

# **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*

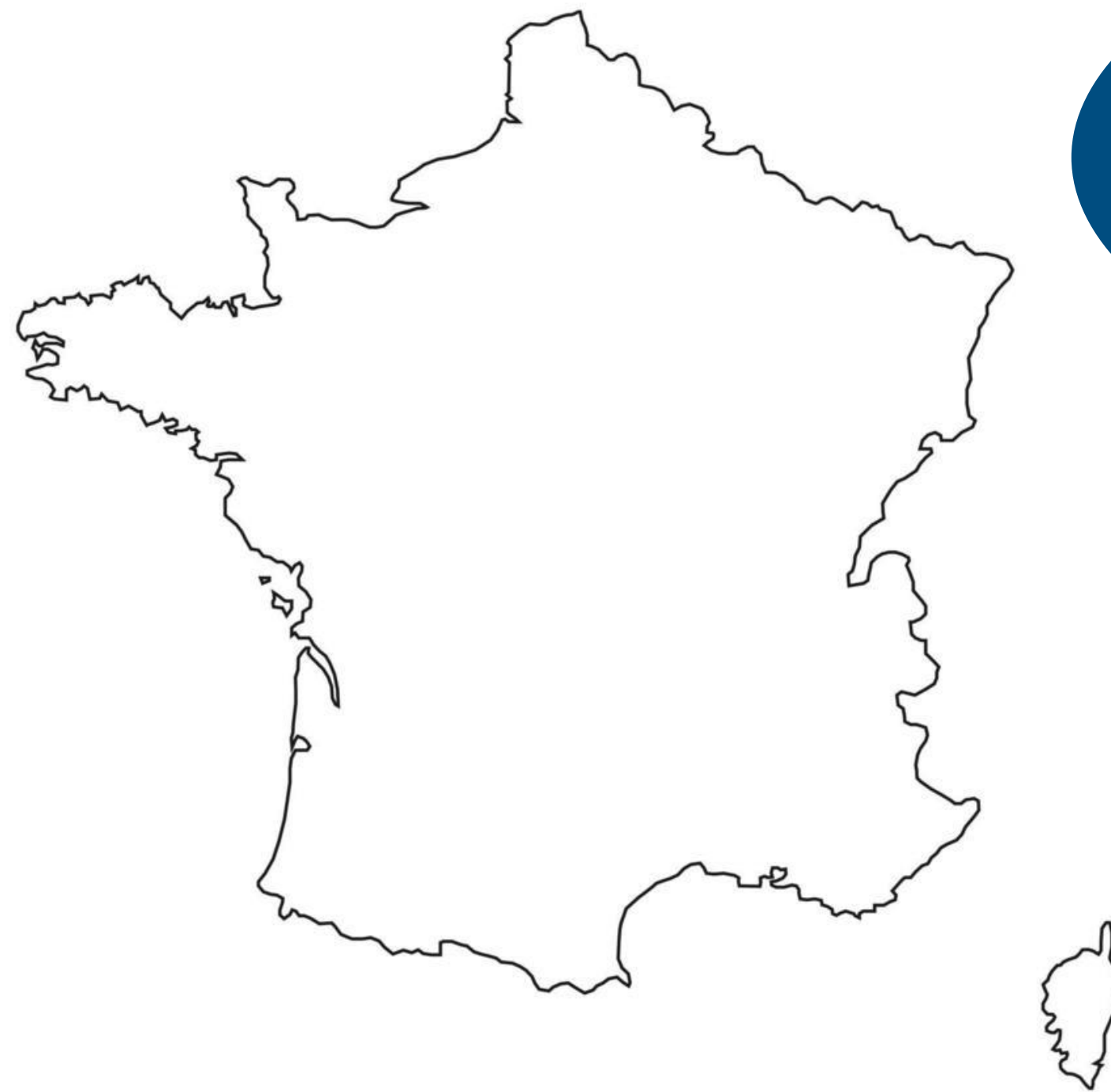
# SOMMAIRE

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

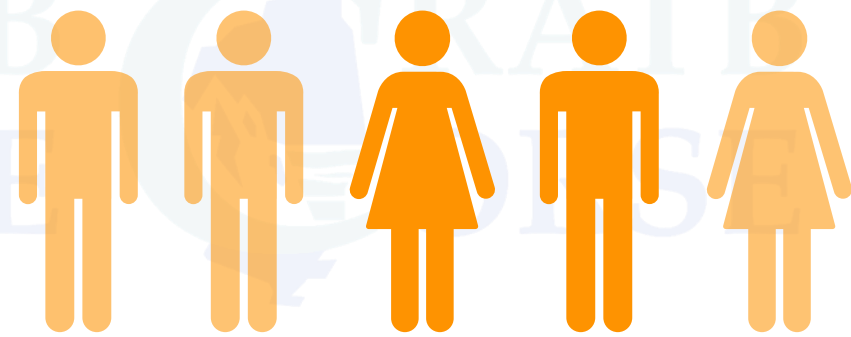


**En France, la grippe saisonnière touche chaque année entre 2 et 6 millions de personnes.**

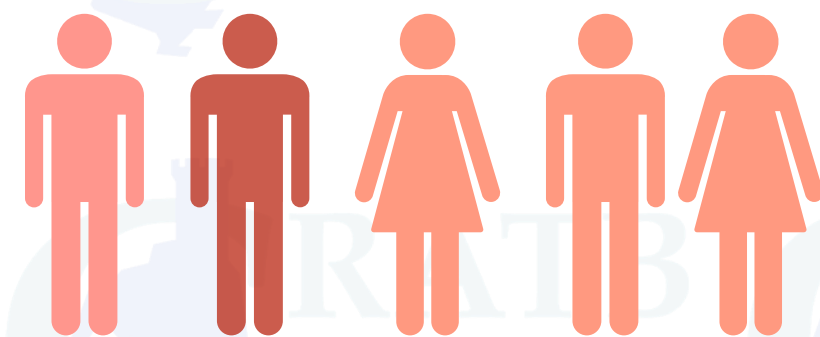
**Surinfections bactériennes peuvent toucher jusqu'à 10-15% des personnes ayant contracté la grippe**

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

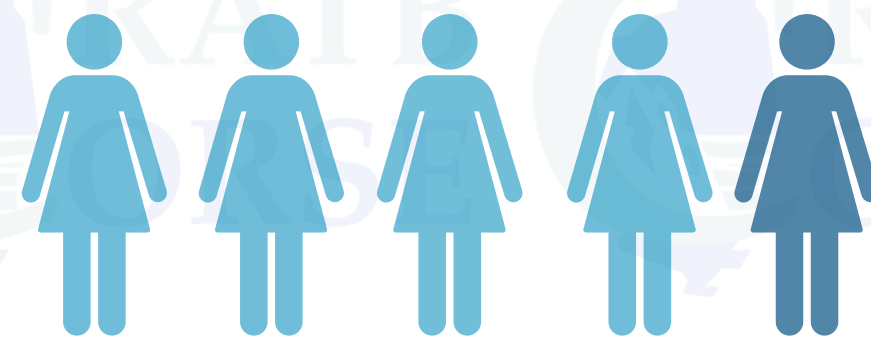
## Couverture vaccinale en France et enjeux



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

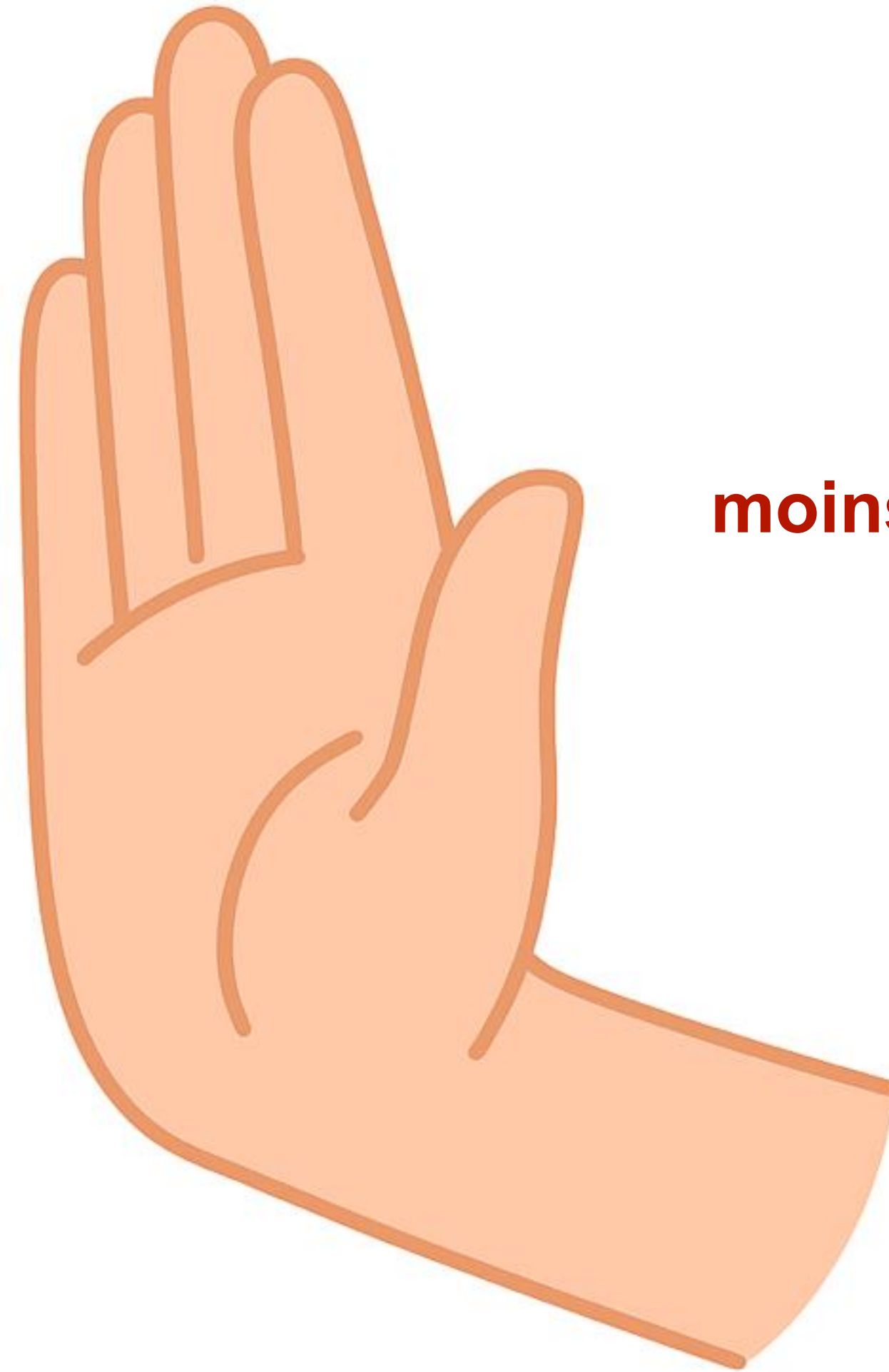
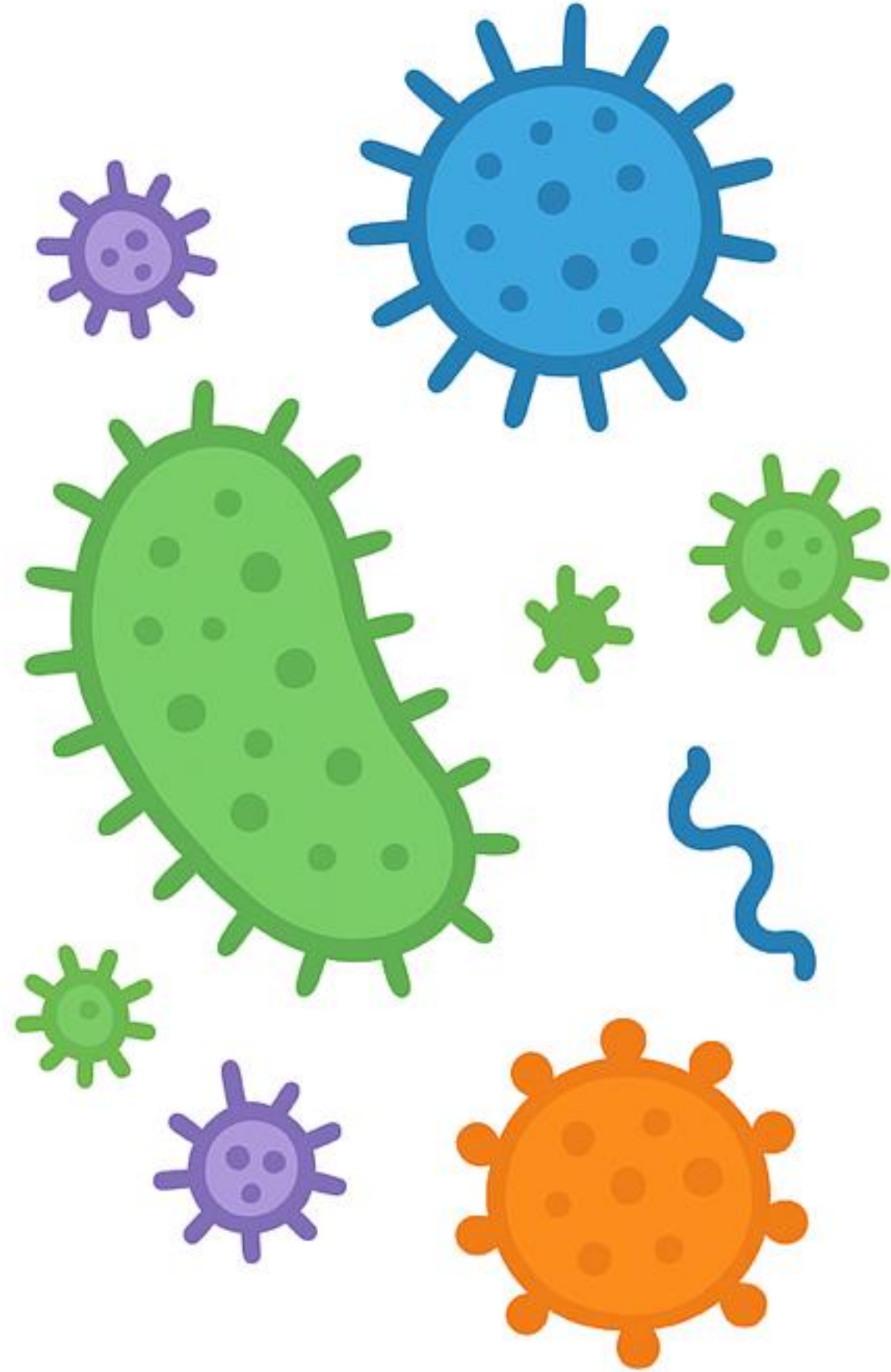


**UNE PERSONNES SUR CINQ**  
du personnel soignant



**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)

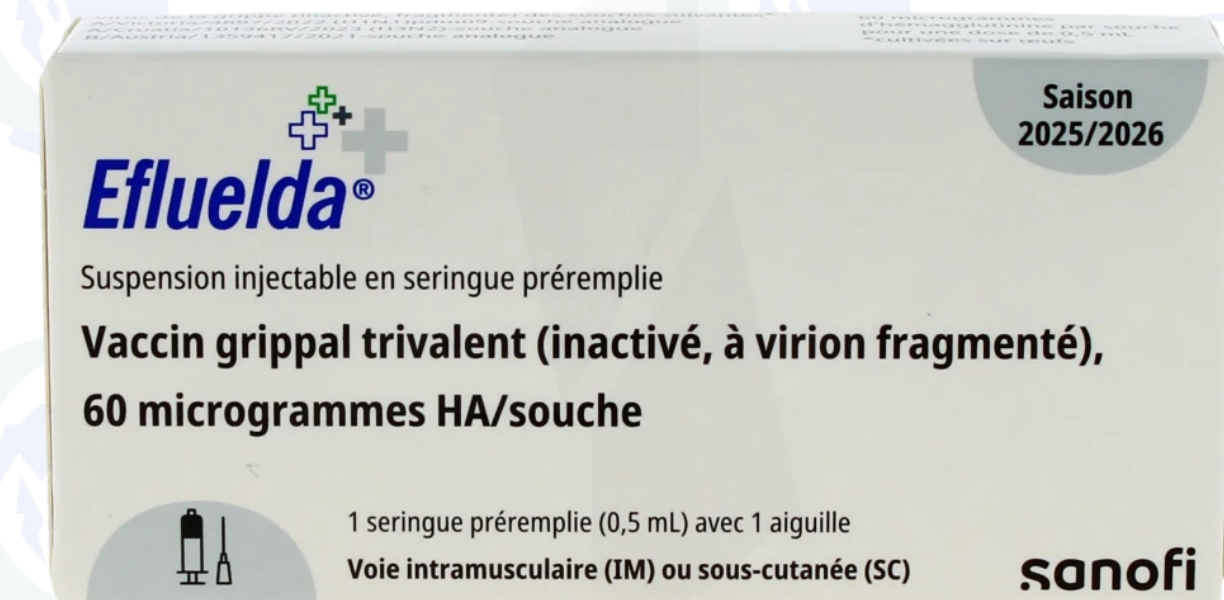
vaccin trivalent, pour enfants à partir de 2 ans et adultes, **pas de protéine d'oeuf** (culture cellulaire reins de chien), commercialisé en France depuis 2021



## 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)	A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09; A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2); B/Austria/1359417/2021 (lignée B/Victoria)	A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09; A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2); B/Austria/1359417/2021 (lignée B/Victoria)	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®, <i>Pfizer/BioNTech</i>	Spikevax®, <i>Moderna</i>	Vaxzevria®, <i>AstraZeneca</i>	Jcovden®, <i>Johnson&amp;Johnson/Janssen</i>	Nuvaxovid®, <i>Novavax</i>
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

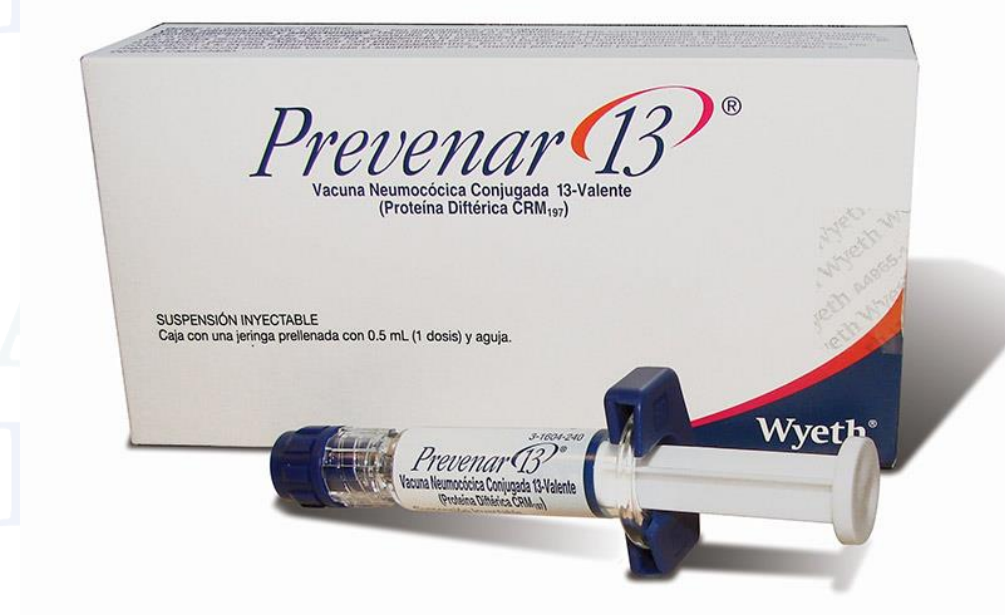
Abrysvo®, Pfizer	Arexvy®, GSK	mRESVIA®, Moderna
Vaccin à protéine recombinante bivalente « pré-F » (pré-fusion de la protéine F du VRS) pour les sous-types A et B	Vaccin à protéine recombinante adjuvant (AS01) à base de protéine F du VRS (non ARNm)	Vaccin à ARNm codant la protéine F pré-fusion du VRS
Adultes ≥ 60 ans (et extension vers ≥ 18 ans dans l'UE)	Adultes ≥ 60 ans (et extension possible 50-59 ans à risque)	Adultes ≥ 60 ans (et potentiellement extension) selon les autorisations
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saison 1 : ~ 88,9 % avec ≥3 symptômes chez ≥ 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 ≥3 symptômes chez ≥ 60 ans.</li> <li>- Suivi prolongé (8.6 mois) : ~ 63,3 % efficacité ≥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)

The background of the slide features a repeating pattern of the RATB CORSE logo. Each logo consists of a stylized blue chess knight (horse) facing left, positioned above the text 'RATB' and 'CORSE' in a blue, sans-serif font. The logos are arranged in a grid across the entire slide.

