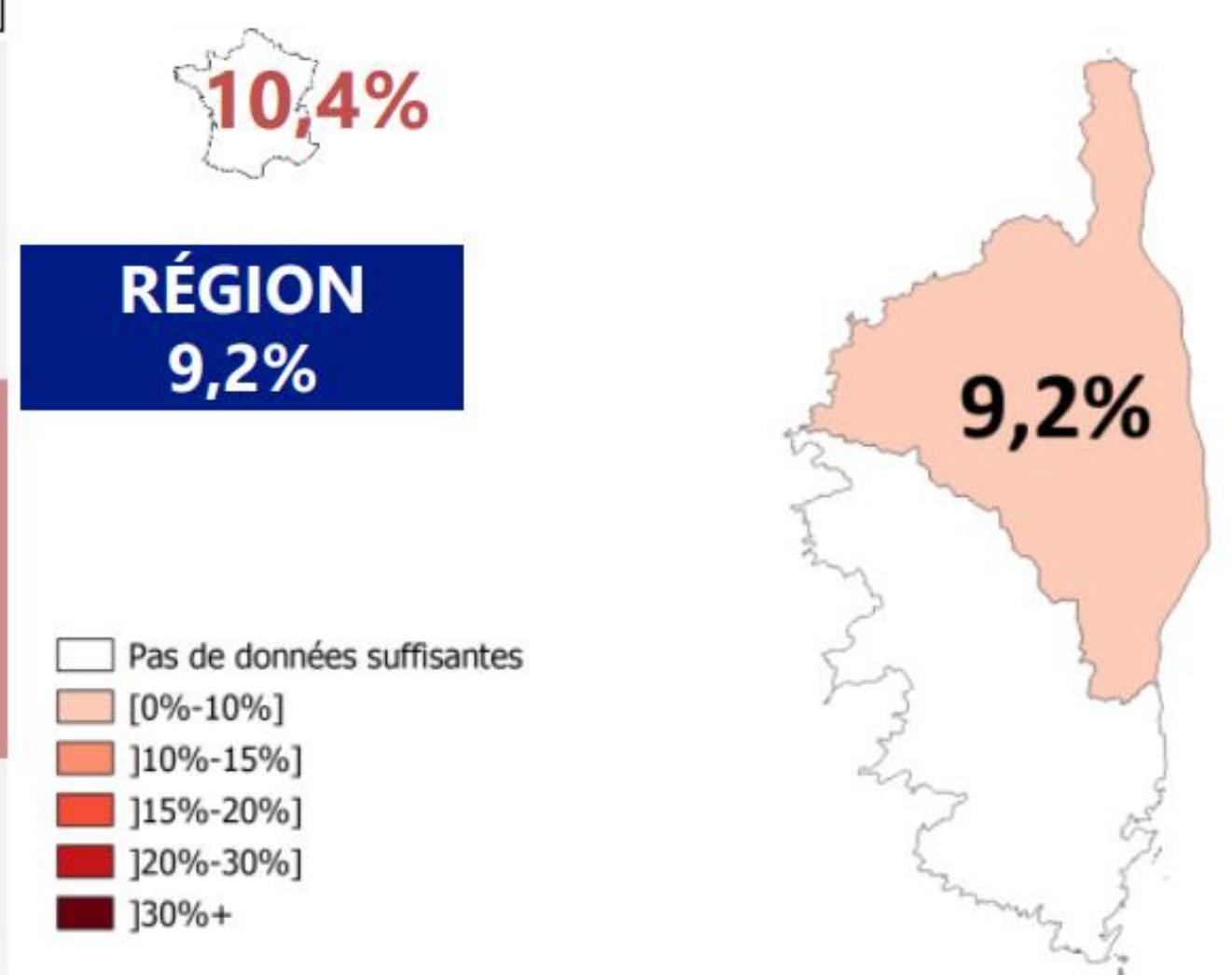