# Vaccination contre les pneumocoques: quoi de neuf?



## Arrivée d'un nouveau vaccin: Prevenar 20



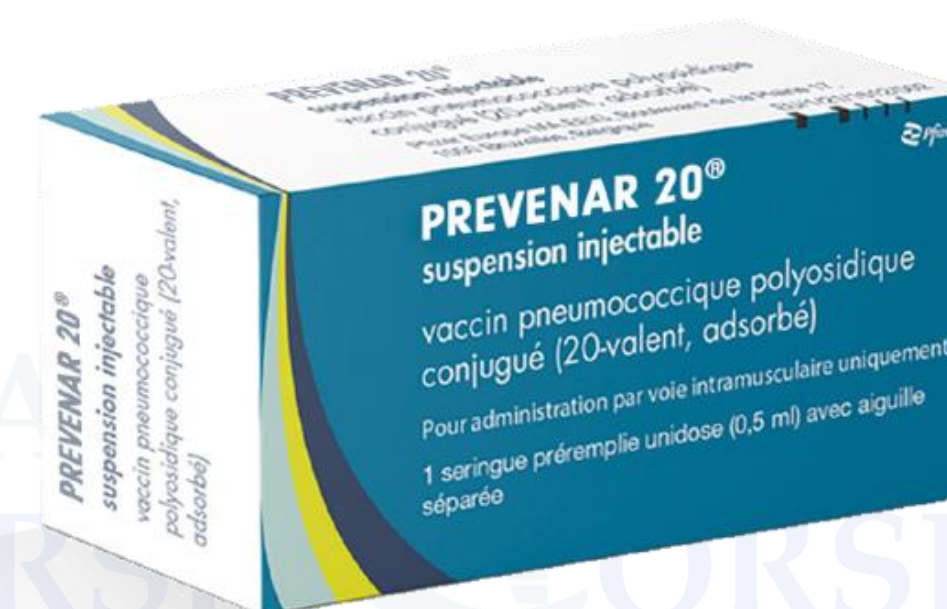
**Prevenar13® (PCV13)**  
(48,82 euros; Pfizer)



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

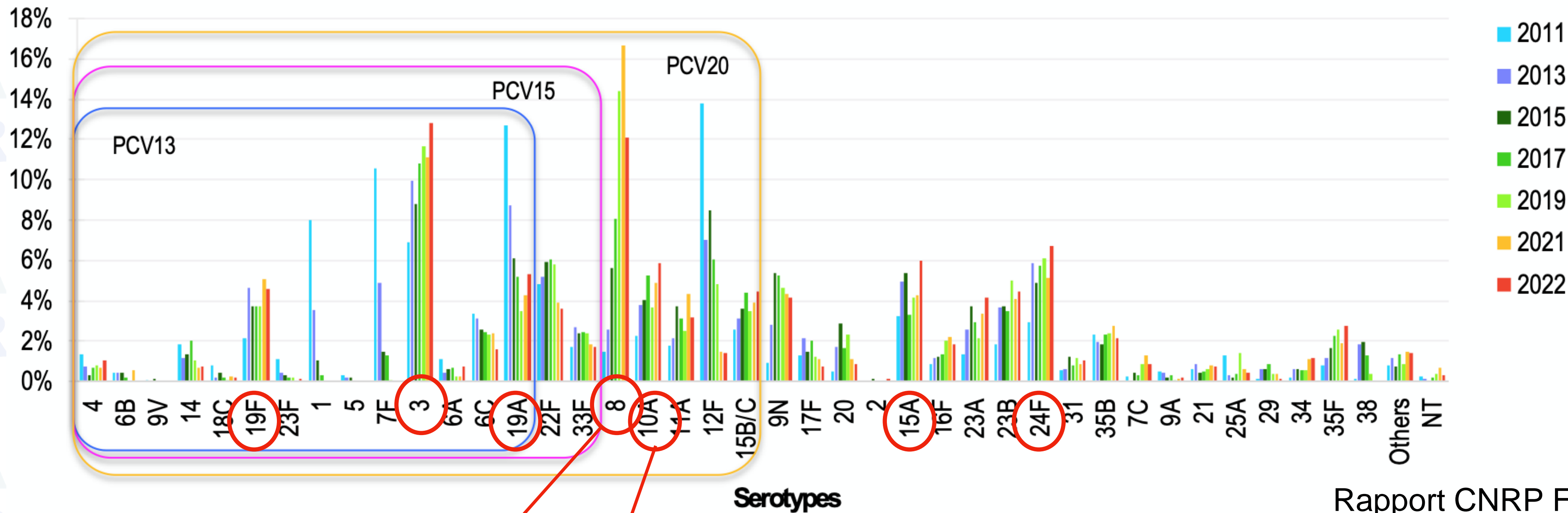


**Vaxneuvance® (PCV15)**  
(48,82 euros; MSD)



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

Quels avantages avec le Prevenar 20



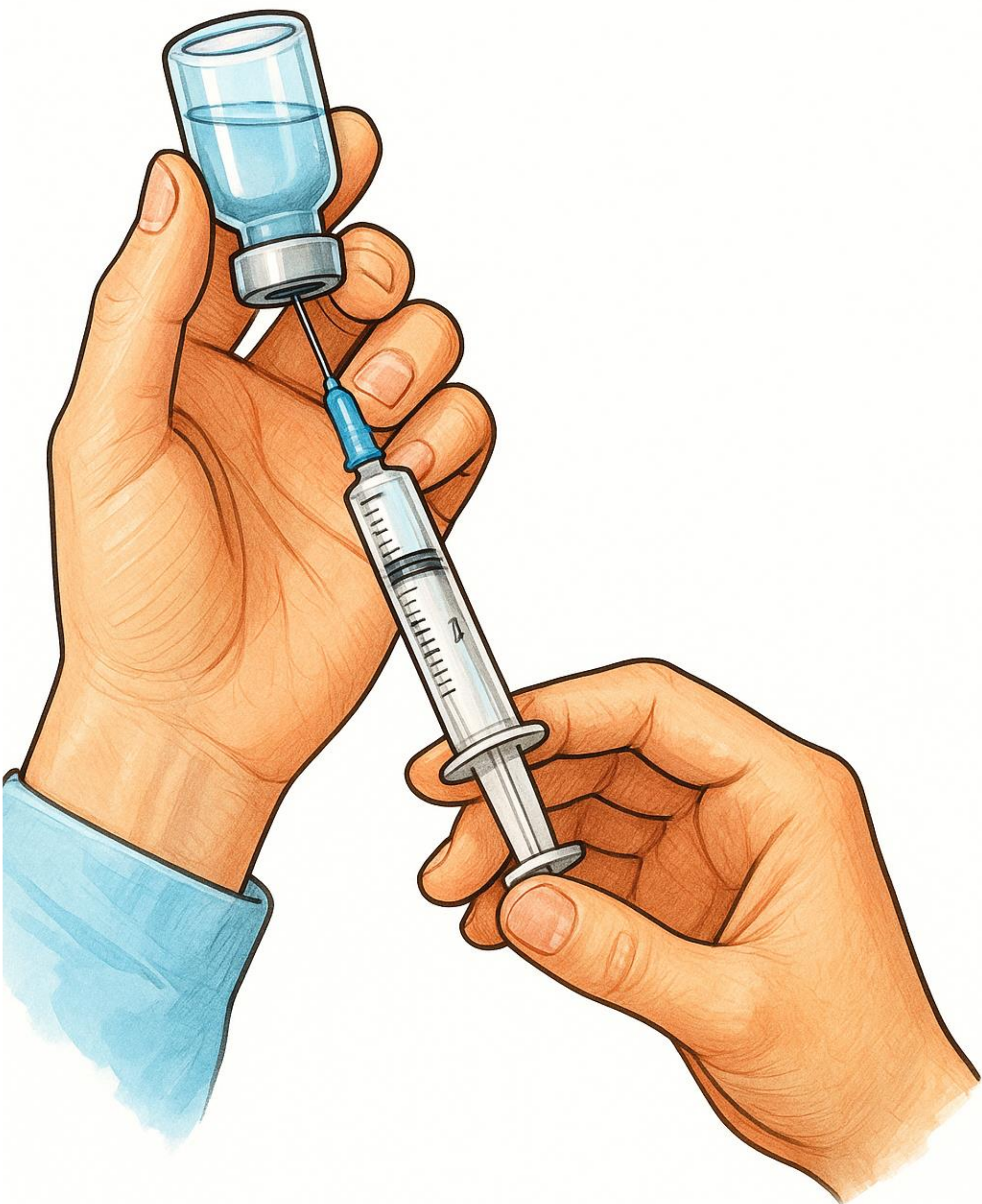
Vaccin	Sérotype																																									
	1	2	3	4	5	6A	6B	7C	7 F	8	9A	9N	9V	10A	11A	12 F	14	15A	15B	15C	16 F	17 F	18C	19A	19 F	20	21	22 F	23A	23B	23 F	24 F	25A	29	31	33 F	34	35B	35 F	38		
PCV7																																										
PPV23																																										
PCV13																																										
PCV15																																										
PCV20																																										
PCV21																																										



The background of the slide features a repeating pattern of the RATB CORSE logo. Each logo consists of a stylized blue silhouette of Corsica within a circle, followed by the text 'RATB' in a bold, sans-serif font and 'CORSE' in a smaller, all-caps, sans-serif font below it.

# Vaccination contre les infections hivernales: administration simultanée?





**Administration simultanée de plusieurs vaccins inactivés  
est possibles 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

**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





# 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

## 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.

MOINS DE 5%  
DES PATIENTS  
DIABÉTIQUES  
SONT VACCINÉS





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  
d'information Prevaccor

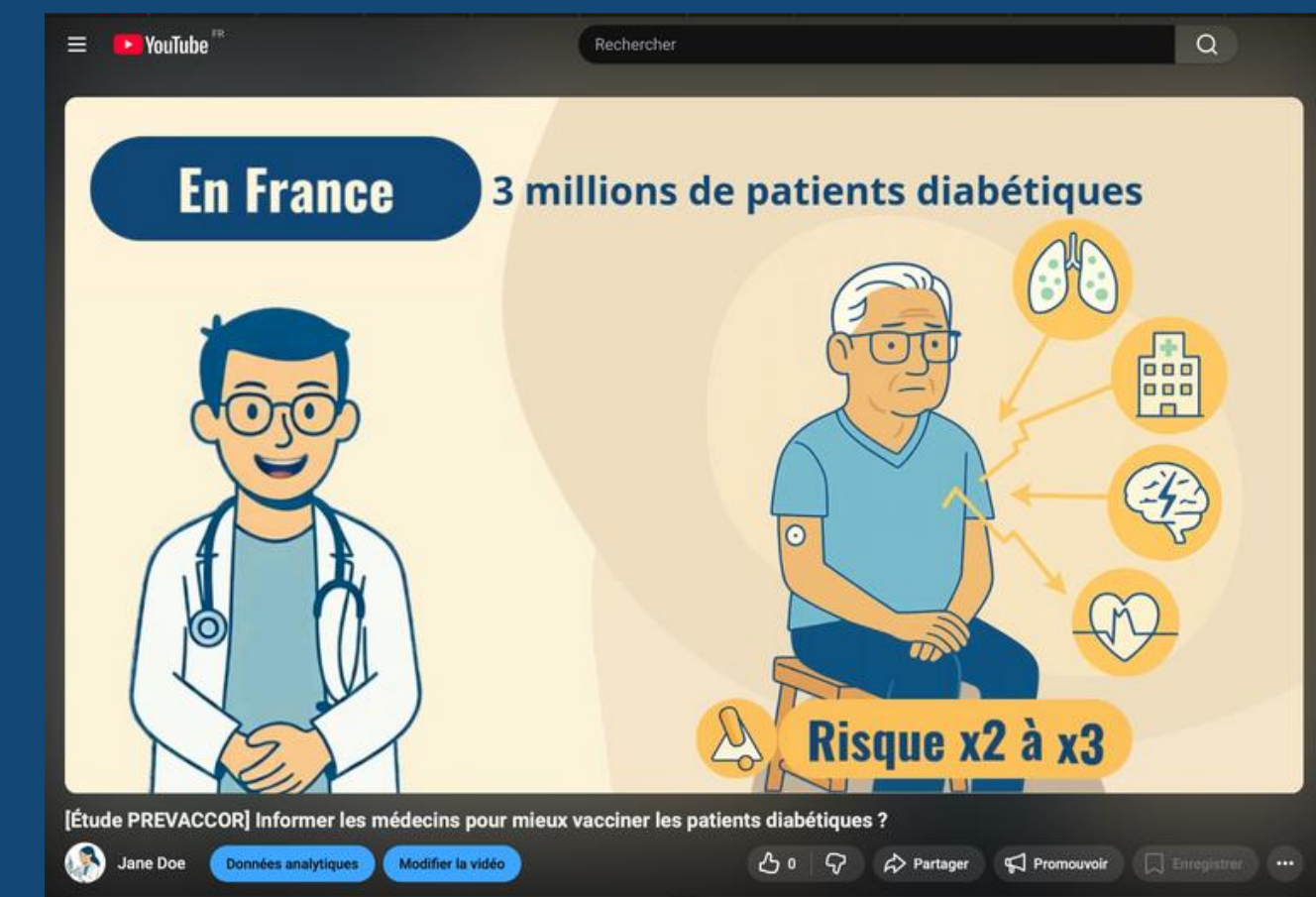
- Rappel des dernières recommandations vaccinales
- QR code ou lien vers un questionnaire d'entrée



## [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 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







# 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







# 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



## Analyse & suivi

À 3 mois :

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





# **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-pneumococcique
- 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*



## ARTICLE IN PRESS

JID: MMIFMC

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

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



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

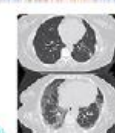
ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



### RECOMMENDATIONS

#### Actualisation d

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

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

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



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

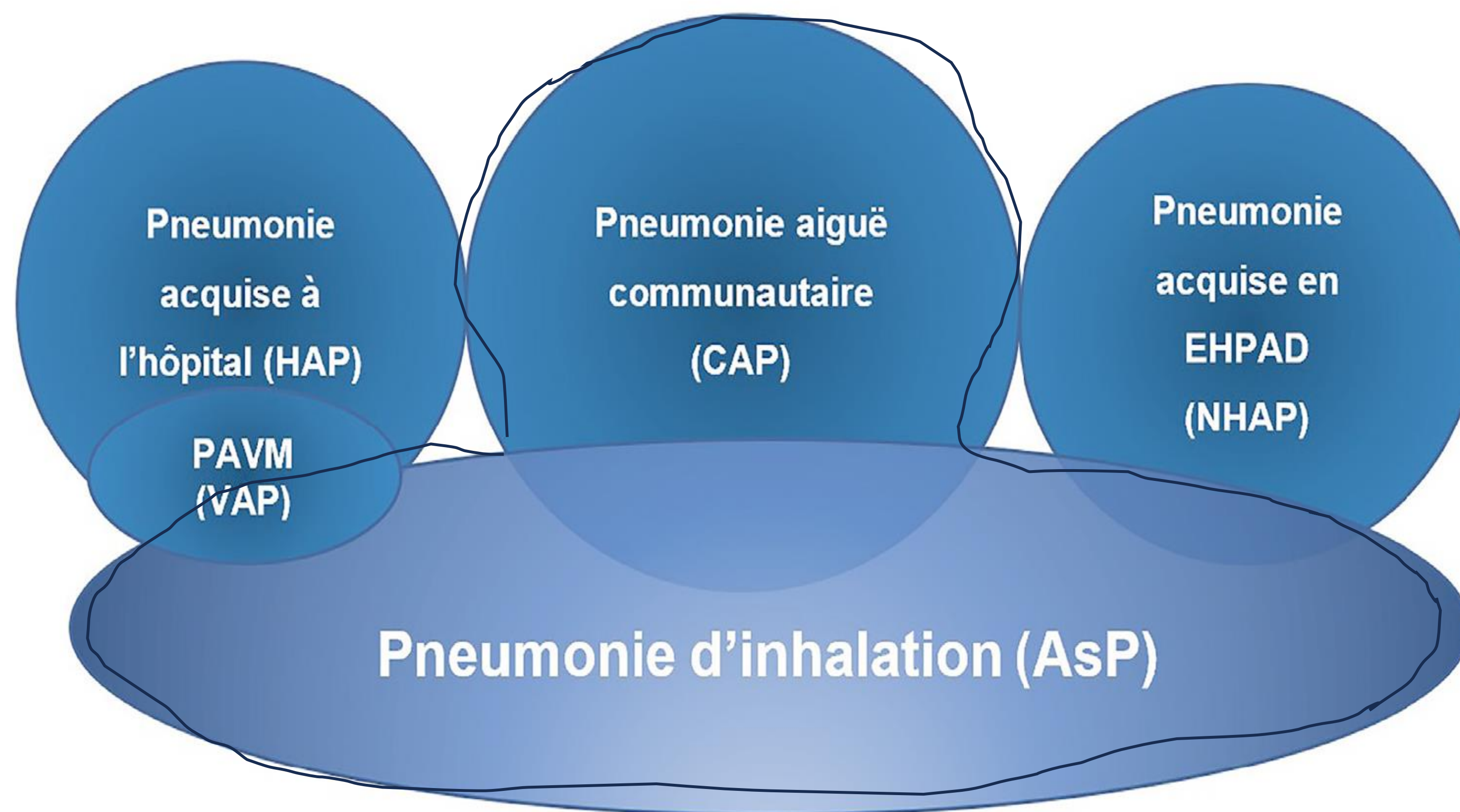
Elsevier Masson

**Premières recommandations pour cette entité !**

**Recommandations 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 bêtalactamine 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 bêtalactamines 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 bêtalactamine 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 bêtalactamines 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

	Premier choix <i>privilégier le traitement efficace sur S.pneumoniae</i>	Echec à 48 h
<b>Sujet présumé sain, sans signe de gravité</b> <i>Suspicion de pneumocoque (début brutal)</i>	<b>Amoxicilline</b>	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou téli-thromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>
<i>Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques »<sup>3</sup></i>	Amoxicilline	FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou téli-thromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>
	ou pristinamycine ou téli-thromycine <sup>2</sup>	<b>Hospitalisation/réévaluation diagnostique et thérapeutique**</b>
<i>Suspicion de bactéries « atypiques »<sup>3</sup></i>	Macrolide	Amoxicilline ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou téli-thromycine <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 téli-thromycine 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

	Premier choix	Echec à 48 h
<b>Arguments en faveur du pneumocoque</b> (pneumocoque fortement suspecté ou documenté) <sup>4</sup> <i>Sujet jeune, sujet âgé ou sujet avec co-morbidité(s)</i>	<b>Amoxicilline</b>	<b>Réévaluation</b>
<b>Pas d'argument en faveur du pneumocoque</b>	<b>Premier choix</b>	<b>Echec des Bêta-lactamines à 48 h</b>
<i>Sujet jeune</i>	Amoxicilline	Association à un macrolide ou substitution par FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> <b>Réévaluation</b>
	ou pristinamycine ou téli-thromycine <sup>2</sup>	
<i>Sujet âgé*</i> <i>Sujet avec co-morbidité(s)</i>	Amoxicilline/acide clavulanique ou céfotaxime ou ceftriaxone ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup>	Association à un macrolide ou substitution par FQAP (lévofloxacine) <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
<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
<b>Réévaluation à 72 h</b>		

\* cf. Tableau 3.  
NB : La lévofloxacine est indiquée uniquement si allergie grave aux bêta-lactamines et pas d'autre possibilité thérapeutique.

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

	1 <sup>er</sup> choix	Alternative
<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*
<b>Réévaluation à 72 h</b>		

Réévaluation à 72 h et désescalade en fonction de l'évolution clinique et des examens microbiologiques.  
\* Lévofloxacine : uniquement si allergie grave aux bêta-lactamines 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

	<u>Premier choix</u> privilégier le traitement efficace sur <i>S.pneumoniae</i>	<del>2<sup>e</sup> choix</del>
<b>Sujet présumé sain, sans signe de gravité</b>		
Suspicion de pneumocoque (début brutal)	Amoxicilline	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou téliithromycine <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 ou téliithromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>
	ou pristinamycine ou téliithromycine <sup>2</sup>	<b>Hospitalisation/réévaluation diagnostique et thérapeutique</b>
Suspicion de bactéries « atypiques » <sup>3</sup>	Macrolide	Amoxicilline ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou téliithromycine <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 céftriaxone	

\* IV, IM ou SC, si voie orale impossible  
\*\* Hospitalisation : la pristinamycine et la téliithromycine sont indiquées sur le pneumocoque et les bactéries atypiques, leur échec doit conduire à une réévaluation diagnostique et thérapeutique

**Changements : restriction des quinolones aux allergies graves aux bêta-lactamines et contre-indication des macrolides, réévaluation à 72h et plus 48-72h, amoxicilline-clavulanate systématique si comorbidité(s), pristinamycine proscrite si patient-e hospitalisé-e**

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

\* y compris en institution

2025

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

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

Réévaluation à 72 h

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

	1 <sup>er</sup> choix	Alternative
<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 bêtalactamines 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/ triméthoprim 160 mg	> 30 ml/min	800 mg de sulfamethoxazole toutes les 8 h	PO
		[15-30] ml/mn	800 mg toutes les 24 h	ou
	Pipéracilline 4 g/ tazobactam 500 mg	< 15 ml/mn	800 mg toutes les 48 h	IV
<b>En cas d'échec à 72 h</b>		> 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 adapté à l'aide de l'outils en ligne ABXBMI.

<https://abxbmi.com/> [154]



# 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
1 <sup>ère</sup> intention	Amoxicilline 1 g/ acide clavulanique 125 mg	> 30 ml/min [10-30] ml/min [10-30] ml/min	1 g d'amoxicilline et 125 mg d'acide clavulanique toutes les 8 h 1 g d'amoxicilline et 125 mg d'acide clavulanique toutes les 12 h 1 g d'amoxicilline et 125 mg d'acide clavulanique toutes les 24 h	PO ou IV (si gravité)
2 <sup>e</sup> intention (si allergie ou impossibilité de PO ou IV)	Ceftriaxone 1 g ou Cefuroxime 750 mg ou Cefepime 1 g	> 30 ml/min [15-30] ml/min < 15 ml/min	800 mg de sulfamethoxazole toutes les 8 h 800 mg toutes les 24 h 800 mg toutes les 48 h	SC ou IV
3 <sup>e</sup> intention (si allergie grave aux bêta-lactamines)	Clindamycine 300 mg ou Vancomycine 1 g ou Linezolid 600 mg	> 30 ml/min [15-30] ml/min < 15 ml/min	800 mg de clindamycine toutes les 6 h 1 g de vancomycine toutes les 12 h 600 mg de linezolid toutes les 12 h	PO ou IV
En cas d'échec à 72 h	Pipéracilline 4 g/ tazobactam 500 mg	> 20 ml/min < 20 ml/min	4 g de pipéracilline et 500 mg de tazobactam toutes les 6 à 8 h 4 g de pipéracilline et 500 mg de tazobactam toutes les 12 h	IV

Pas de place pour les fluoroquinolones dans les pneumonies d'inhalation  
Ceftriaxone réservée aux allergies ou aux patient-es ne pouvant être traité-es par voie po ou IV  
Réévaluation également à H72 notamment en raison de l'évolution plus lente de la symptomatologie chez les personnes âgées



# 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 bêtalactamine)
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* sécrèteur de toxine de leucocidine de Pantou-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 empiriquement probabiliste chez les patients précédemment colonisés par au moins un facteur de risque parmi :
  - antécédent de colonisation nosocomiale ou nosocomiale n'importe quel délai [75–77]. L'origine communautaire ou nosocomiale n'importe quel délai [78,79].
  - antibiothérapie récente (< 3 mois),
  - BPCO sévère
  - brachythérapie
- Le linézolide est recommandé en traitement probabiliste chez les patients précédemment connus colonisés à SARM (Grade B-1) ;
- En l'absence de facteurs de risque d'infection à *Pseudomonas aeruginosa* ou à SARM, le traitement recommandé est identique à celui des formes sans critère de gravité (Grade B-1).



# 3 situations délicates ont été tranchées dans les recommandations 2025 sur la pneumonie d'inhalation

Ajout de métronidazole pour les bactéries anaérobies	Pneumonie d'inhalation associée aux soins	Pneumonie d'inhalation récidivant dans les 30 jours
<p>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.</p> <p>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 <i>Clostridioides difficile</i> [89].</p> <p>Enfin, des données récentes montrent un excès de mortalité favorisé par l'usage d'antibiothérapies à spectre trop large ou</p>	<p>ou associée aux soins. Il y a 15 ans, ces dernières étaient considérées comme à risque d'être dues à bactéries multi-résistantes, 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 récurrence 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 de discuter l'antibiothérapie aux résultats microbiologiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En cas de rechute et de récurrence d'une PI ayant eu une évolution favorable :<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Il est proposé de reprendre le même schéma antibiotique (Grade C-1).</li></ul></li></ul> <p><b>Argumentaire :</b> La rechute et la récurrence dans les 30 jours suivant l'épisode initial sont des événements attendus dans 10 à 30 % des cas.</p>



3 situations délicates ont été tranchées dans les recommandations 2025 sur la pneumonie d'inhalation

Ajout de métronidazole pour les bactéries anaérobies	Pneumonie d'inhalation associée aux soins	Pneumonie d'inhalation récidivant dans les 30 jours
<b>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</b>	<b>Même antibiothérapie que la pneumonie d'inhalation communautaire. Faire un ECBC de manière systématique si possible.</b>	<b>Reprendre la même antibiothérapie que pour le 1er épisode.</b>



# Durée de traitement antibiotique des PAC hors inhalation

2010

2025

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

- 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 liquidien significatif.

# Durée de traitement antibiotique des PAC hors inhalation

2010

2025

La durée du traitement antibiotique des PAC est classée

Agence Française de Sécurité

Juin

- Au cours  
Randomized Controlled Trial  
doi: 10.1016/S0140-6736(21)00313-5.  
Lancet. 2021 Mar 27;397(10280):1195-1203.  
**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 Davido<sup>3</sup>, Laurene Deconinck<sup>4</sup>, Morgan Matt<sup>3</sup>, Olivia Senard<sup>5</sup>, Aurore Lagrange<sup>6</sup>, Sabrina Makhoulfi<sup>3</sup>, Guillaume Mellon<sup>3</sup>, Victoire de Lastours<sup>7</sup>, Frédérique Bouchand<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 Chinest<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

non graves (ambulatoires) et hospitalisation hors soins critiques), n de l'ensemble des critères de traitement antibiotique de trois jours est recommandé (Grade A-1)<sup>1</sup> ;

l'est obtenue qu'entre trois et un traitement antibiotique de trois jours est recommandé (Grade B-1) ;

non compliquée, une anti-inflammatoire pendant 3 jours au total est recommandée

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 liquidien significatif.



# Durée de traitement antibiotique des PAC hors inhalation

2010

2025



**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  
s critiques),  
critères de  
tique 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)

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 GPIIP 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)

entre trois et  
antibiotique de  
-1) ;

ée, une anti-  
recommandée

ours doit être  
le qu'un abcès  
en significatif.



# Critères de stabilité clinique

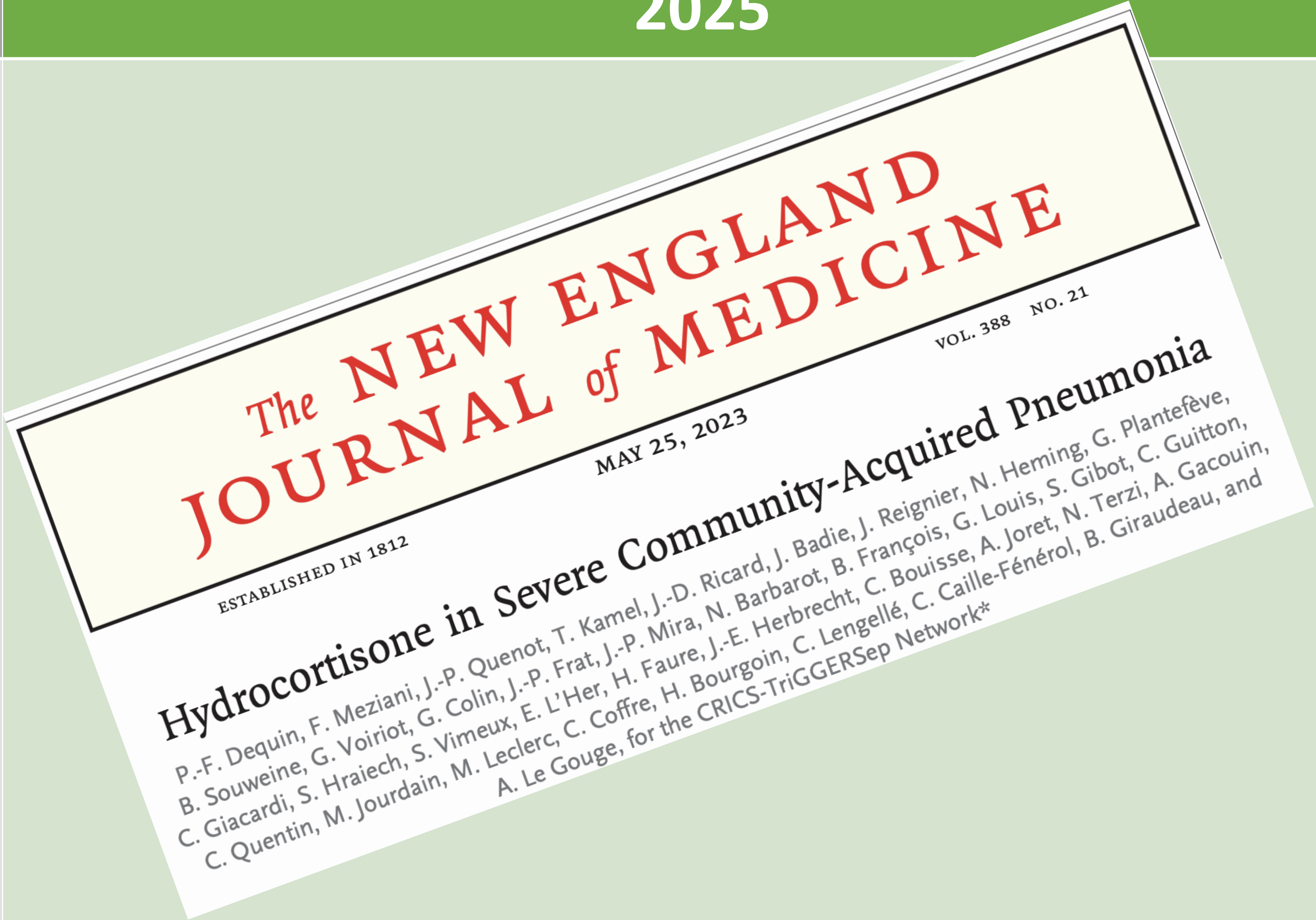
**Tableau 11** Critères de stabilité clinique au cours des PAC  
[136]

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	2025
Non mentionné	 <p>The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE</p> <p>ESTABLISHED IN 1812</p> <p>MAY 25, 2023</p> <p>VOL. 388 NO. 21</p> <p><b>Hydrocortisone in Severe Community-Acquired Pneumonia</b></p> <p>P.-F. Dequin, F. Meziani, J.-P. Quenot, T. Kamel, J.-D. Ricard, J. Badie, J. Reignier, N. Heming, G. Plantefève, B. Souweine, G. Voiriot, G. Colin, J.-P. Frat, J.-P. Mira, N. Barbarot, B. François, G. Louis, S. Gibot, C. Guitton, C. Giacardi, S. Hraiech, S. Vimeux, E. L'Her, H. Faure, J.-E. Herbrecht, C. Bouisse, A. Joret, N. Terzi, A. Gacouin, C. Quentin, M. Jourdain, M. Leclerc, C. Coffre, H. Bourgoin, C. Lengellé, C. Caille-Fénérol, B. Giraudeau, and A. Le Gouge, for the CRICS-TriGGERSep Network*</p>



# 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), 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).

# Plan des recommandations, partie 2/3

- Biologie

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

1. Données récentes de la littérature
2. Recommandations 2025

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

- II. Biomarqueurs – Procalcitonine (PCT)

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

- III. Indications des antigénuries

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

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

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

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

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

- V. Hémocultures

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

- VI. Tests de biologie moléculaire

1. Données de la littérature
2. Recommandations 2025

- non recommandé pour les patient-es ambulatoires
- PAC non grave: selon le context 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		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>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>	<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) (<b>Grade B-2</b>) ;</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		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 une imagerie thoracique [110].
	Question 4 : Faut-il une confirmation radiologique pour le diagnostic de PI ?	
	<b>Changement : recommandée pour le diagnostic de toute PAC et PI (hormis éventuellement en cas de foyer clair de crépitant unilatéral avec clinique très évocatrice)</b> Recommandation : Pour confirmer le diagnostic de PI, il est recommandé de réaliser un examen d'imagerie (Grade B-1).	- 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) ( <b>Grade B-2</b> ) ; - 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 ;



# Quelle imagerie demander ?

	Radiographie thoracique	Echographie pleurale	Scanner thoracique
PAC sans inhalation			ORIGINAL ARTICLE IMAGING Même intention si diagnostic H72 si pas amélioration
PI	non disponible car faible VPN	scanner thoracique non disponible car peu de données dans les PI	scanner thoracique 2e intention



# Prophylaxie de la PI: IEC et brossage de dents

Antériorité	2025
<b>Pas de recommandation</b>	<div data-bbox="833 450 2065 1876"><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></div> <div data-bbox="2065 450 3332 1876"><p><b>Question 14.3 :</b> Les soins d'hygiène bucco-dentaire préviennent-ils la survenue d'une nouvelle PI ?</p><p><b>Recommandation :</b></p><p>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).</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></div>



# 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>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.</p> <p>Le mécanisme d'action des IEC pourrait expliquer la réduction du risque de PI. Les IEC agissent sur le système rénine-angiotensine, ce qui entraîne une diminution de la production d'angiotensine II, une substance qui agit sur le réflexe de toux et la contraction des muscles de la gorge, favorisant ainsi la survenue de la PI. Une méta-analyse a montré que, comparativement aux autres antihypertenseurs, les IEC baissent 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>Question 14.3 : Les soins d'hygiène bucco-dentaire préviennent-ils la survenue d'une nouvelle PI ?</p> <p>Recommandation : Les soins d'hygiène bucco-dentaire (brossage des dents après chaque repas, nettoyage quotidien des appareils dentaires, lavage de bouche avec de l'eau salée ou une solution antiseptique, massage de la langue) tendent à réduire le risque de pneumonies, dont les PI (Grade B-1).</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 lors d'une 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>

**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**

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



# 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



The background of the slide features a repeating pattern of the RATB CORSE logo. Each logo consists of a stylized blue castle tower inside a circle, with the text 'RATB' above 'CORSE' in a blue serif font.

# 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  
abriteraient 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...

#### CEIL

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  $10^4$  par centimètre carré.

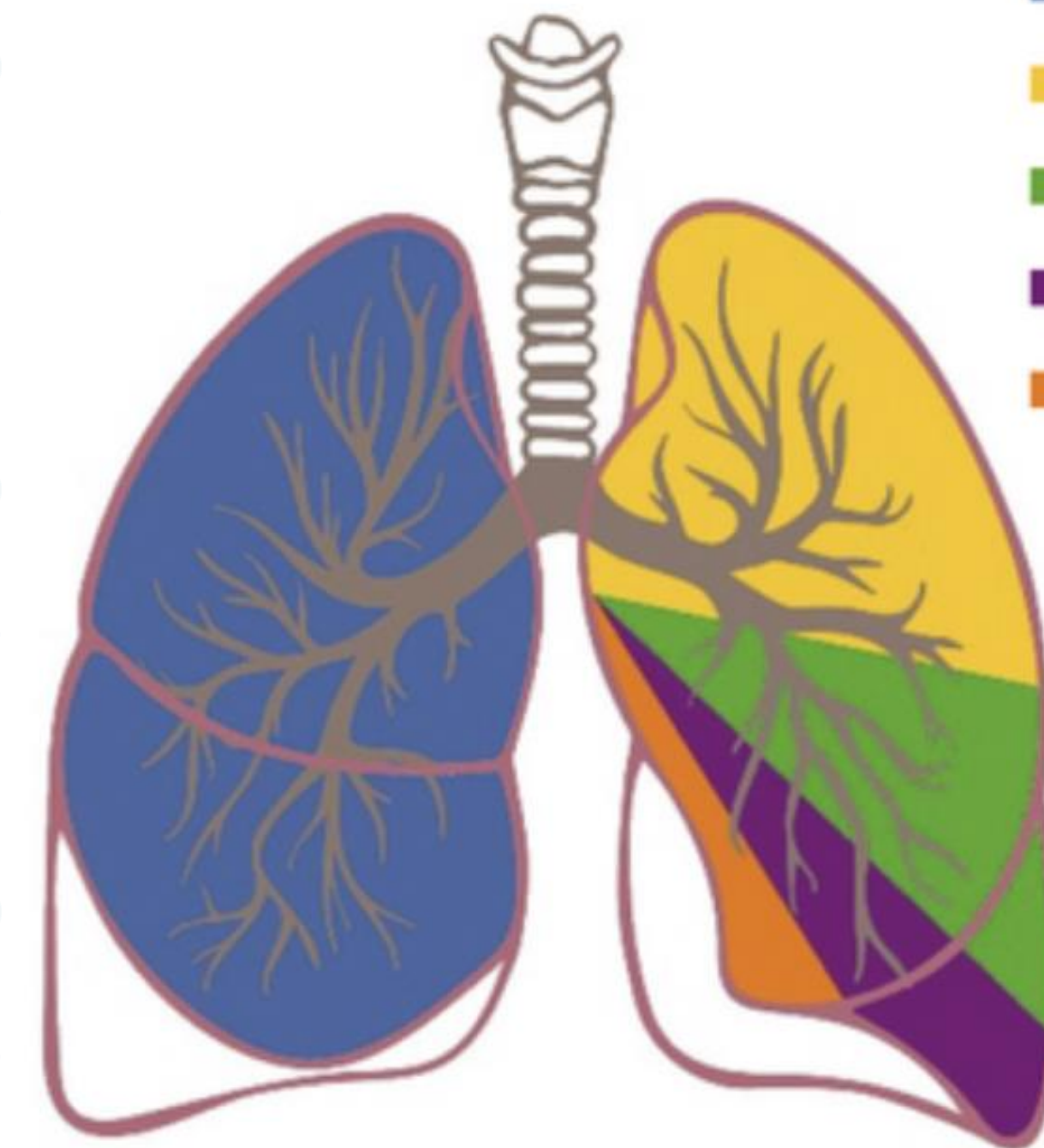
**500**  
espèces.

#### VAGIN

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.



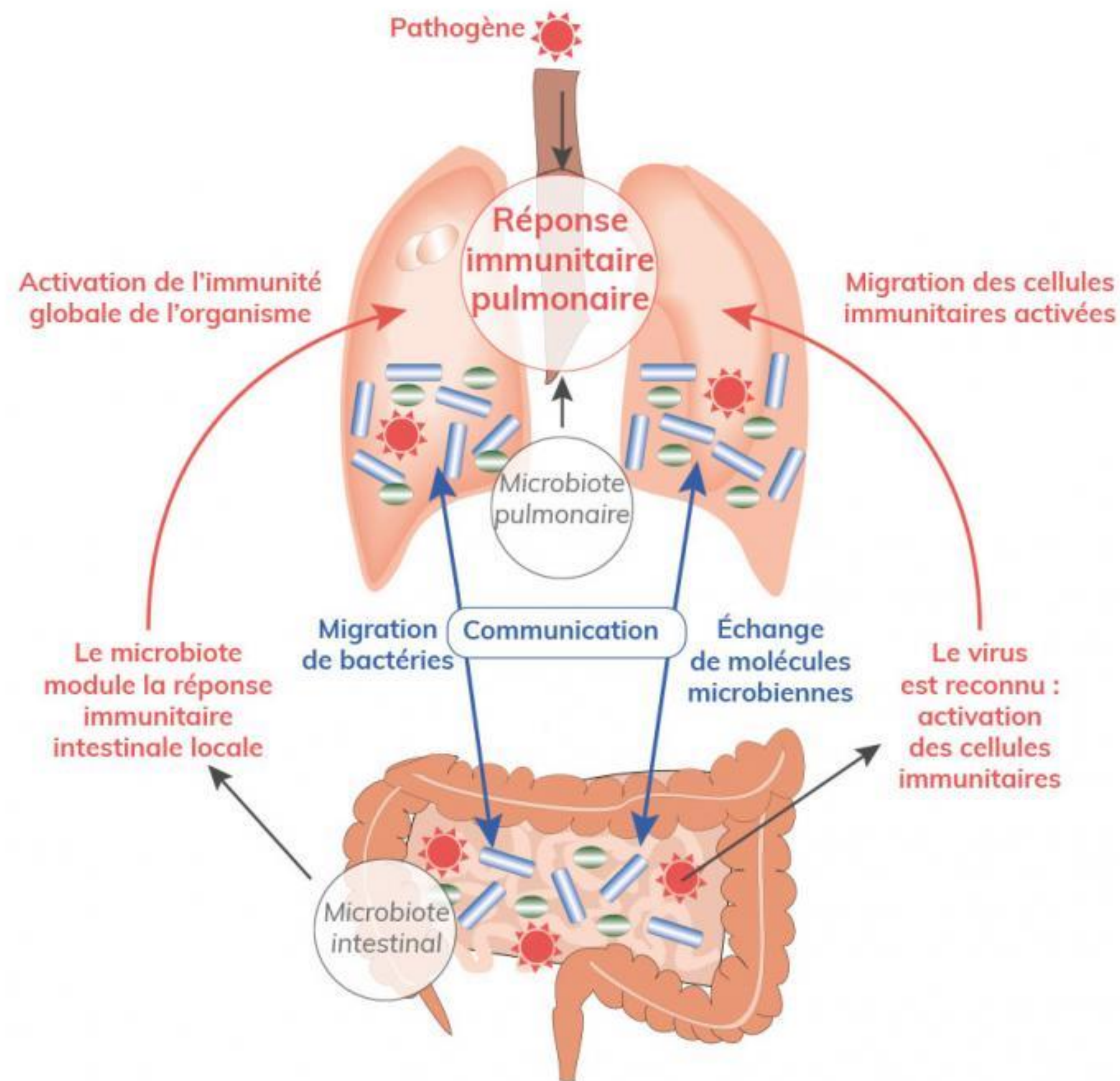
- Bacteroidetes** ( $\approx 50\%$ )
- Firmicutes** ( $\approx 30\%$ )
- Proteobacteria** ( $\approx 10\%$ )
- Actinobacteria** ( $\approx 5\%$ )
- Autres**

Une faible densité bactérienne,  
mais forte biodiversité

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



# Microbiote pulmonaire

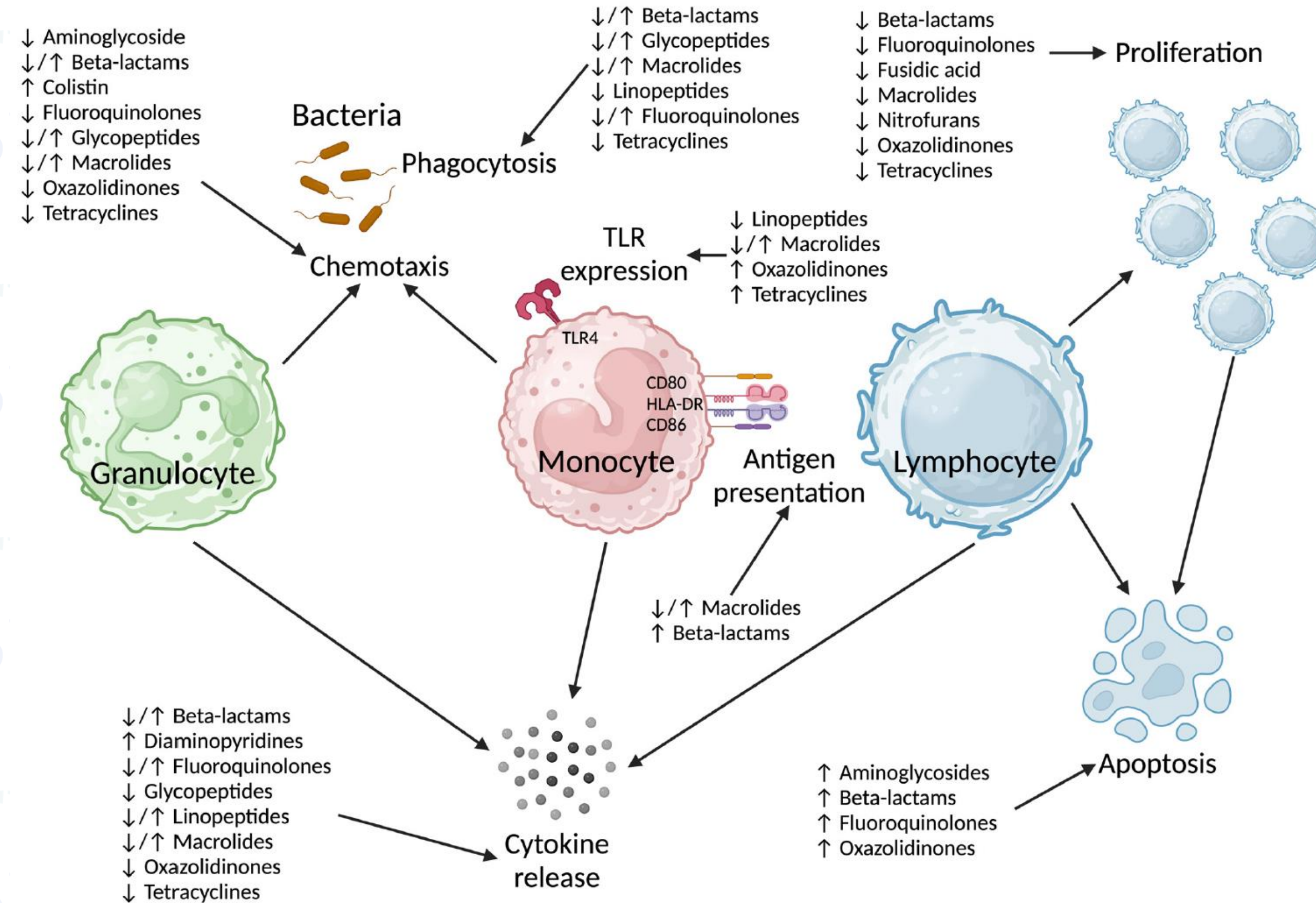


« Axe intestin-pulmonaire »

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

### 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.



The background of the slide features a repeating pattern of the RATB CORSE logo. Each logo consists of a stylized blue castle tower inside a circle, with the text 'RATB' above 'CORSE' in a blue serif font.