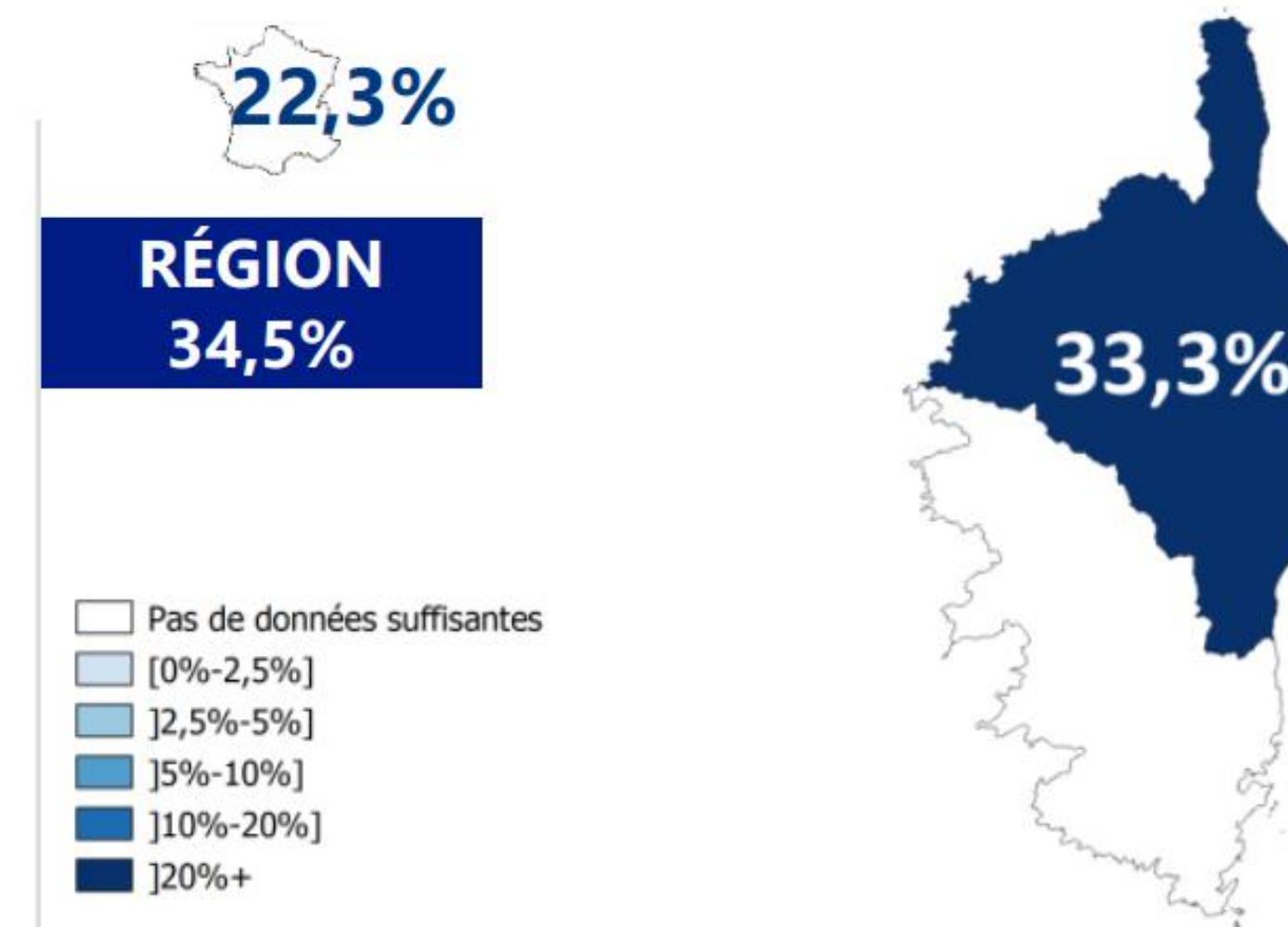
# RÉSISTANCES OBSERVÉES

## *Klebsiella pneumoniae* (urines)

### À DOMICILE



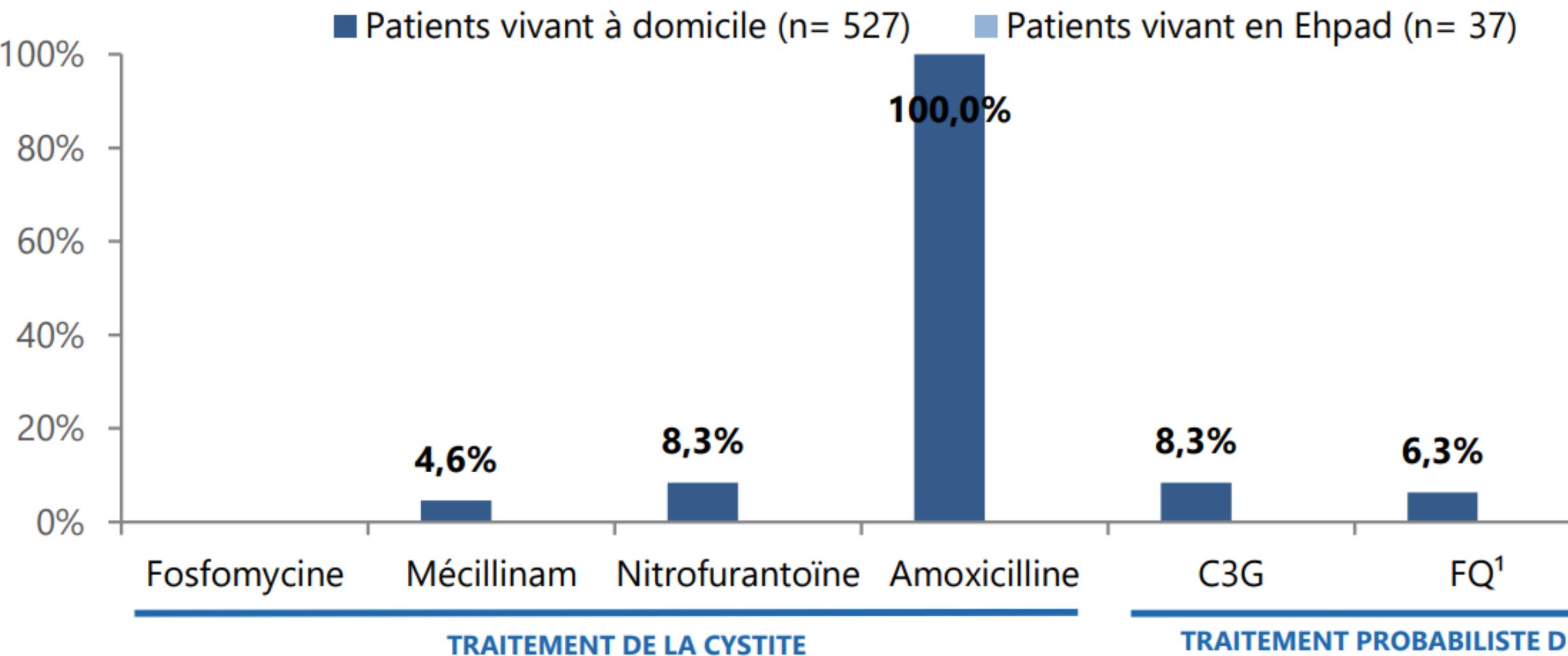
### EN EHPAD



## RÉSISTANCES OBSERVÉES

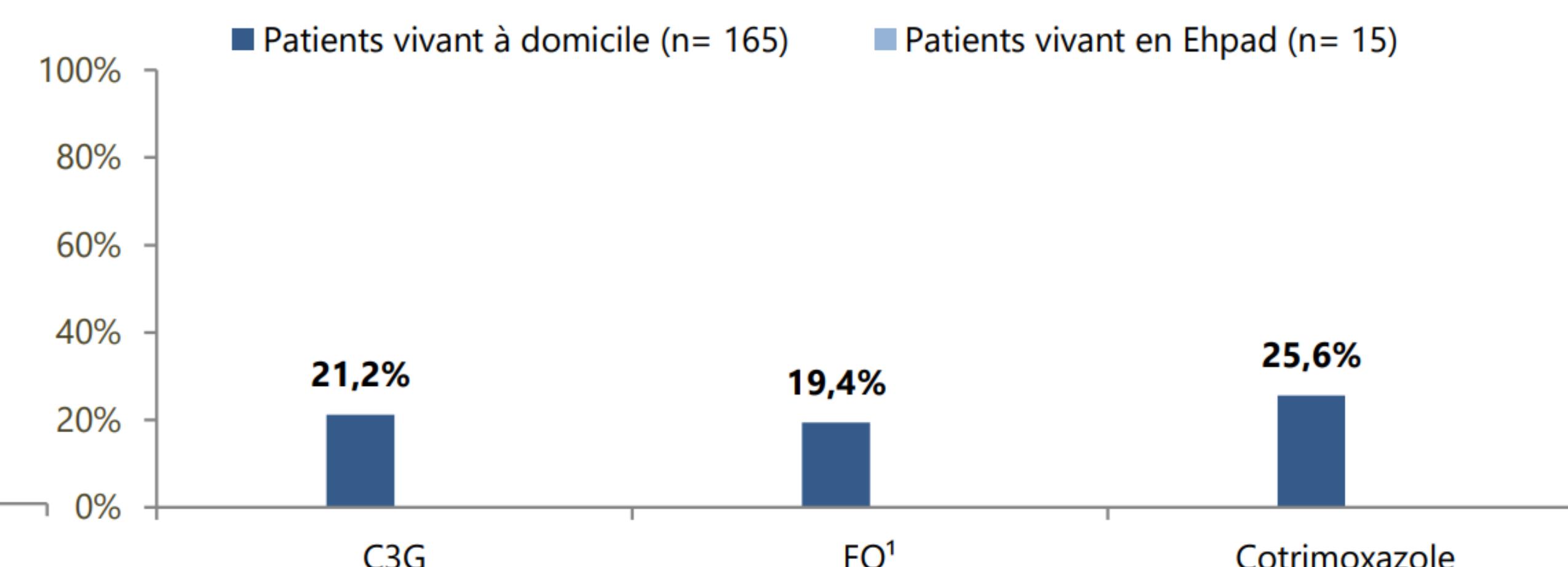
### *Klebsiella pneumoniae* (urines)