# Surveillance des infections respiratoires aiguës

# Surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA)

Bulletin



Sentinelles

DEVENEZ MÉDECIN SENTINELLES



## Infections respiratoires aiguës

Semaine 46 (10 au 16 novembre 2025). Publication : 19 novembre 2025

ÉDITION NATIONALE

### Tendances de la semaine

**Infections respiratoires aiguës (IRA).** Activité globalement stable tous âges confondus mais en augmentation chez les moins de 15 ans.

**Grippe.** Ensemble des indicateurs encore à leur niveau de base dans toutes les régions à l'exception de Mayotte, en phase pré-épidémique depuis la semaine 44.

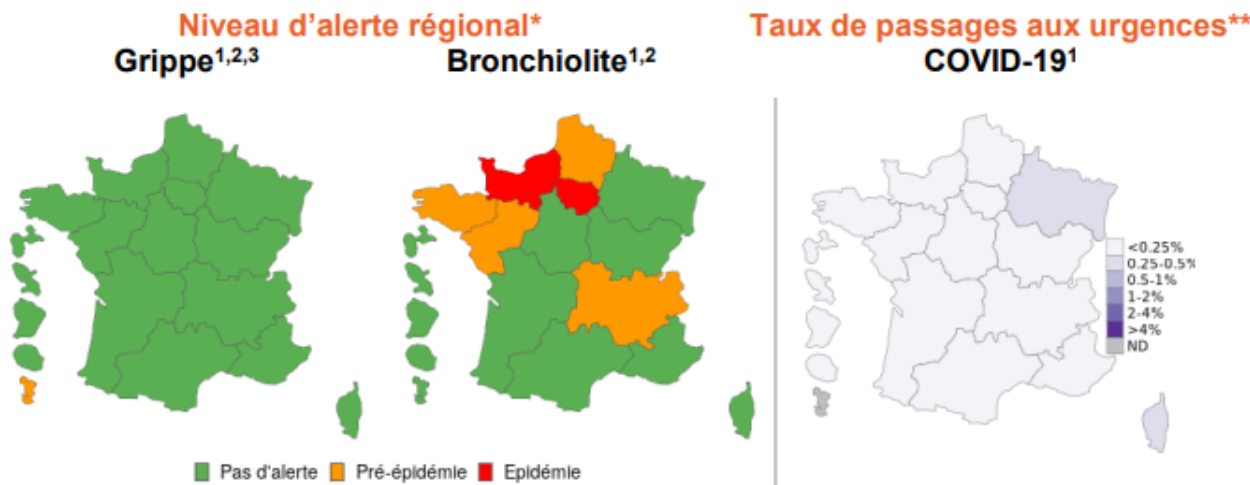
**Bronchiolite.** Indicateurs syndromiques en augmentation. Phase épidémique en Île-de-France et en Normandie. Phase pré-épidémique en Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Hauts de France et Pays de la Loire.

**COVID-19.** Activité syndromique et virologique globalement en diminution en ville et à l'hôpital. Poursuite de la diminution de l'indicateur dans les eaux usées.

### Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45	S46	S46 vs S45
Actes médicaux SOS Médecins	10,4%	+0,7 pt	3,9%	+0,2 pt	8,5%	+2,2 pt	0,6%	-0,2 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	2,7%	+0,3 pt	0,3%	+0,1 pt	14,1%	+2,1 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	5,6%	+0,1 pt	0,2%	0 pt	24,4%	+2,3 pt	0,3%	-0,1 pt



\* Méthodologie en annexe. Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S45. \*\* Données non disponibles pour Mayotte. Source : 1 réseau OSCOUR®, 2 SOS Médecins, 3 réseau Sentinelles

Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

Situation observée en région Corse pour la semaine 46 de l'année 2025, du 10/11/2025 au 16/11/2025 :

Publié le 19/11/2025 19h41m - la mise à jour des actualités a lieu le mercredi

Téléchargez le bulletin (national) de la semaine (2025s46)

Abonnez-vous au bulletin

Abonnez-vous au flux RSS



Infection respiratoire aiguë (IRA) Covid-19, Grippe et autres virus respiratoires

Définition

Activité faible en Corse

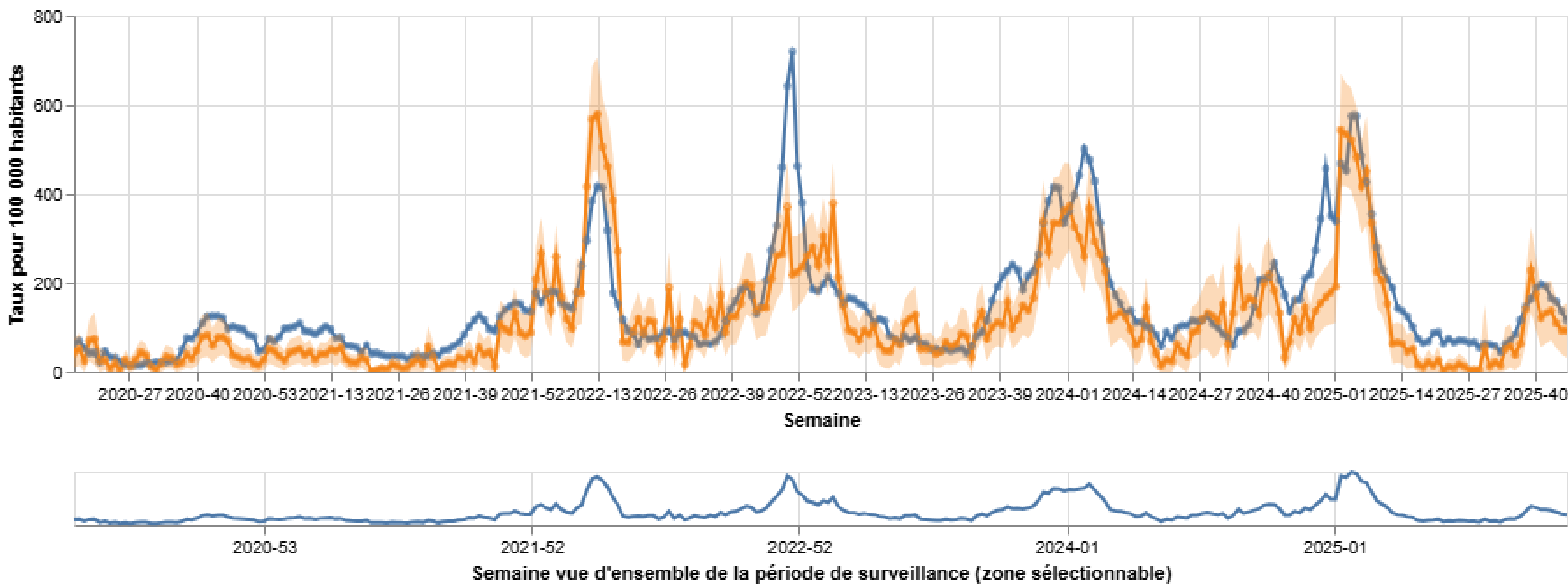
Les semaines précédentes

Voir la synthèse du bulletin

Page de cet indicateur

Accéder aux données

Evolution du taux d'incidence de l'indicateur Infection respiratoire aiguë (IRA)



Série de données

France, Sentinelles & IQVIA ...  
Corse, Sentinelles & IQVIA ...

<https://www.sentiweb.fr/corse/fr>



The background of the slide features a repeating pattern of the RATB CORSE logo. Each logo consists of a stylized blue chess knight (horse) facing left, positioned above the text 'RATB' and 'CORSE' in a blue, sans-serif font. The logos are arranged in a grid across the entire slide.

# 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<sub>2</sub> nasal, masque, CPAP, etc.) ± **signes d'inflammation importante** (CRP ≥ 75 mg/L, ferritine élevée, IL-6↑)

↓  
**Veklury® ± immunomodulateurs**

### Facteurs de risque de forme grave :

Âge ≥ 65 ans

Comorbidités (diabète, obésité IMC > 30, insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique, hypertension sévère, cancer, etc.)  
Immunodépression (transplantés, traitement immunosuppresseur, 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 protease, 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>



## Traitement antiviral 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® (Bartecinib)**  
(577,39 euros/boite de 28 cpr; Lilly)  
remboursement 100%



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



# Boite à outils:

- Ordonnance pour infection virale
- Fiches HAS
- TROD angine














# Ordonnance pour infection virale

DATE : .....	CACHET ET SIGNATURE MÉDECIN
NOM DU PATIENT : .....	

## Ordonnance pour infection virale

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

	MALADIES DUES À UN VIRUS	DURÉE HABITUELLE DES SYMPTÔMES	MESURES POUR SE PROTÉGER DES INFECTIONS VIRALES
<input type="checkbox"/>	 <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 visuelle : Affiche d'information coronavirus : protégez-vous les uns les autres, campagne Covid-19  
Source : Santé publique France, mai 2020

Source visuelle : 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 guérez pas plus vite !

### Pour soulager vos symptômes :

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

### Conseils du médecin et/ou du pharmacien :

#### En savoir plus sur les antibiotiques :

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














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

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

## Ordonnance pour infection virale pédiatrique

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

	MALADIES DUES À UN VIRUS	DURÉE HABITUELLE DES SYMPTÔMES	MESURES POUR SE PROTÉGER DES INFECTIONS VIRALES
<input type="checkbox"/>	 <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>	<div>Pour tous</div> <div></div> <div></div> <div>Pour les adultes</div> <div></div> <div></div>
<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></ul>	
<input type="checkbox"/>	 <b>ANGINE VIRALE</b> <i>Chez les + de 3 ans, 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>BRONCHIOLITE</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	
<div> Si la fièvre persiste, si les symptômes s'aggravent ou si d'autres symptômes apparaissent (notamment difficultés ou gêne pour respirer), ou si l'alimentation devient difficile, vous devez (re)consulter votre médecin</div>			

Source visuelle : Affiche d'information coronavirus : protégeons-nous les uns les autres campagne Covid-19 Santé publique France, 5 mars 2020

Source visuelle : 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, votre enfant ne guérira pas plus vite !

### Pour soulager les symptômes :

- Proposez régulièrement à votre enfant de s'hydrater (eau, biberon, allaitement), en fractionnant les prises.
- Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.
- Généralement, les douleurs sont bien calmées par le paracétamol.
- Ne donnez pas à votre enfant d'anti-inflammatoires sans avis médical

### Conseils du médecin et/ou du pharmacien :

#### En savoir plus sur les antibiotiques :

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














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

DATE : .....	CACHET
NOM DU PATIENT : .....	

## Information pour infection virale

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

	MALADIES DUES À UN VIRUS	DURÉE HABITUELLE DES SYMPTÔMES	MESURES POUR SE PROTÉGER DES INFECTIONS VIRALES
<input type="checkbox"/>	 <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>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>	
	<b>Les infections suivantes nécessitent (le plus souvent) un avis médical</b>		
<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>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>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		

Sources visuels : Affiche « Information coronavirus : protégeons-nous les uns les autres » campagne Covid-19  
Santé publique France, mai 2020

Source visuelle : 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 guérez pas plus vite !

### Pour soulager vos symptômes :

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

### Conseils du médecin et/ou du pharmacien :

#### En savoir plus sur les antibiotiques :

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














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



# 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			

**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 !**

Source visuels : Affiche « Information coronavirus : protégeons-nous les uns les autres » campagne Covid-19  
Santé publique France, mai 2023



# 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

<b>Otite moyenne aiguë purulente</b>	
amoxicilline	5 jours
<b>Sinusite maxillaire aiguë purulente</b> (suspicion d'infection bactérienne)	
amoxicilline	7 jours
<b>Sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire</b>	
amoxicilline-acide clavulanique	7 jours
<b>Sinusite frontale, éthmoïdale, sphénoïdale</b>	
<b>Avis ORL sans retarder la mise en place du traitement antibiotique</b> amoxicilline-acide clavulanique	7 jours
<b>Sinusite grave, à risque de complications</b>	
<b>Hospitalisation en urgence pour un avis spécialisé</b>	-
<b>Rhinopharyngite aiguë</b>	
Pas d'antibiotique	-
<b>Angine aiguë</b>	
<b>Score de Mac Isaac &lt; 2 ou score de Mac Isaac ≥ 2 et test de diagnostic rapide négatif</b> Pas d'antibiotique	-
<b>Score de Mac Isaac ≥ 2 et test de diagnostic rapide positif</b> 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



PRISE EN CHARGE DE L'ANGINE  
À L'OFFICINE

Septembre 2024

Assuré

Pharmacien

Entreprise

Qui sommes-nous ?

Carrières

Études et données

Presse

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

X

f

in

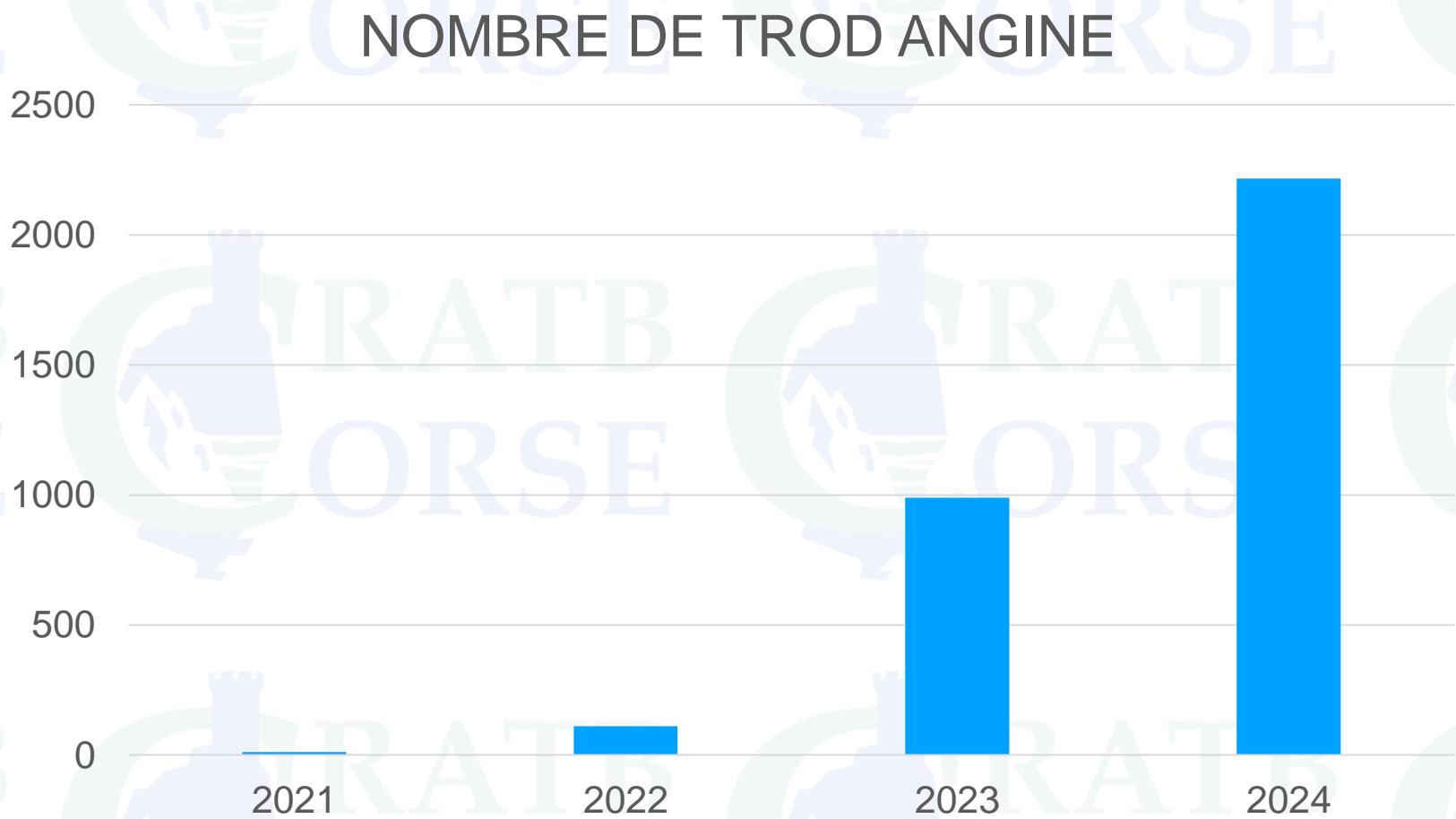
Copier le lien

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

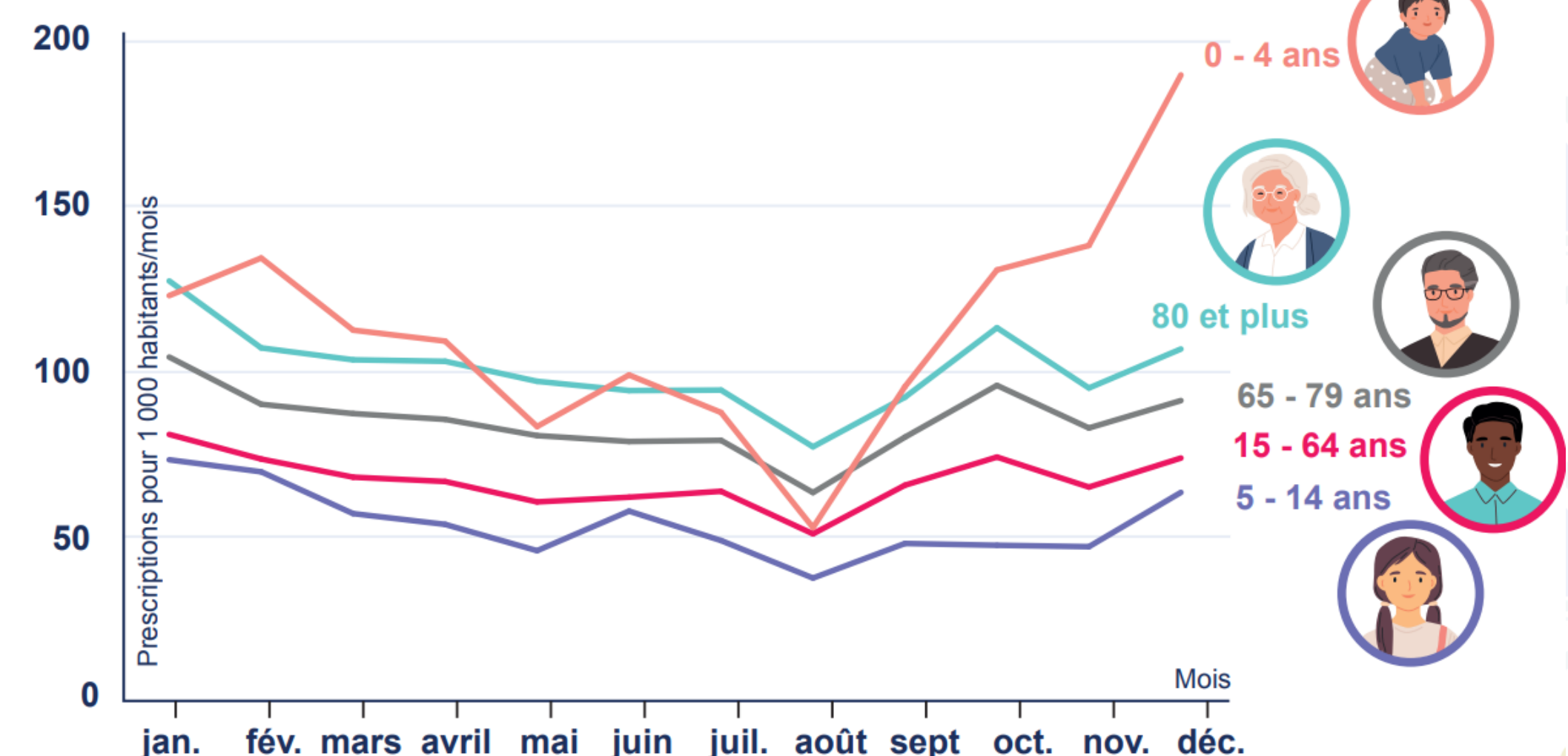


Sources : Données SNDS. Analyse Santé publique France

**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 %)

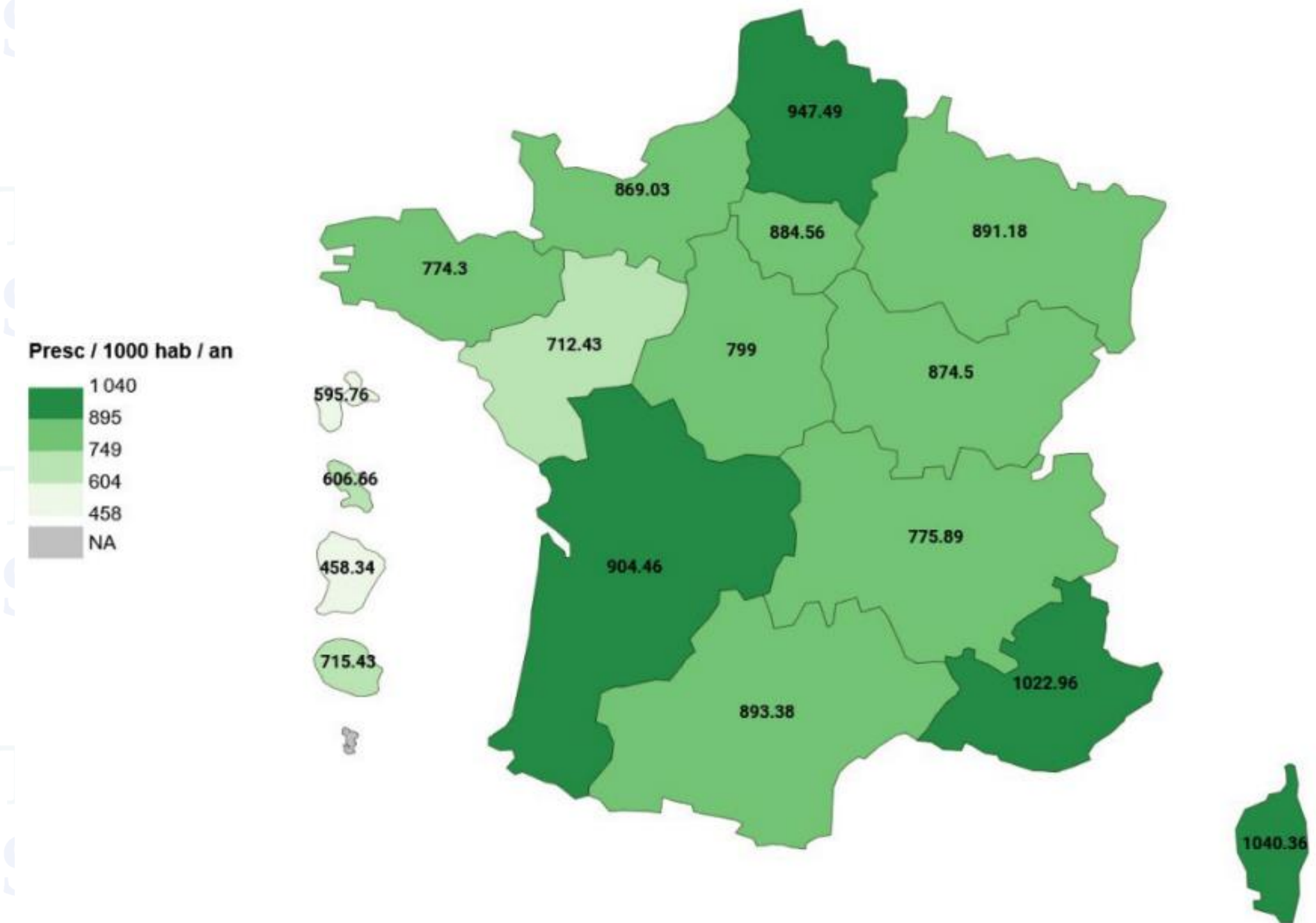
Ils représentent plus des 2/3 de la consommation totale.