#### CHEZ LA FEMME



- Amoxicilline : résistance naturelle

#### CHEZ L'HOMME



- C3G à privilégier en probabiliste sur les formes graves
- Pour les FQ, prévenir le patient des effets indésirables ([note Ansm d'août 2023](#))
- Cotrimoxazole : bonne efficacité clinique en cas de sensibilité de la bactérie

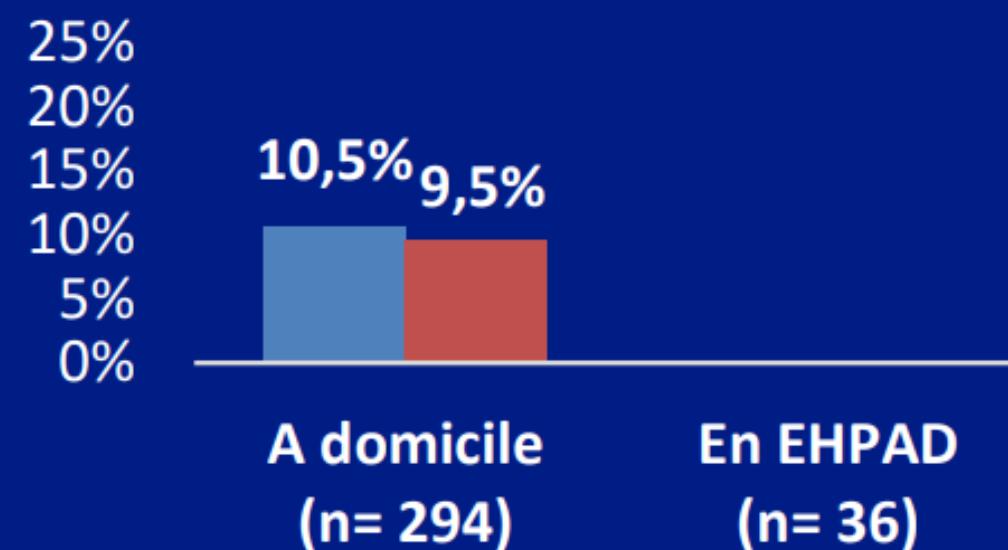
<sup>1</sup> Eviter les FQ en probabiliste si prescrites dans les 6 derniers mois

<sup>2</sup> C3G et FQ : utilisation réservée aux pyélonéphrites, le relais par une autre molécule est à adapter selon l'antibiogramme

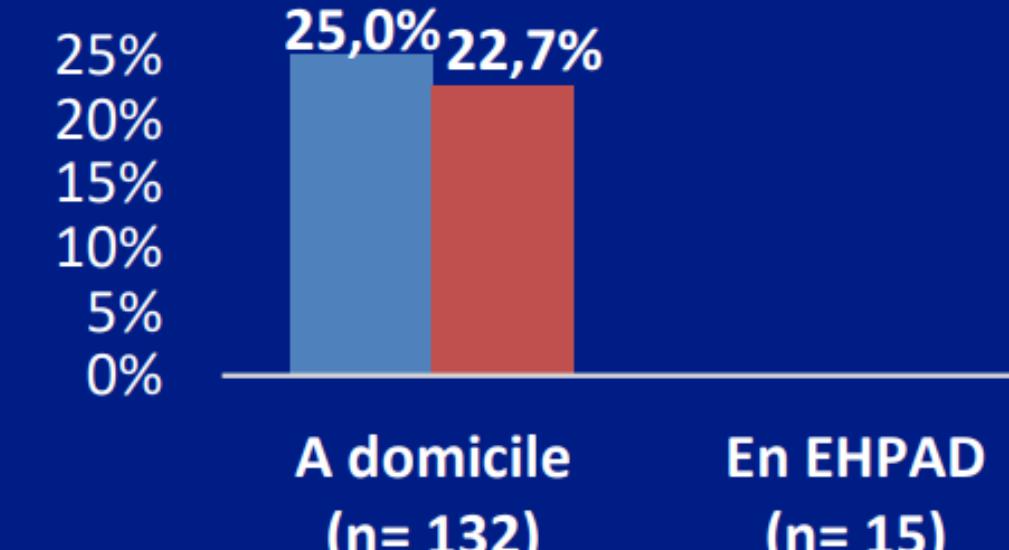


SELON L'HÉBERGEMENT ET LE SEXE CHEZ LES > 65 ANS

#### ♀ CHEZ LES FEMMES



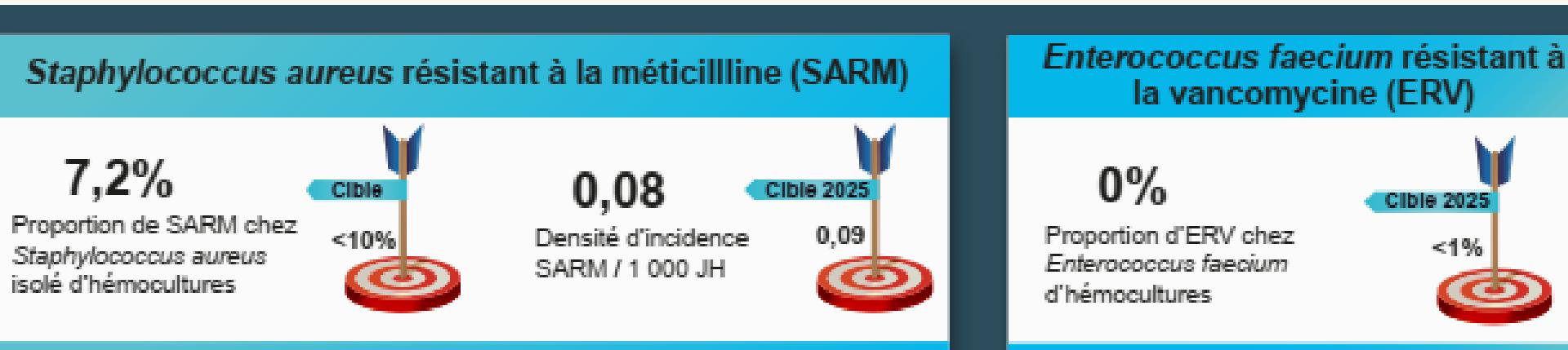
#### ♂ CHEZ LES HOMMES



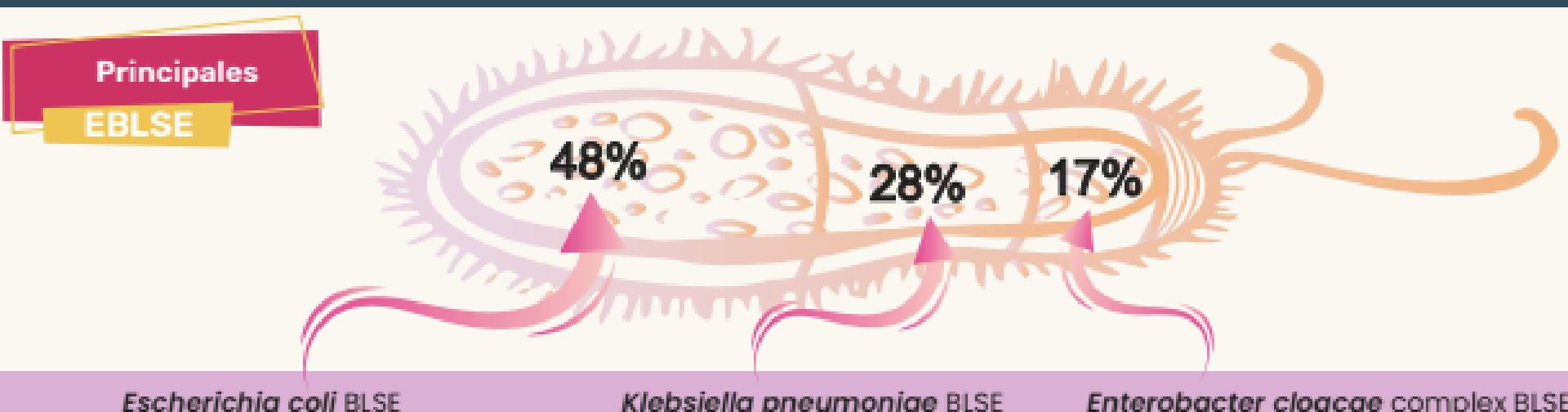
# SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DE L'ANTIBIORÉSISTANCE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (SPARES)