## DONNÉES DE SURVEILLANCE

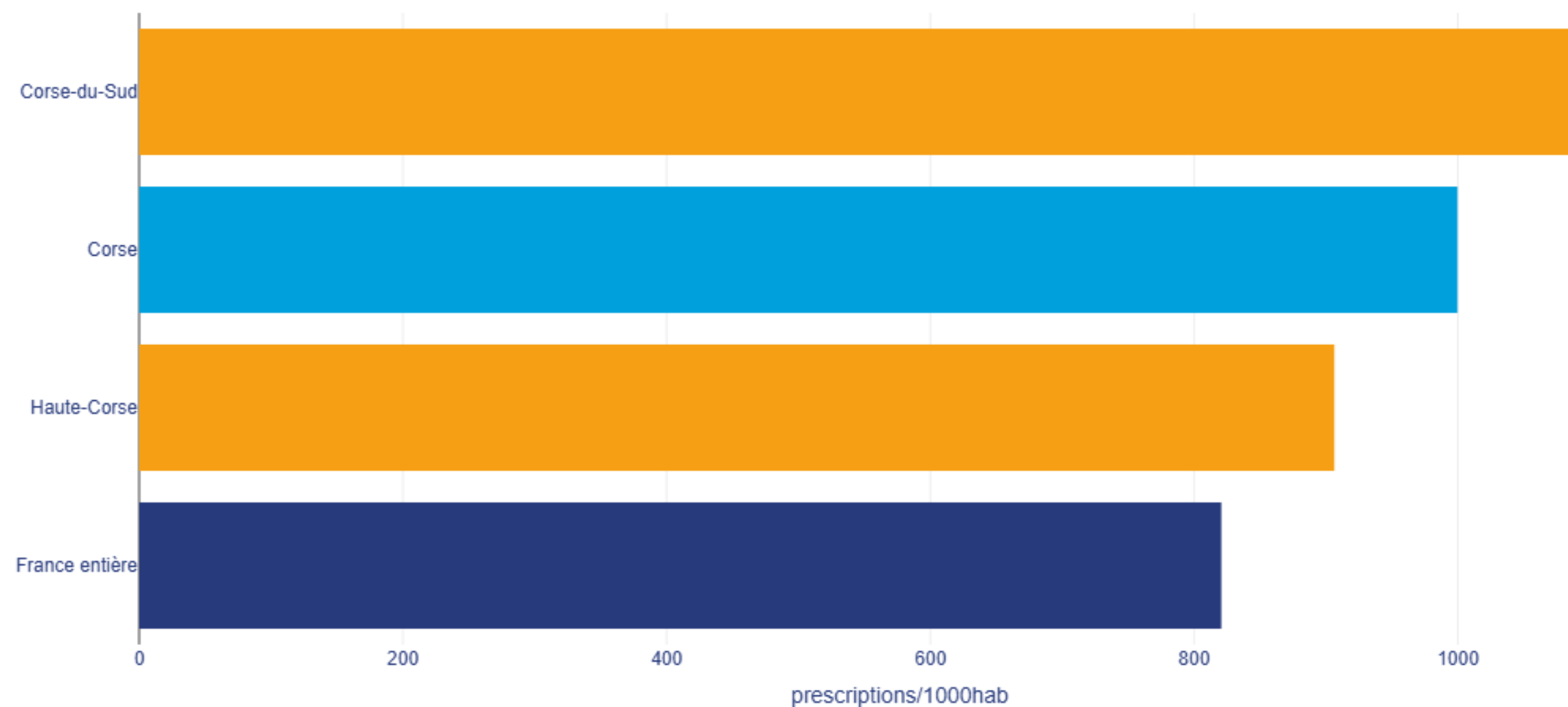
### Carte 2. Prescription d'antibiotiques par région en 2024



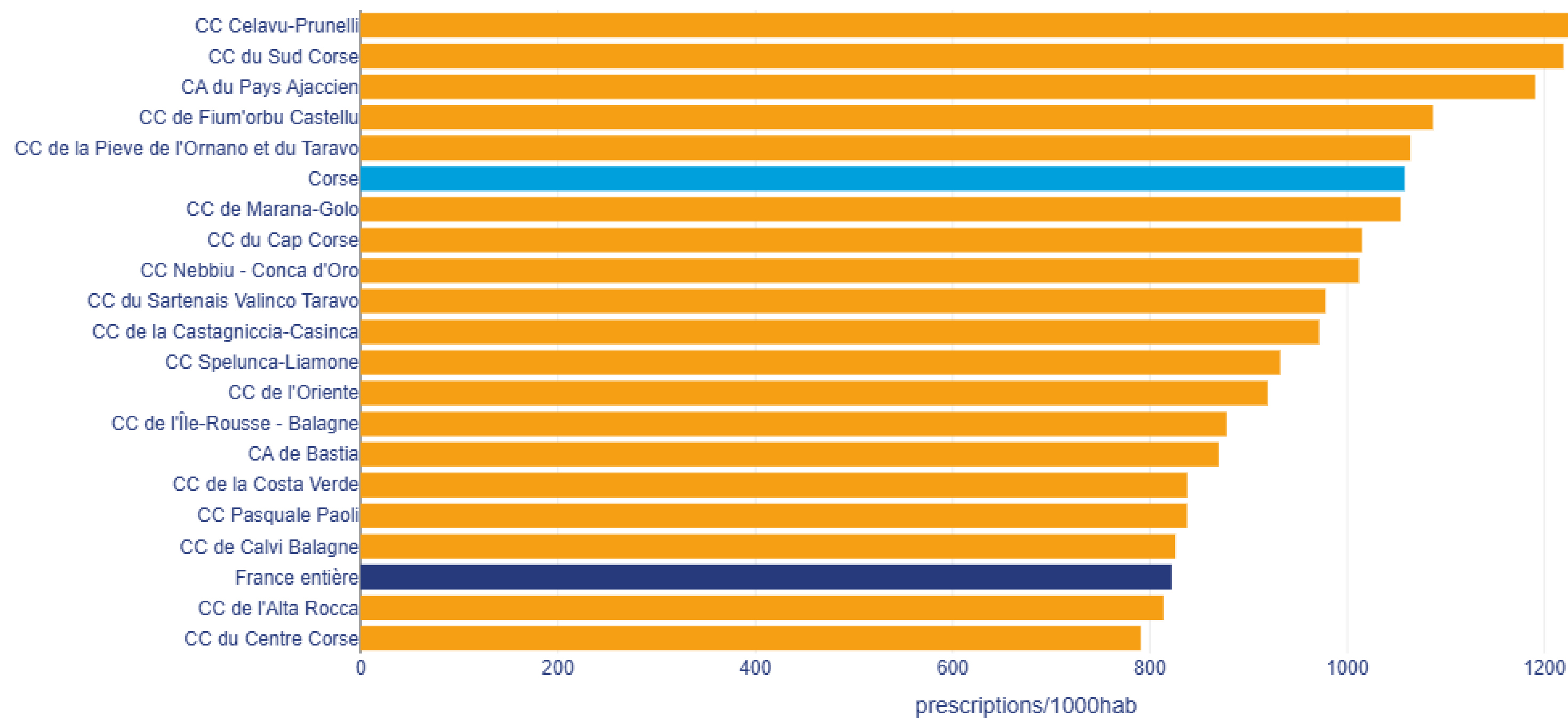


# DV-PRIMO : Surveillance, prévention et bon usage des antibiotiques en soins de ville et en secteur médico-social

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

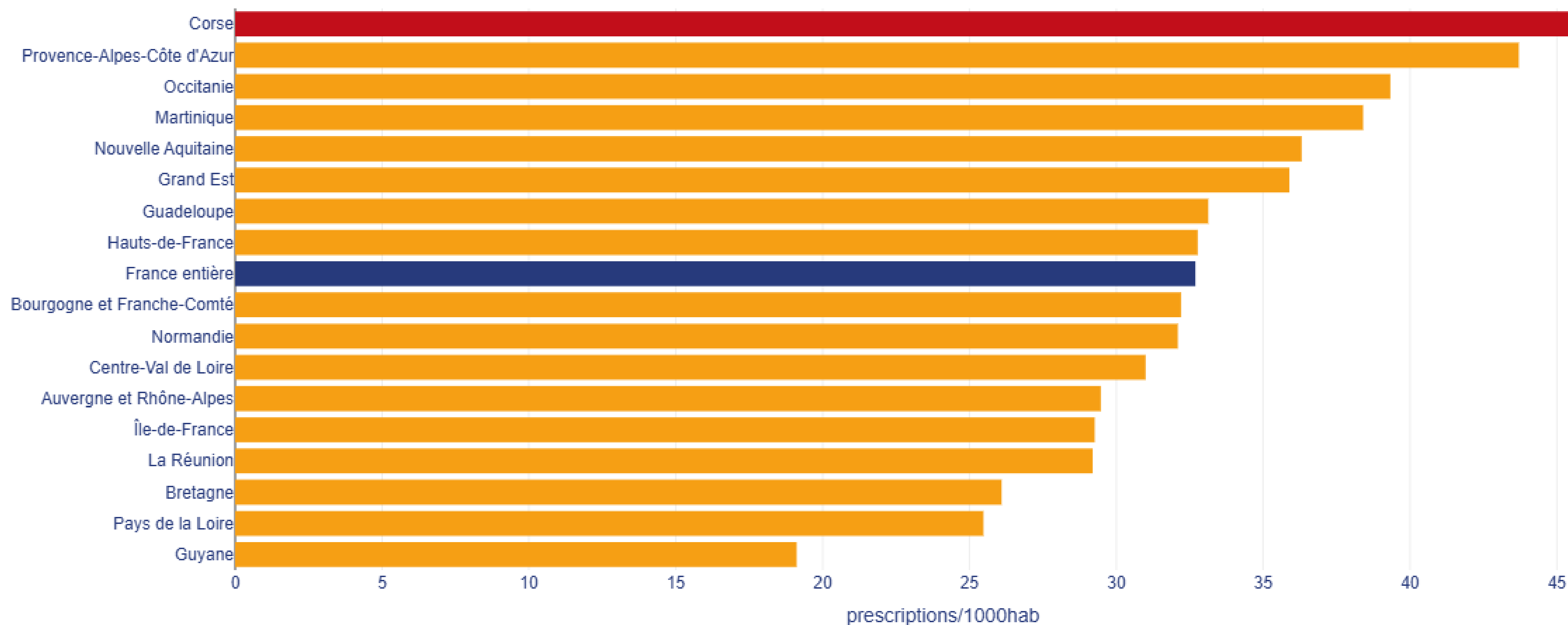


Comparaison par EPCI des consommations d'antibiotiques de ville en 2022 sur toute la population



# Quinolones

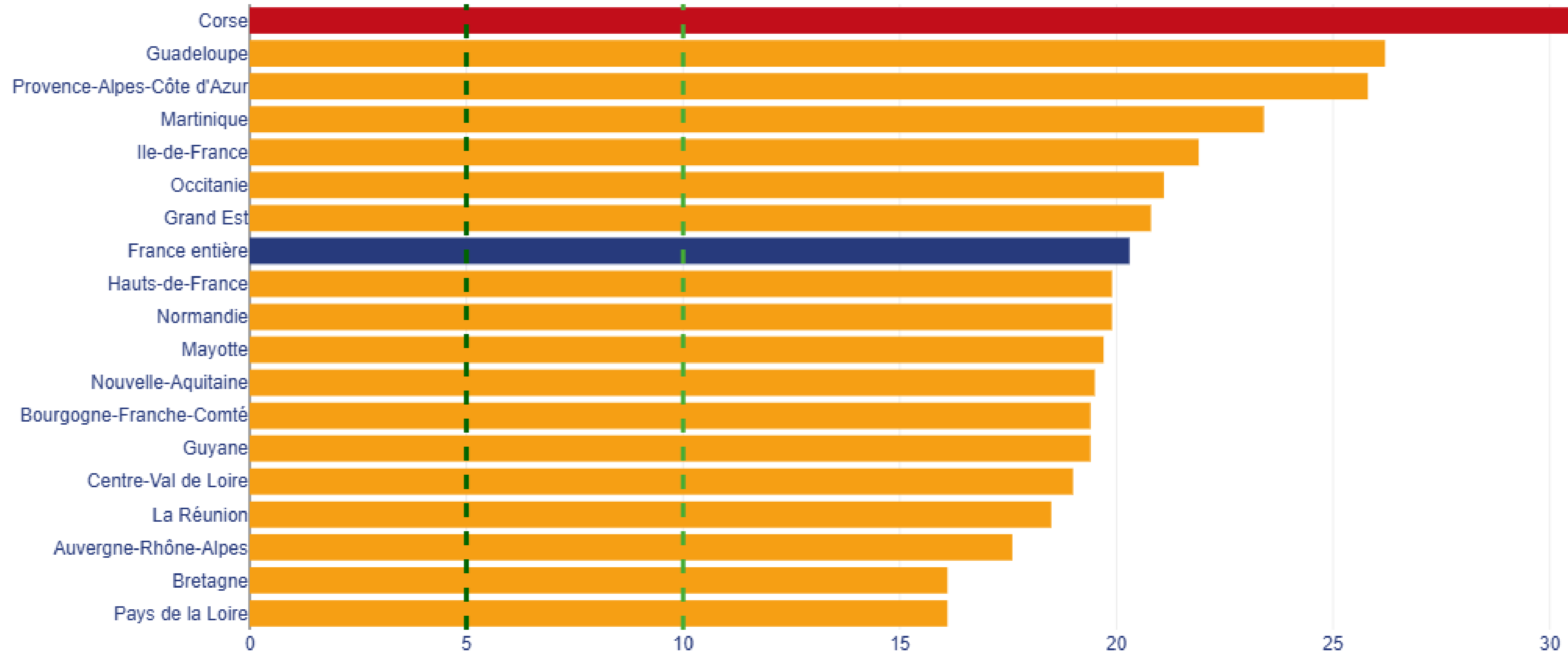
Comparaison régionale des consommations d'antibiotiques de ville en 2023 sur toute la population





# Indicateur 4 : prescriptions de pristinamycine et macrolides

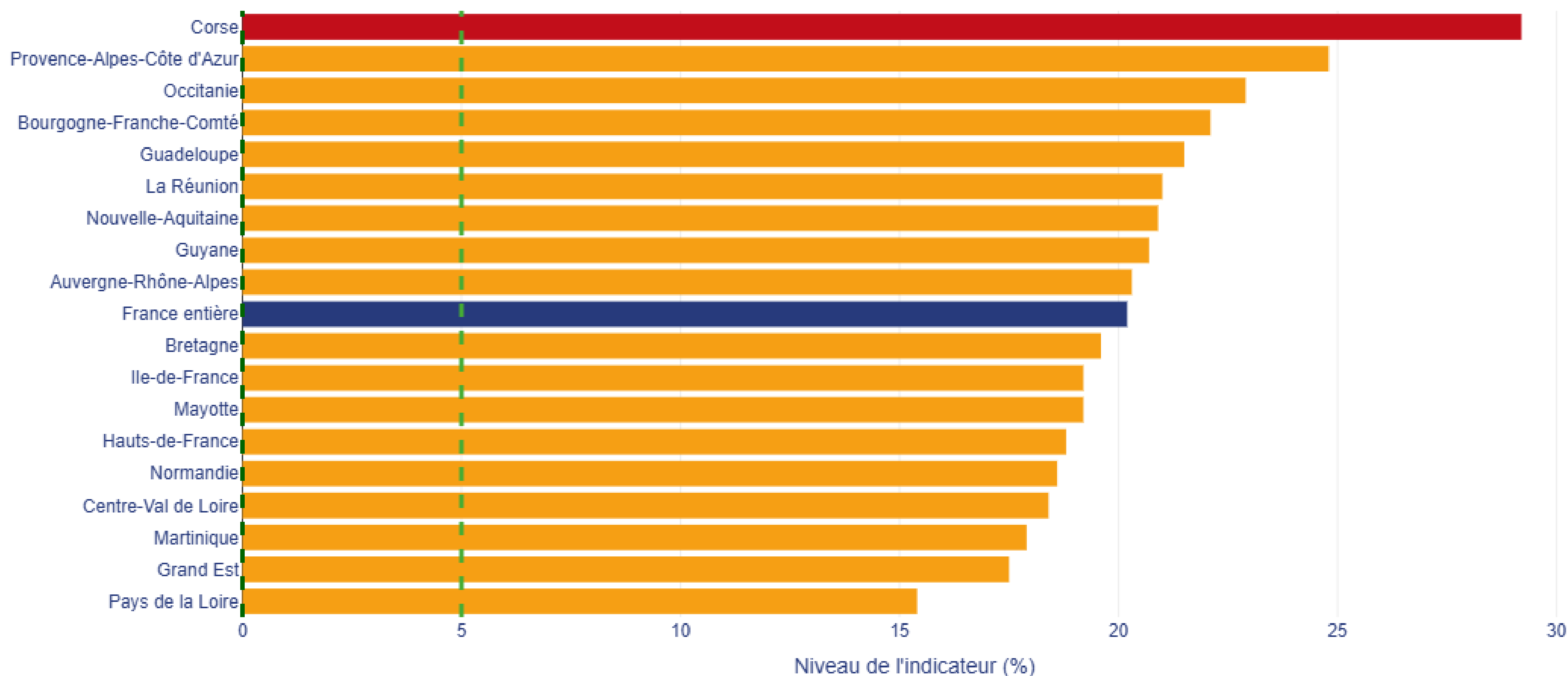
Comparaison régionale de l'indicateur 4 en 2023



Niveau de l'indicateur (%)

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

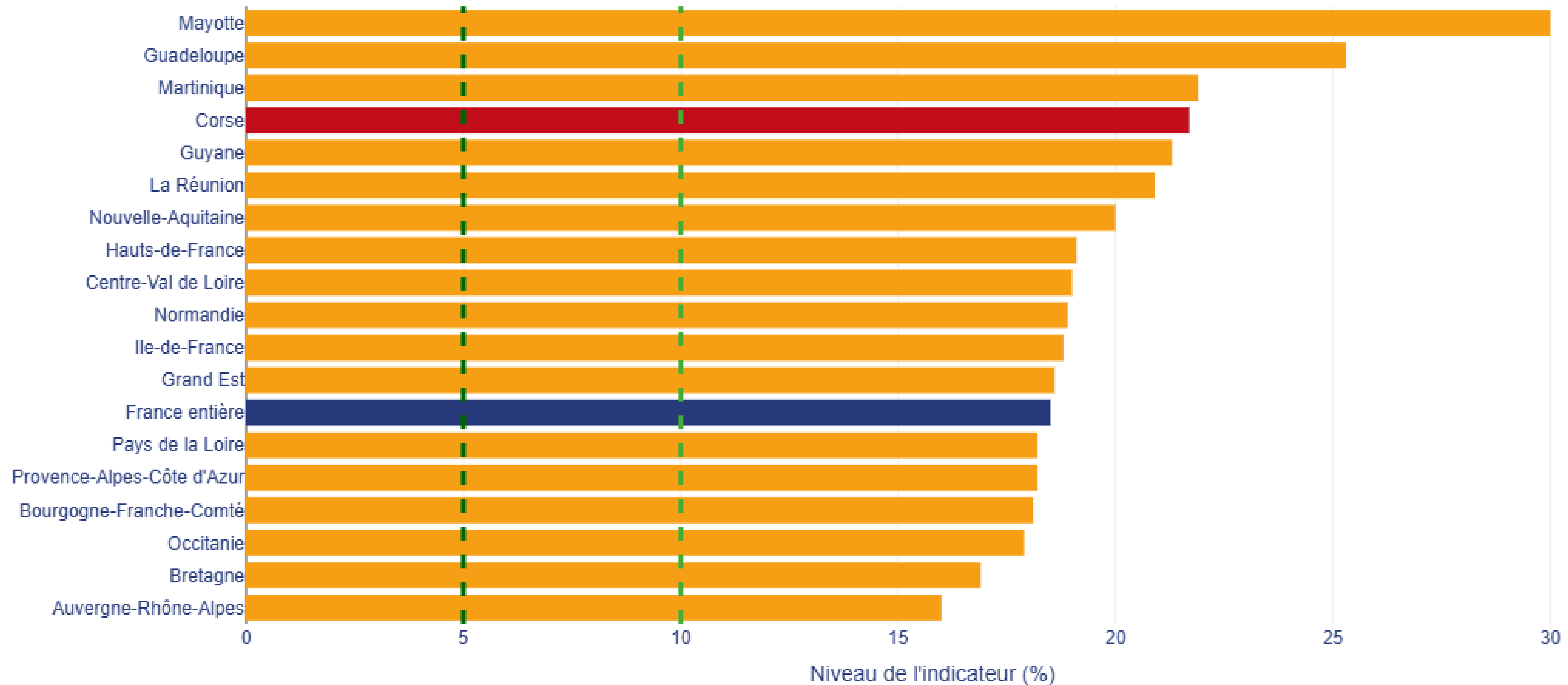
Comparaison régionale de l'indicateur 12 en 2023