## Points clés 2024 en Corse

### Résistance bactérienne aux antibiotiques en 2024 dans 6 établissements



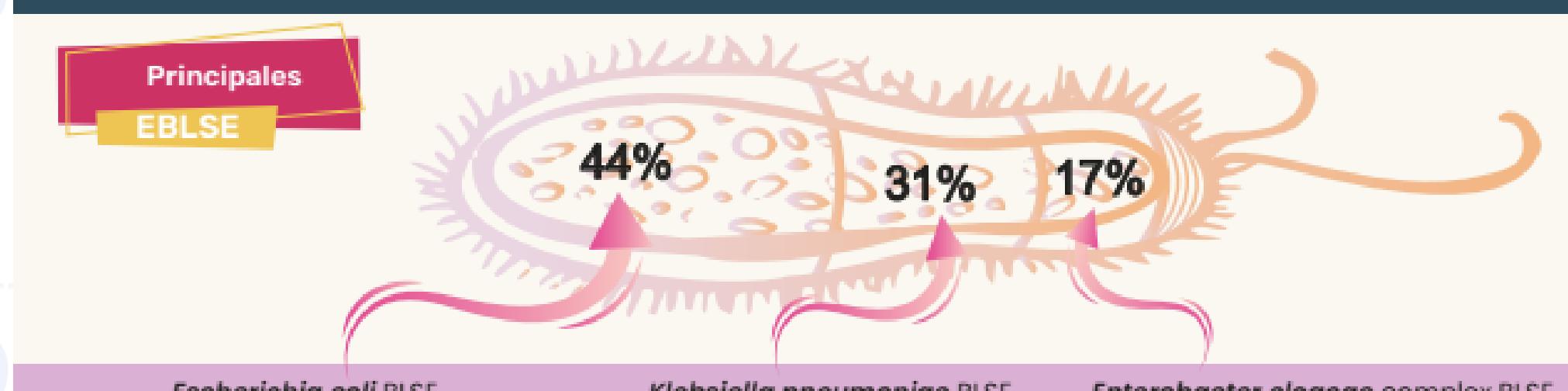
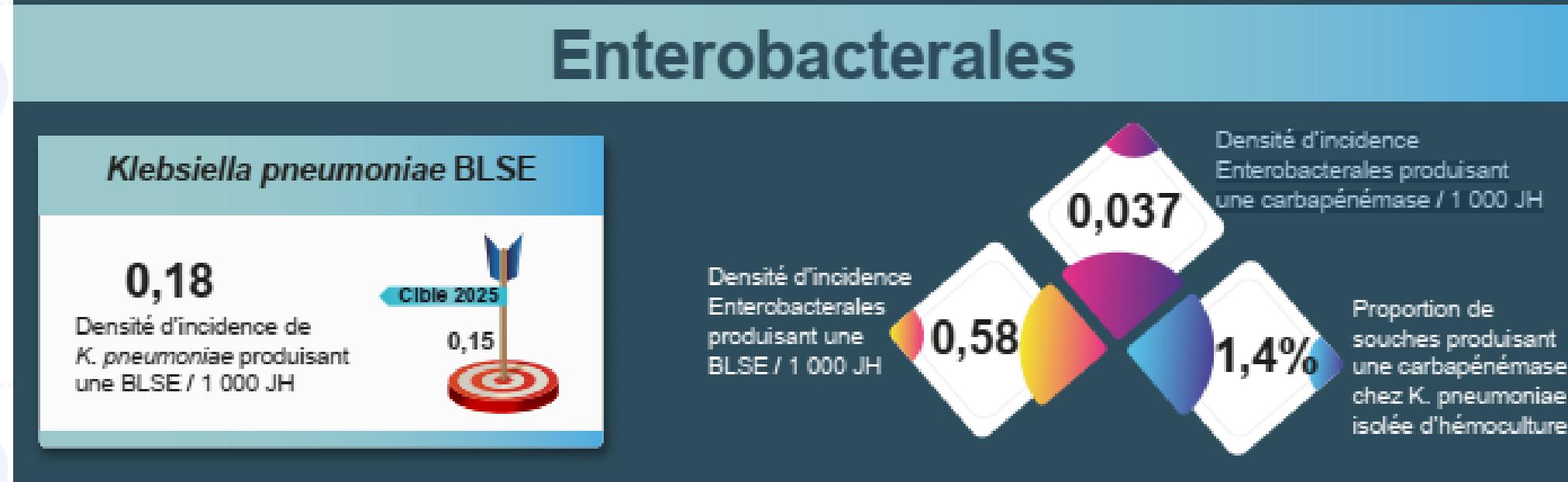
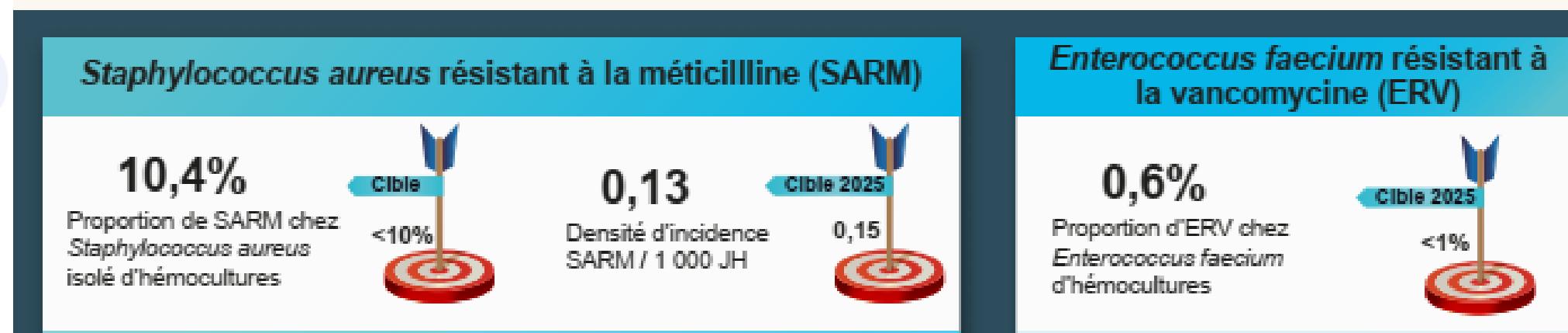
### Enterobacteriales



# SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DE L'ANTIBIORÉSISTANCE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (SPARES)

## Points clés 2024 en France

### Résistance bactérienne aux antibiotiques en 2024 dans 1 059 établissements



# SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DE L'ANTIBIORÉSISTANCE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (SPARES)

## Points clés 2024 en Corse

### CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES EN 2024 DANS 7 ÉTABLISSEMENTS

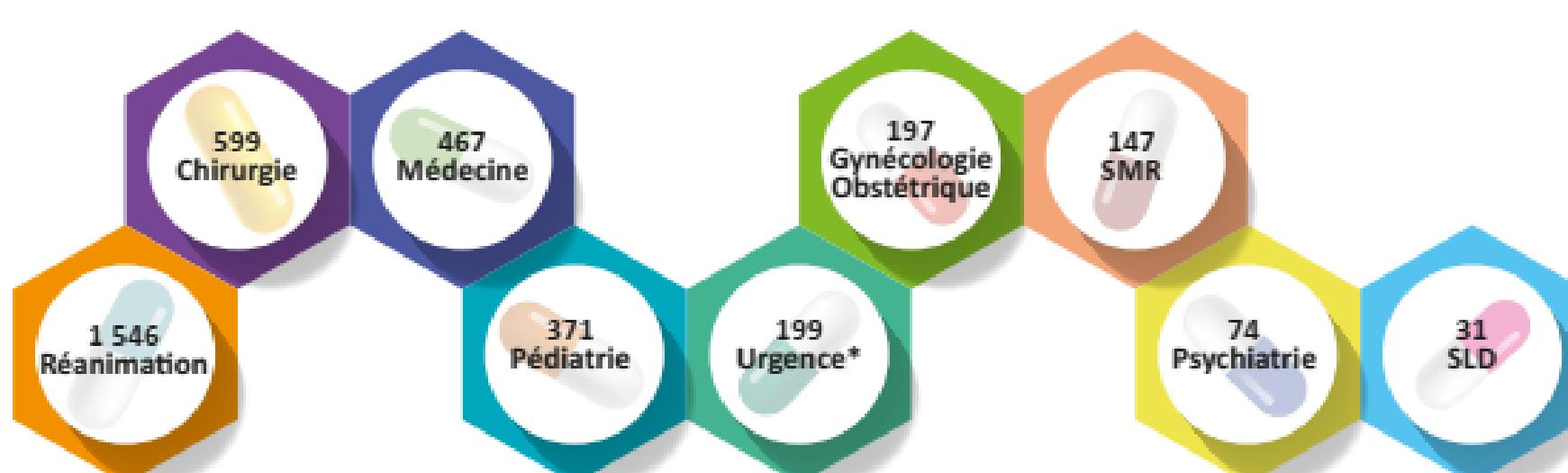
CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES EN NOMBRE DE DOSES DÉFINIES JOURNALIÈRES (DDJ)