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

Comparaison régionale de l'indicateur 10 en 2023





## SURVEILLANCE NATIONALE DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES EN VILLE ET SECTEUR MÉDICO-SOCIAL



## RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DES ENTEROBACTERIES URINAIRES EN VILLE ET EN EHPAD ANNÉE 2024



## LES DONNÉES SONT ISSUES DE

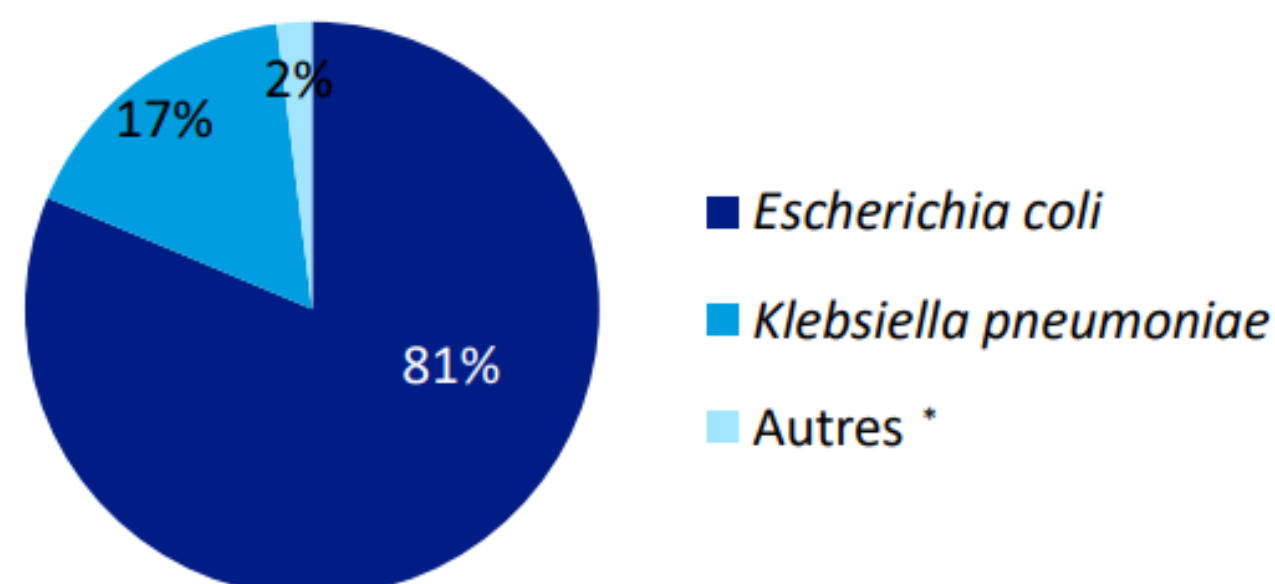
10 LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE SUR 26

EN REGION CORSE

- Laboratoire participant à PRIMO
- Laboratoire ne participant pas à PRIMO

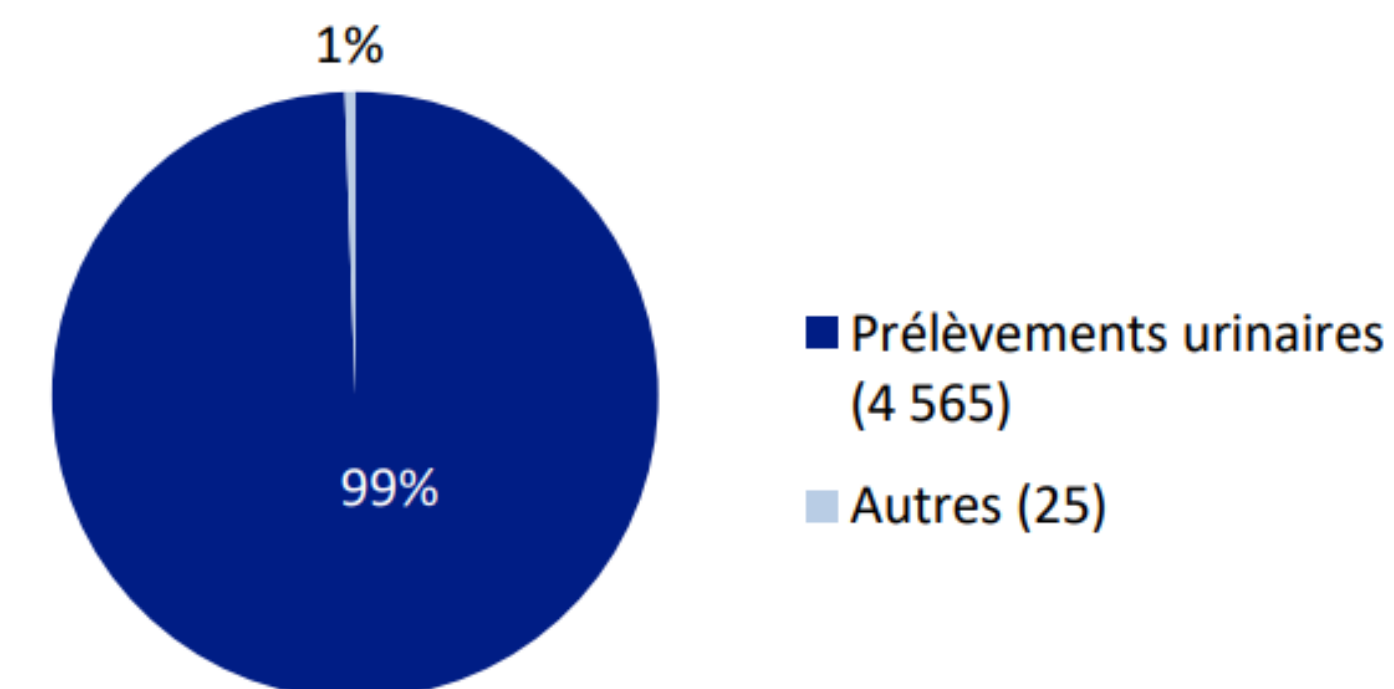
## ÉCHANTILLONS PRÉLEVÉS

- 4 590 ANTIBIOGRAMMES D'ENTÉROBACTÉRIES
- 4 565 ANTIBIOGRAMMES URINAIRES D'ENTÉROBACTÉRIES
- LES RÉSULTATS PAR SEXE CONCERNENT LES 18 ANS ET PLUS



Répartition des antibiogrammes urinaires  
selon les espèces d'entérobactéries  
(n = 4 565)

\* *Klebsiella oxytoca*, *Klebsiella aerogenes* et *Enterobacter cloacae* complex



Répartition des antibiogrammes  
d'entérobactéries selon le prélèvement  
(n = 4 590)



# RÉSISTANCES OBSERVÉES

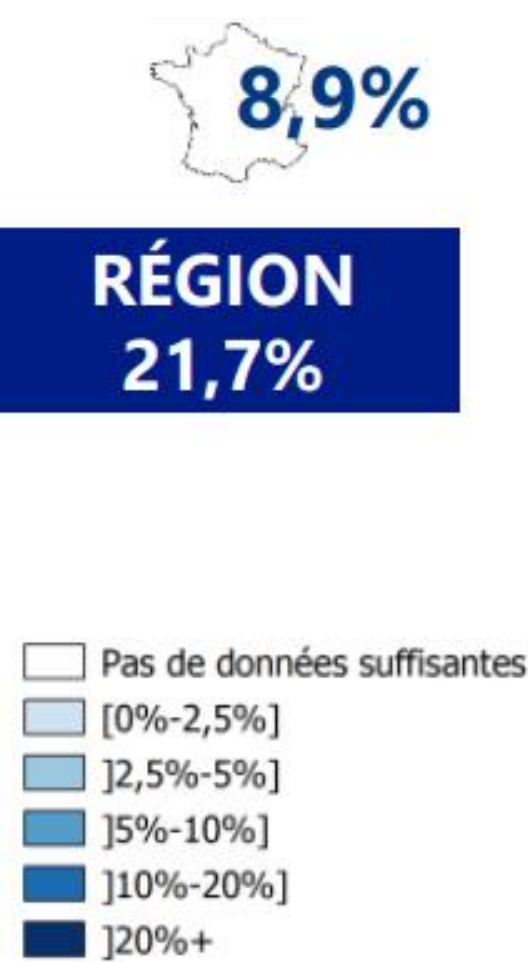
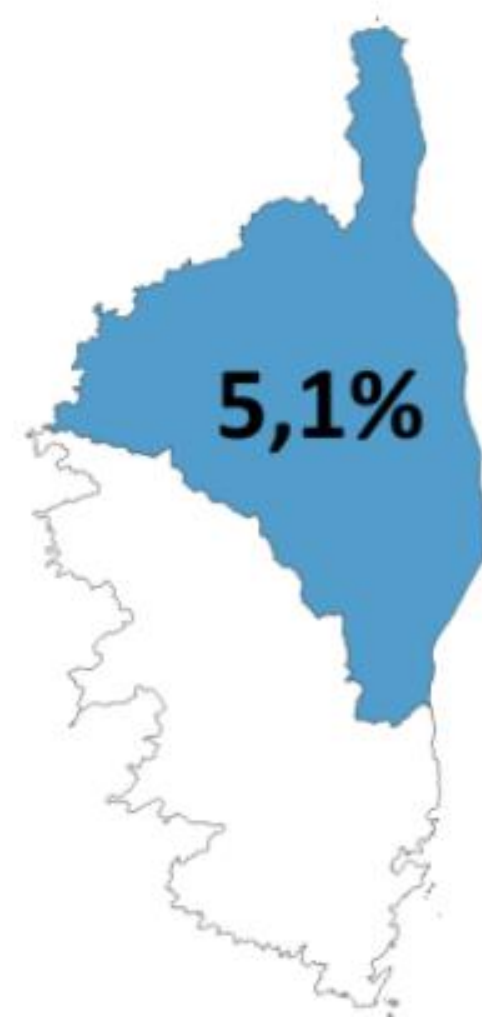
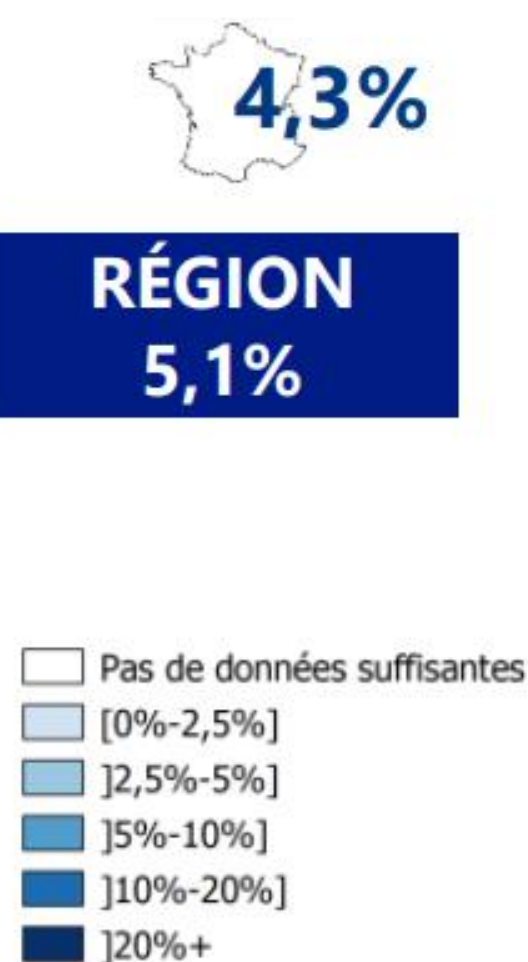
## Escherichia coli (urines)

### À DOMICILE

### EN EHPAD

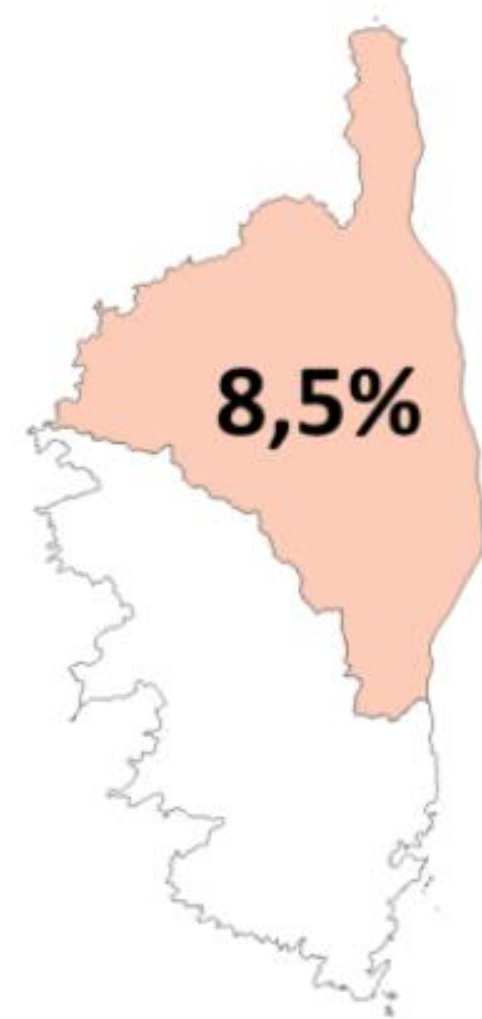
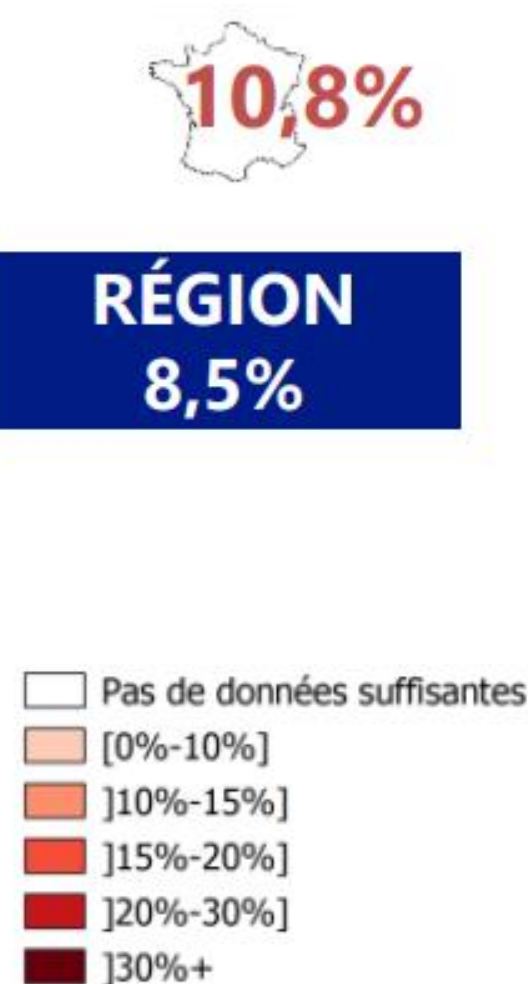
**C3G**  
Céphalosporines 3ème  
génération  
(Céfotaxime ou ceftriaxone ou  
ceftazidime)

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



Départements	Effectifs Ehpad
Corse-du-Sud	6
Haute-Corse	183

**FQ**  
Fluoroquinolones

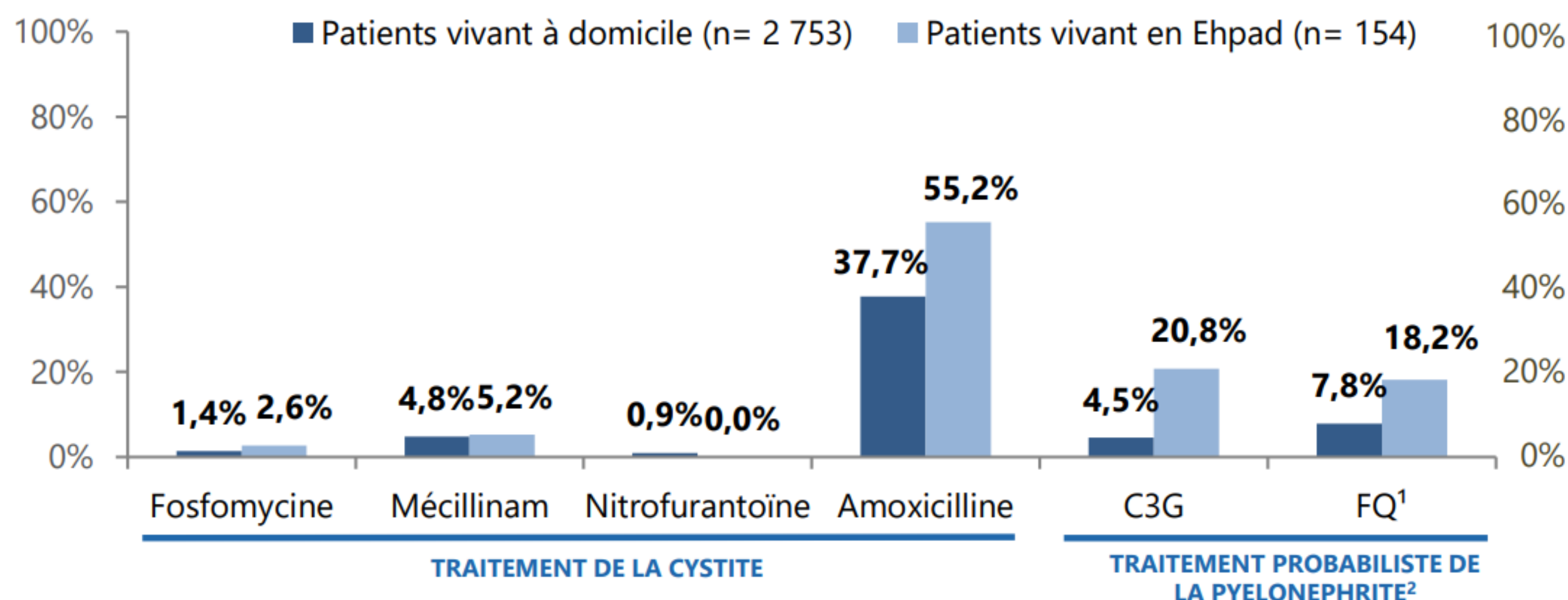




# RÉSISTANCES OBSERVÉES

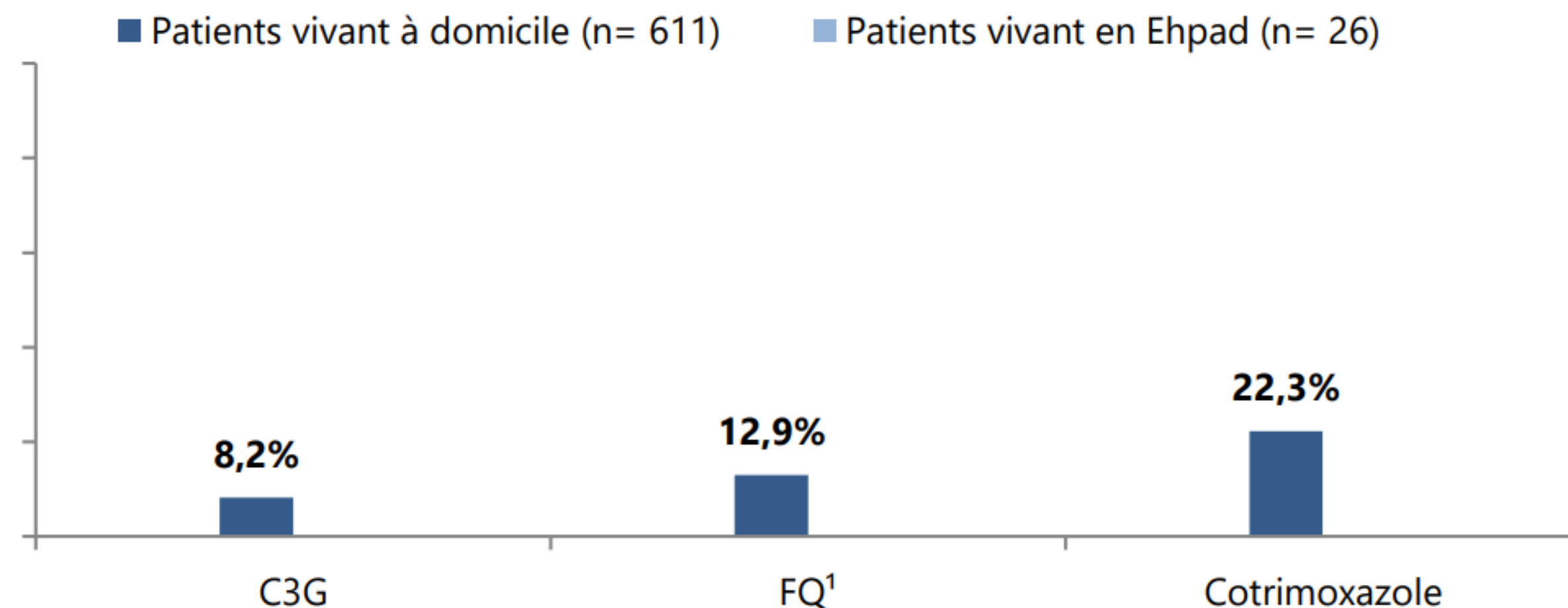
## Escherichia coli (urines)

### CHEZ LA FEMME



- Fosfomycine, pivmécillinam, nitrofuranes : utilisables en probabiliste dans les cystites ([cf recos HAS/Spilf infections urinaires](#))
- Amoxicilline : > 50% de sensibilité des souches urinaires isolées chez les femmes. Bonne efficacité clinique en cas de sensibilité de la bactérie

### 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

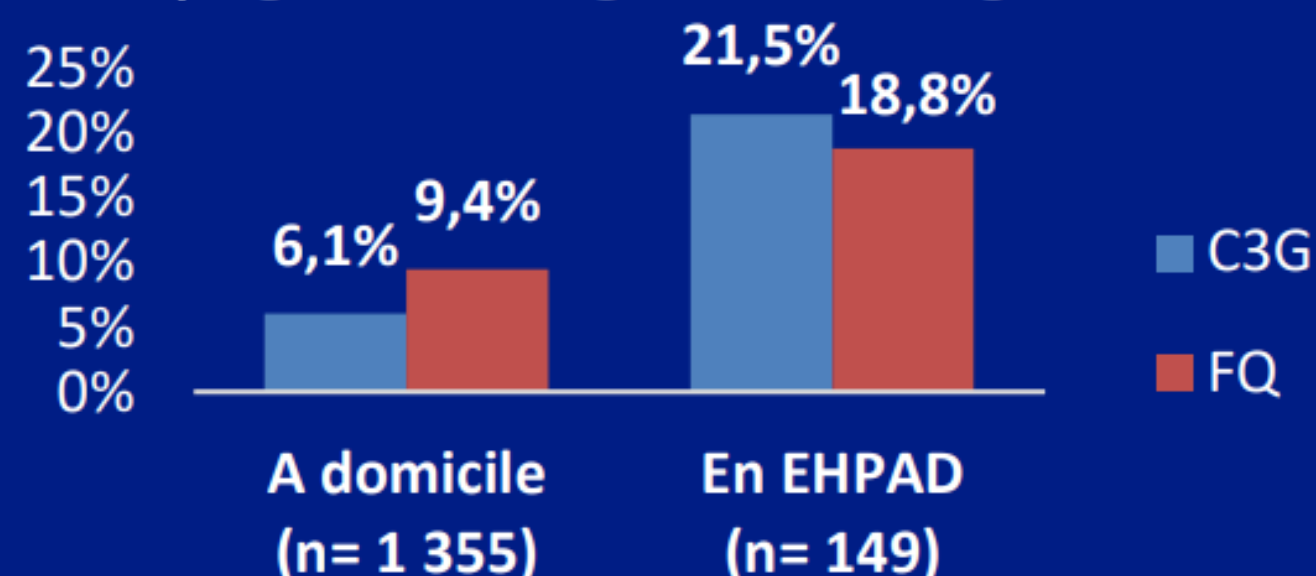
<sup>1</sup> Eviter les FQ en probabiliste si prescrites dans les 6 derniers mois

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

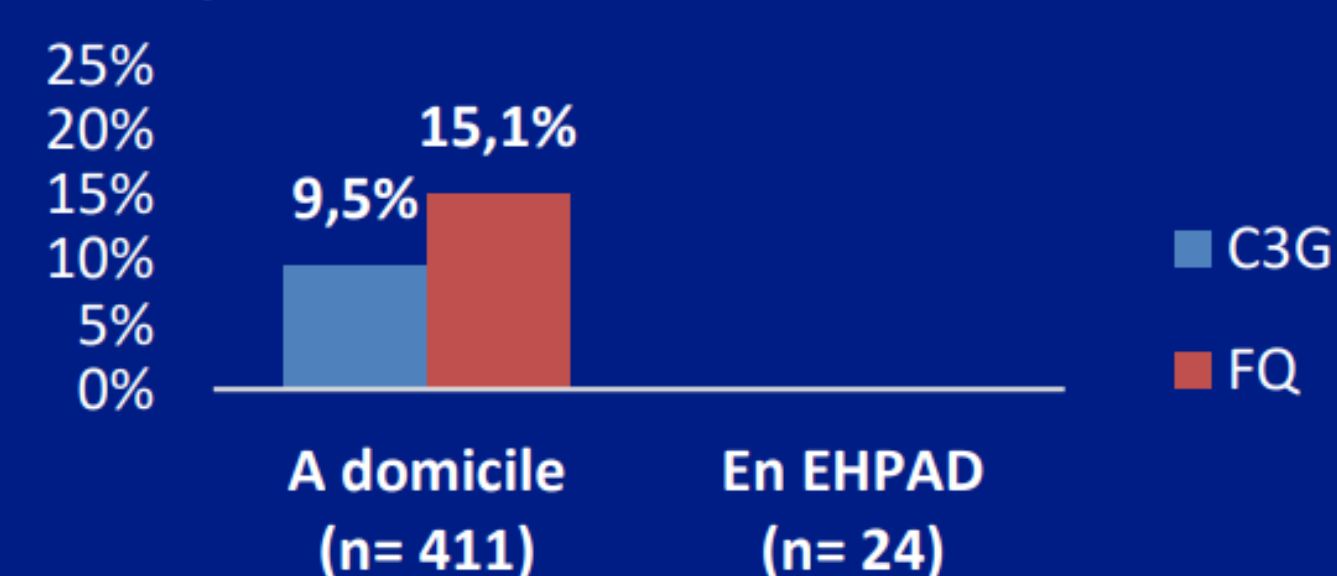


**SELON L'HÉBERGEMENT ET LE SEXE CHEZ LES > 65 ANS**

### ♀ CHEZ LES FEMMES



### ♂ CHEZ LES HOMMES





# RÉSISTANCES OBSERVÉES

## *Klebsiella pneumoniae* (urines)



À DOMICILE



EN EHPAD

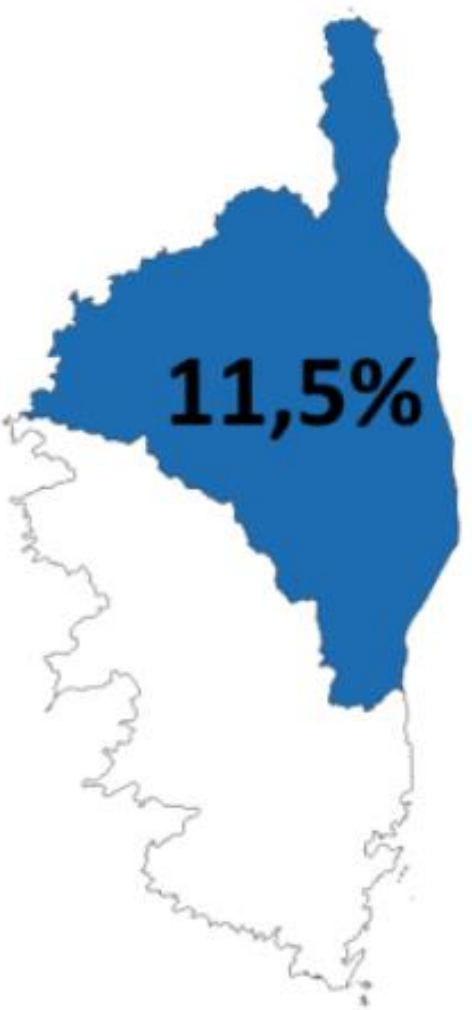
### C3G

Céphalosporines 3ème  
génération  
(Céfotaxime ou ceftriaxone ou  
ceftazidime)

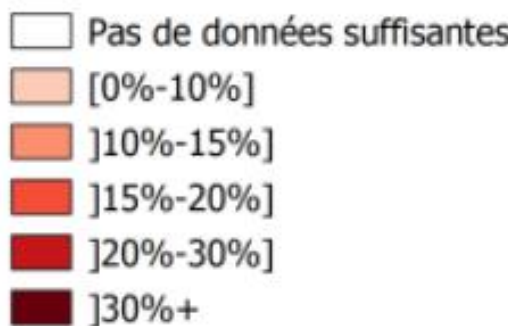
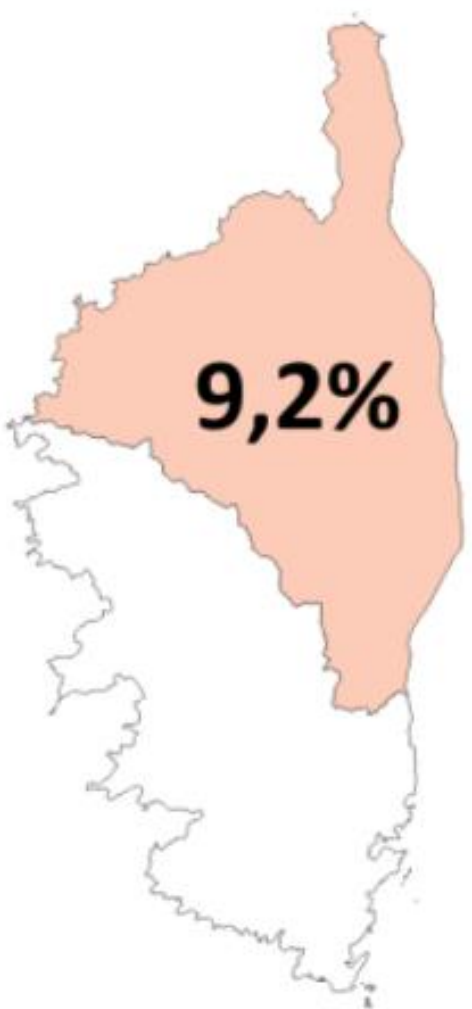
Départements	Effectifs Ville
Corse-du-Sud	2
Haute-Corse	705



RÉGION  
11,5%



RÉGION  
9,2%

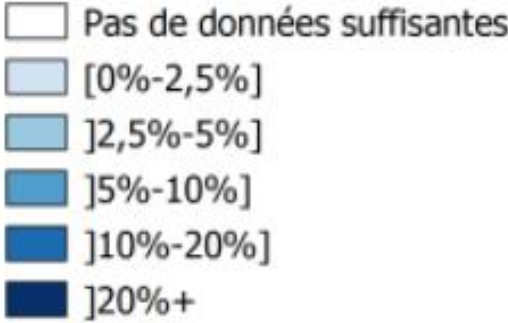
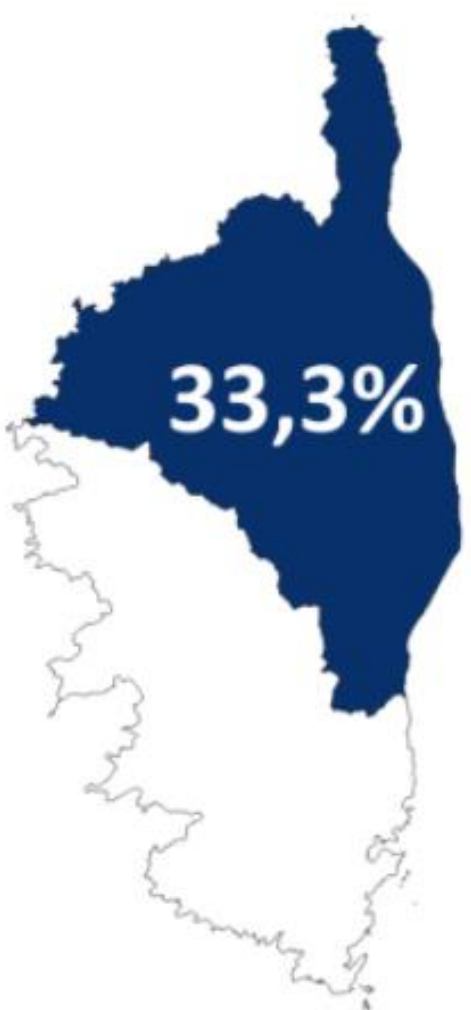


### FQ

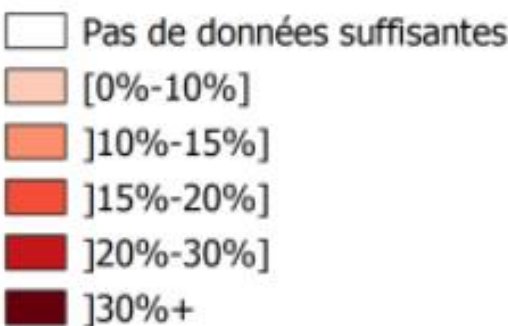
Fluoroquinolones



RÉGION  
34,5%



RÉGION  
34,5%



Départements	Effectifs Ehpad
Corse-du-Sud	1
Haute-Corse	54

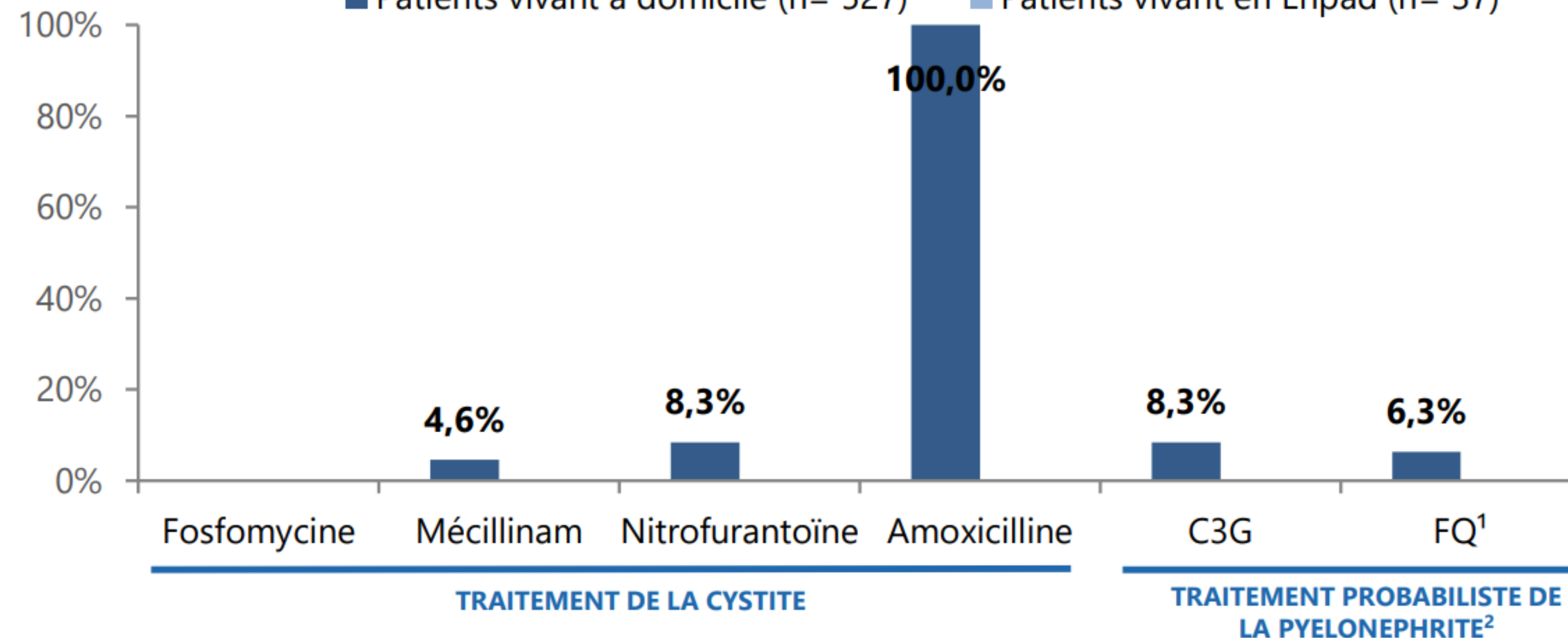


# RÉSISTANCES OBSERVÉES

## *Klebsiella pneumoniae* (urines)

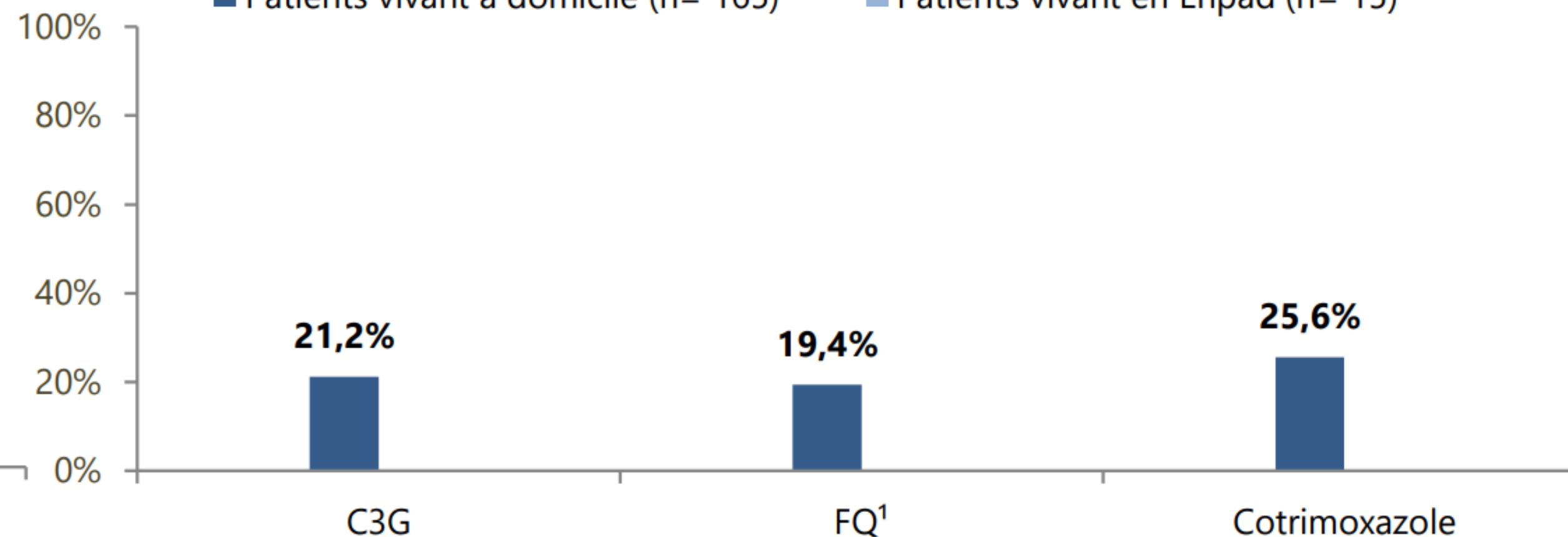
### CHEZ LA FEMME

■ Patients vivant à domicile (n= 527) ■ Patients vivant en Ehpad (n= 37)



### CHEZ L'HOMME

■ Patients vivant à domicile (n= 165) ■ Patients vivant en Ehpad (n= 15)



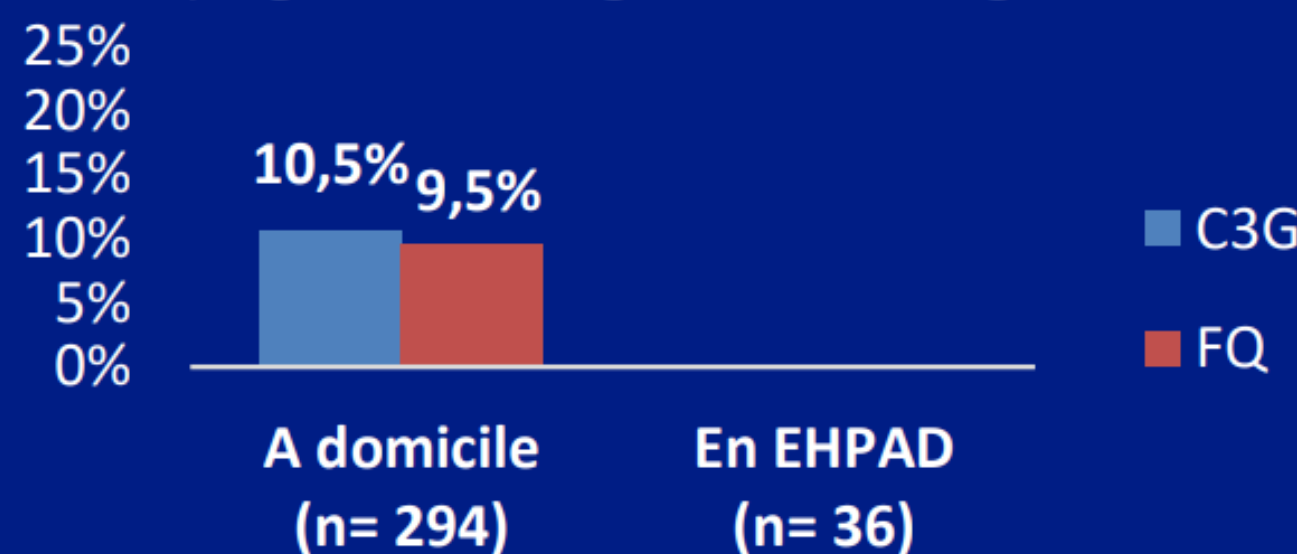
- C3G à privilégier en probabiliste sur les formes graves
- Pour les FQ, prévenir le patient des effets indésirables ([note Ansm d'août 2023](#))
- Cotrimoxazole : bonne efficacité clinique en cas de sensibilité de la bactérie