POUR 1 000 JOURNÉES D'HOSPITALISATION (JH)

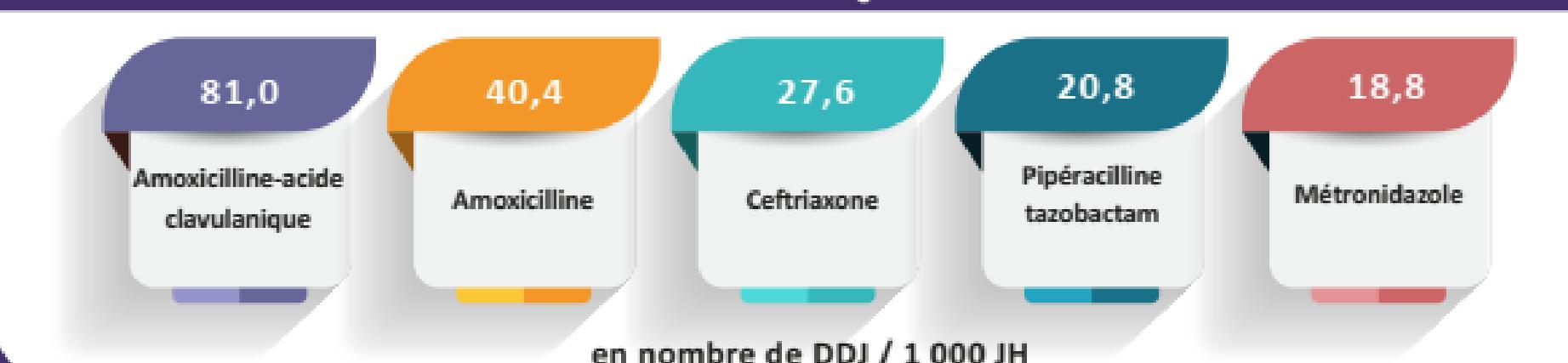
Consommation globale ➤ 344,6

Cible  
206

### CONSOMMATION PAR TYPE D'ACTIVITÉ



### TOP 5 DES ANTIBIOTIQUES CONSUMMÉS



### INDICATEURS

#### Indicateur ECDC\*

Part d'antibiotiques à large spectre

38,1%

\*European Centre for Disease Prevention and Control

#### Indicateur SPILF\*

Antibiotiques à utilisation préférentielle

63,6%

Antibiotiques à indications restreintes, ayant un impact plus important sur la résistance

34,2%

Antibiotiques réservés pour préserver leur efficacité

2,2%

\*Société de pathologie infectieuse de langue française

# SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DE L'ANTIBIORÉSISTANCE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (SPARES)

## Points clés 2024 en France

### CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES EN 2024 DANS 1 392 ÉTABLISSEMENTS

CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES EN NOMBRE DE DOSES DÉFINIES JOURNALIÈRES (DDJ)

POUR 1 000 JOURNÉES D'HOSPITALISATION (JH)

Consommation globale ➤ 321,9

Cible  
257

### CONSOMMATION PAR TYPE D'ACTIVITÉ



### TOP 5 DES ANTIBIOTIQUES CONSUMMÉS



### INDICATEURS

#### Indicateur ECDC\*

Part d'antibiotiques à large spectre

35,4%

\*European Centre for Disease Prevention and Control

#### Indicateur SPILF\*

Antibiotiques à utilisation préférentielle

65,3%

Antibiotiques à indications restreintes, ayant un impact plus important sur la résistance

32,3%

Antibiotiques réservés pour préserver leur efficacité

2,4%

\*Société de pathologie infectieuse de langue française

# Webinaire

## « Infections respiratoires en période hivernale: entre prévention et thérapeutique »