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

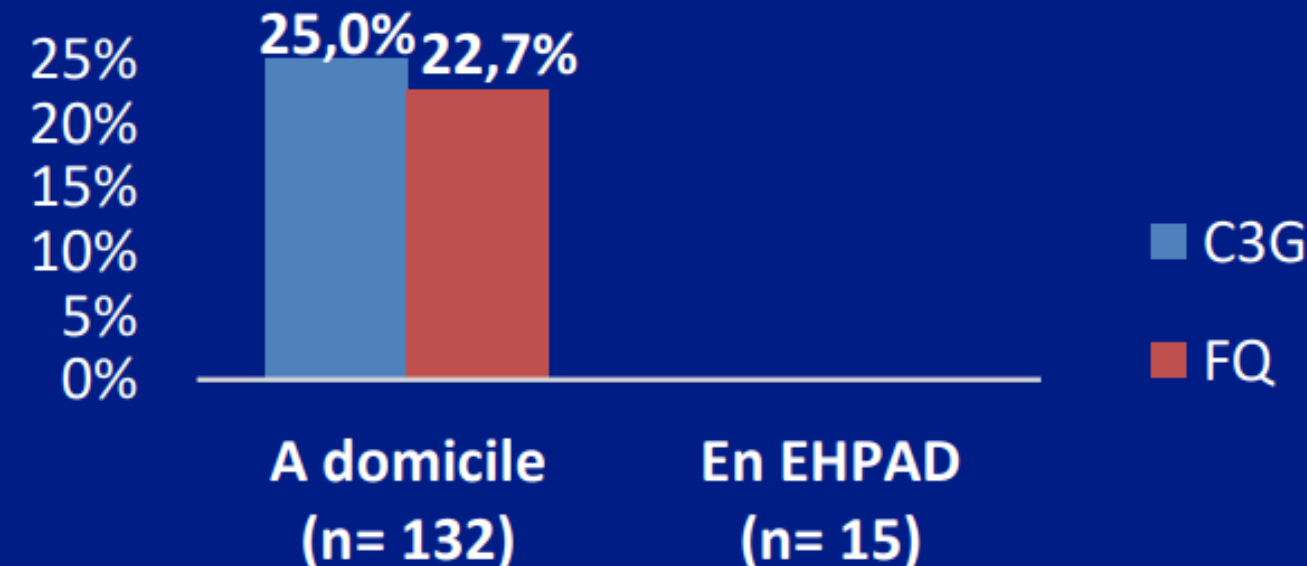
<sup>2</sup> C3G et FQ : utilisation réservée aux pyélonéphrites, le relais par une autre molécule est à adapter selon l'antibiogramme

   
**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

#### *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM)

7,2%

Proportion de SARM chez *Staphylococcus aureus* isolé d'hémocultures



0,08

Densité d'incidence SARM / 1 000 JH



#### *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine (ERV)

0%

Proportion d'ERV chez *Enterococcus faecium* isolé d'hémocultures



### Enterobacterales

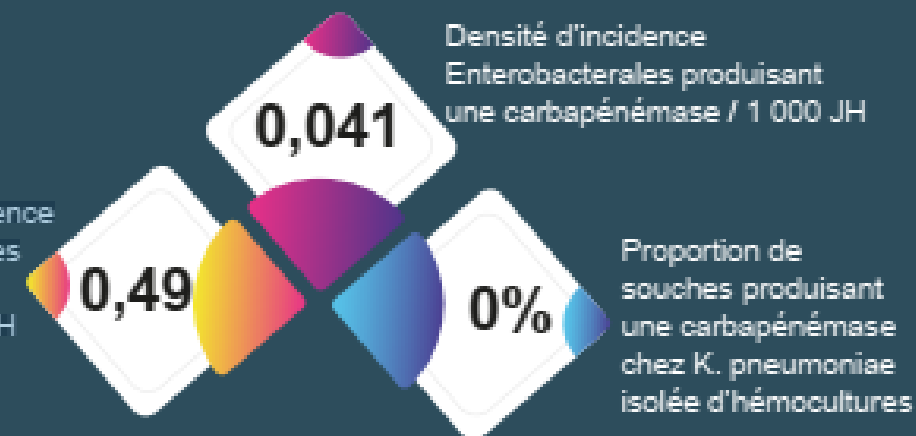
#### *Klebsiella pneumoniae* BLSE

0,14

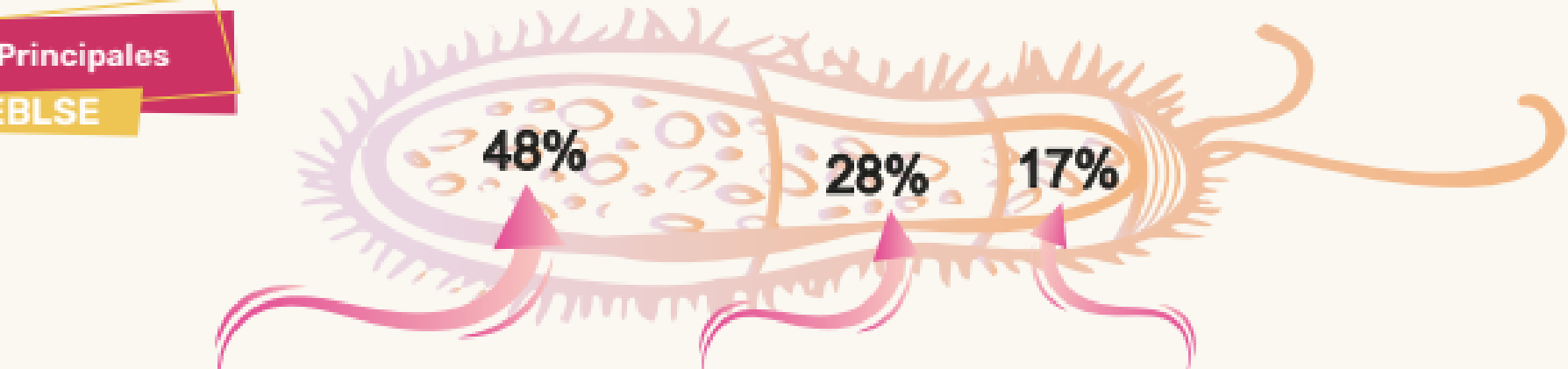
Densité d'incidence de *K. pneumoniae* produisant une BLSE / 1 000 JH



Densité d'incidence Enterobacterales produisant une BLSE / 1 000 JH



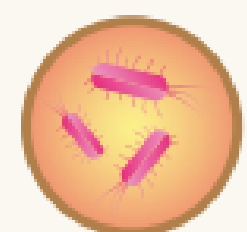
#### Principales EBLSE



*Escherichia coli* BLSE

*Klebsiella pneumoniae* BLSE

*Enterobacter cloacae* complex BLSE



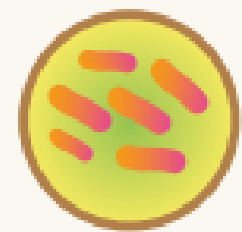
5,5%

% de BLSE au sein de l'espèce



18,6%

% de BLSE au sein de l'espèce



17,9%

% de BLSE au sein de l'espèce

# 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

#### *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM)

10,4%

Proportion de SARM chez *Staphylococcus aureus* isolé d'hémocultures



0,13

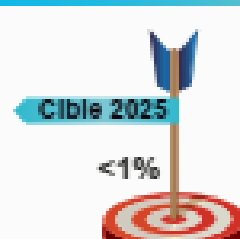
Densité d'incidence SARM / 1 000 JH



#### *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine (ERV)

0,6%

Proportion d'ERV chez *Enterococcus faecium* isolé d'hémocultures



### Enterobacterales

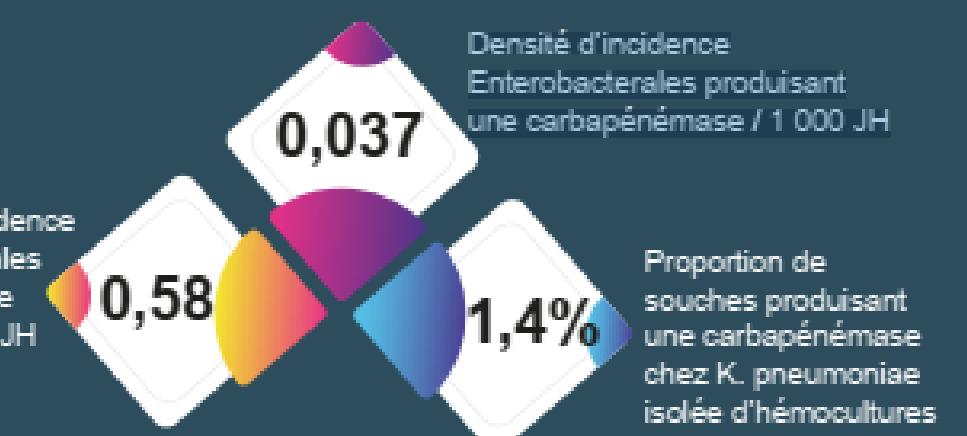
#### *Klebsiella pneumoniae* BLSE

0,18

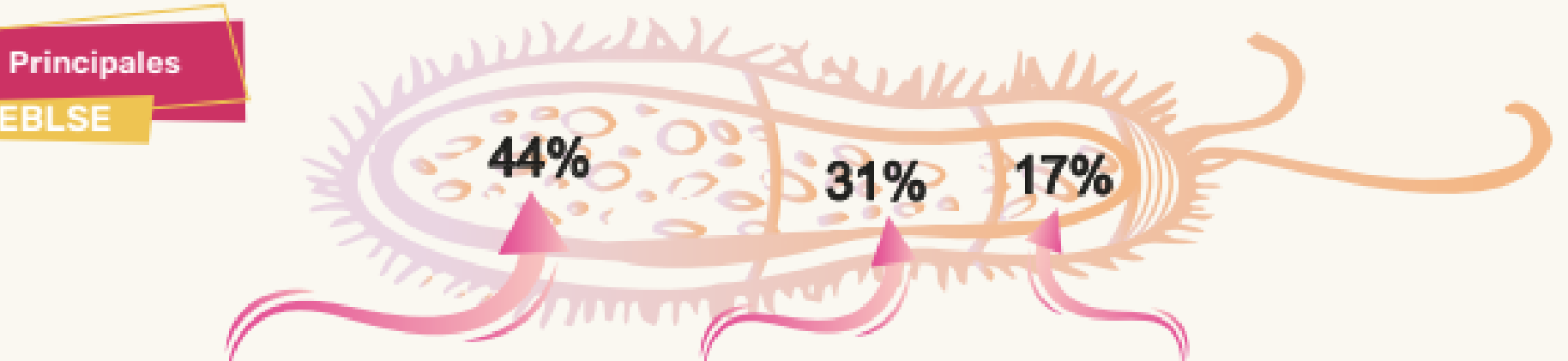
Densité d'incidence de *K. pneumoniae* produisant une BLSE / 1 000 JH



Densité d'incidence Enterobacterales produisant une BLSE / 1 000 JH



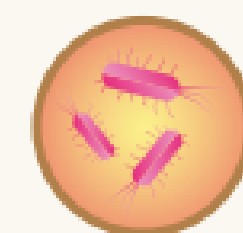
#### Principales EBLSE



*Escherichia coli* BLSE

*Klebsiella pneumoniae* BLSE

*Enterobacter cloacae* complex BLSE



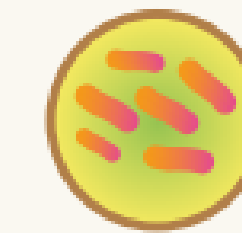
6,5%

% de BLSE au sein de l'espèce



20,2%

% de BLSE au sein de l'espèce



20,1%

% de BLSE au sein de l'espèce

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

Points clés 2024 en Corse

CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES EN 2024 DANS 7 ÉTABLISSEMENTS

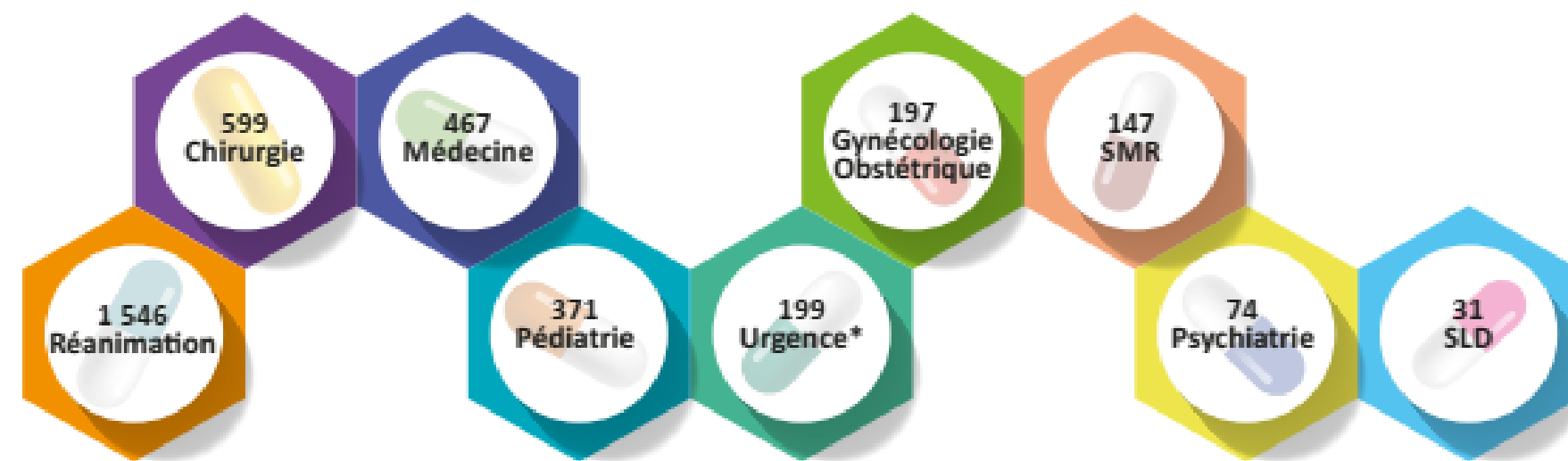
CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES EN NOMBRE DE DOSES DÉFINIES JOURNALIÈRES (DDJ)  
POUR 1 000 JOURNÉES D'HOSPITALISATION (JH)



Consommation globale » 344,6



## CONSOMMATION PAR TYPE D'ACTIVITÉ



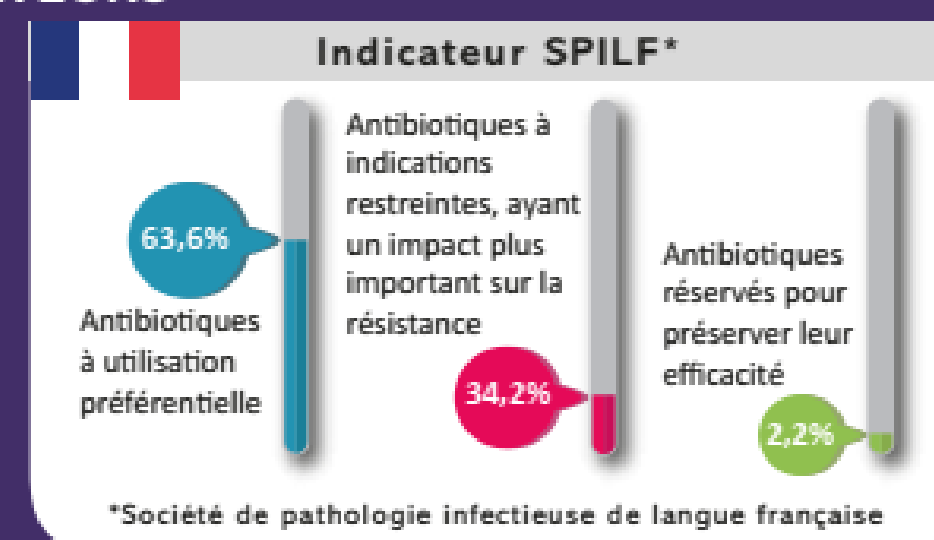
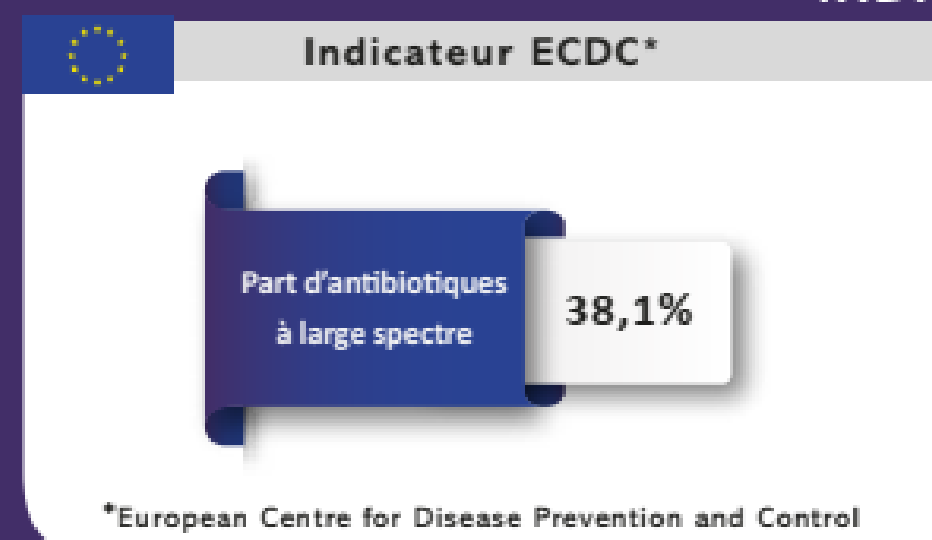
\*Hospitalisations de très courte durée

## TOP 5 DES ANTIBIOTIQUES CONSOMMÉS



en nombre de DDJ / 1 000 JH

## INDICATEURS



# 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

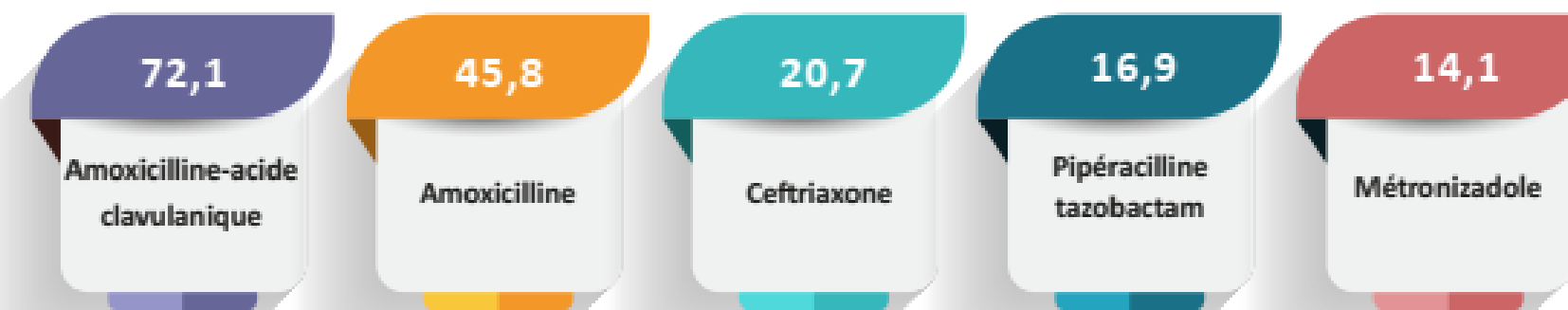


## CONSOMMATION PAR TYPE D'ACTIVITÉ



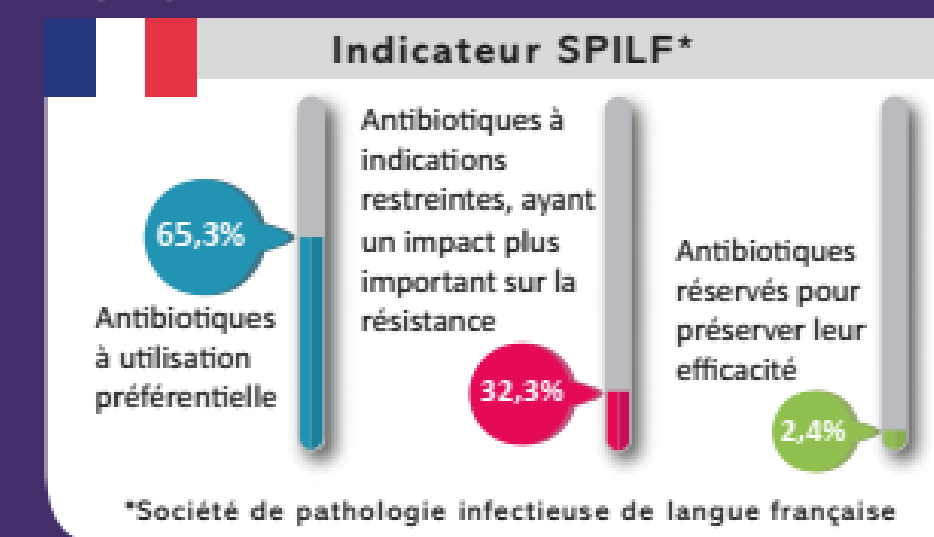
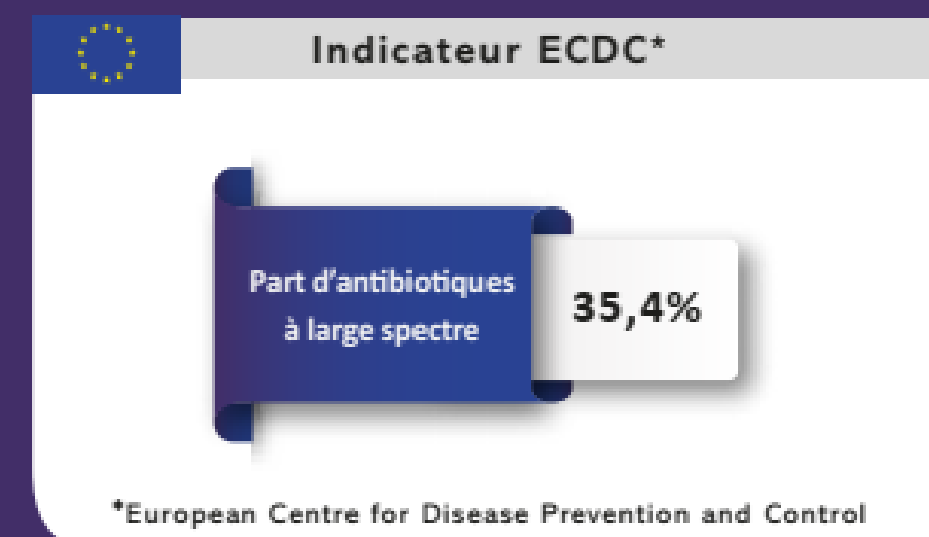
\*Hospitalisations de très courte durée

## TOP 5 DES ANTIBIOTIQUES CONSOMMÉS



en nombre de DDJ / 1 000 JH

## INDICATEURS





# Webinaire

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