

Séminaire  
INFECTI • DPC  
En lien avec



Sfmu

**2ème Séminaire**  
**Bon Usage des Antibiotiques**  
**aux Urgences**  
Espace Bellechasse  
18 Rue de Bellechasse 75007 PARIS  
25 et 26 Septembre 2025

# **Revue des situations fréquentes ne nécessitant pas la prescription d'antibiotiques**

*Dr Serge Alfandari MIT*

*Dr Pierre Caprini MU*

*CH Tourcoing*

# Liens d'intérêts des 5 dernières années

---

- ▶ S. Alfandari
  - Gilead: 1 inscription congrès Lille 2023 pour communication (non rémunérée)
- ▶ P. Caprini
  - Aucun

# Objectifs

---

- ▶ Discuter des situations ne nécessitant pas systématiquement une antibiothérapie
  - Selon la présentation clinique
  - Selon les examens éventuels
- ▶ Comprendre les éléments amenant à modifier des recommandations

# Antibiothérapie curative

---

- ▶ Trouver le bon équilibre
  - Bénéfice immédiat/retardé
  - Bénéfice individuel/collectif
- ▶ Contraintes
  - Flux de patients
    - Pression patients/accompagnants
  - Accessibilité examens
  - Incertitude diagnostique
  - Obsolescence connaissances/recommandations
  - Pas assez de médecins MU/MG dans les auteurs des recos



# Faut - il prescrire une antibiothérapie ?

---

## ► Y a il une infection ?

- La fièvre ne signe pas l'infection
  - Inflammatoires
  - Néoplasiques
  - Thrombo-emboliques
  - Médicamenteuses
  - Métaboliques
- La CRP ne signe pas l'infection
  - Cancers
  - Hématomes
  - EP
  - Maladies inflammatoires
  - Traumatiques
  - IDM
  - ...

## ► L'infection est elle bactérienne ?

- Viroses
- Infections fongiques invasives
- Parasitoses

## ► Le bénéfice du traitement est il supérieur aux risques ?

- Toxicité
- Allergie
- Interactions médicamenteuses
- Sélection de résistances

**On est évidemment pas dans le sepsis/choc septique**

**Top 5**  
**DES RECOMMANDATIONS  
DE BONNES PRATIQUES  
EN MALADIES INFECTIEUSES**



1

Ne pas traiter un ECBU positif  
sans symptômes urinaires\*

*\*Hors grossesse et intervention urologique*



2

Ne pas prescrire d'antibiotiques  
pour traiter une infection virale

*Notamment rhinopharyngite, otite et angine*



3

Ne pas prescrire d'ECBU chez les  
patients sondés uniquement  
devant une modification de  
l'aspect ou de l'odeur des urines



4

Ne pas prescrire d'antibiotiques  
pour une angine sans avoir réalisé  
un Test Diagnostic Rapide pour le  
Streptocoque du groupe A



5

Ne pas prescrire d'antibiotiques  
devant une fièvre inexplicée en  
l'absence de signes de gravité ou de  
terrain à risque de complications

# Analyse des recommandations de pratique

---

- ▶ Extraction des situations listées comme:
  - Sans indication d'ATB du tout
  - Sans indication d'ATB en 1<sup>ère</sup> ligne
    - Uniquement sur échec d'un traitement symptomatique
- ▶ Focus sur quelques unes, pour ne pas faire catalogue
  - Recommandations récentes
  - Controverses

# Quelles situations ?

## Info-antibio N°42 : Janvier 2014

Lettre mensuelle d'information sur les antibiotiques.

**Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité**

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques...

Cette lettre présente de manière synthétique des actualités ou mises au point concernant les antibiotiques. Elle est accessible gratuitement en inscrivant son mail [ICI](#). Les liens internet sont actifs et amènent à des documents accessibles sans restriction.

### L'antibiothérapie c'est pas automatique

Mieux utiliser les antibiotiques, c'est aussi savoir ne pas les débiter. Ci-dessous une liste (non exhaustive) des situations pour lesquelles une antibiothérapie n'est pas recommandée ou n'est recommandée qu'en cas d'échec d'un traitement symptomatique.

- ▶ Fièvre isolée
- ▶ ↗ isolée de la CRP
- ▶ VRI
  - Bronchite aiguë de l'adulte sain
  - Exacerbation de BPCO non graves
  - Bronchiolite nourrisson
  - Bronchite ou trachéobronchite enfant
- ▶ Cutané
  - Furoncle
  - Veinite simple
  - Abscess de paroi post opératoire
  - Morsure de tiques
  - Plaies et escarres (hors morsures animales)

- ▶ Diverticulite non compliquée
- ▶ Urinaire
  - Bactériurie asymptomatique (sauf grossesse) y compris sur sonde
- ▶ ORL
  - Angines à TDR –
  - Rhinopharyngite aiguë
  - OMA congestive et séromuqueuse.
  - Otite externe (sauf maligne)
  - Otorrhée sur drain.
  - En 1<sup>ère</sup> intention sur:
    - Sinusite maxillaire adulte
    - Sinusite enfant
    - OMA enfant > 2 ans



# C'est dur d'être « à jour »: exemple des exacerbations de BPCO »

---

- ▶ 7 recommandations en 23 ans soit ~ 1 tous les 3 ans
  - 1991-1995-2005-2010-2017-2021
- ▶ Dernière itération: juillet 2024
  - Pathologie inflammatoire des bronches dont l'origine n'est pas toujours bactérienne
  - **Purulence isolée des expectorations: pas d'ATB initiale**
  - Indications limitées:
    - ATB si augmentation volume et purulence expectorations  $\geq 48h$
    - ATB d'emblée si VEMS  $< 30\%$  et expectoration importante et purulente

**Commentaires ?**

**Questions ?**

# Plaies aiguës

# Antibiotiques ou non?

---

- Recommandations de la SFMU de 2017.
- Plusieurs situations.

# Plaies aiguës

# Antibiotiques ou non?

## A. Les morsures de mammifères



- Signes inflammatoires ou non
- Certaines sources proposent des « facteurs de risque » : 1 point pour ATB
  - plaie de la face / OGE
  - proximité structure tendineuse
  - Localisation à la main
  - Morsure profonde et/ou délabrante
  - Morsure de chat
  - Immunodépression ou asplénie

# Plaies aiguës

# Antibiotiques ou non?

## A. Les morsures de mammifères



- Signes inflammatoires ou non

Amoxicilline –  
Acide Clavulanique

1 g 3 fois par jour

5 jours

Allergie B-  
Lactamines

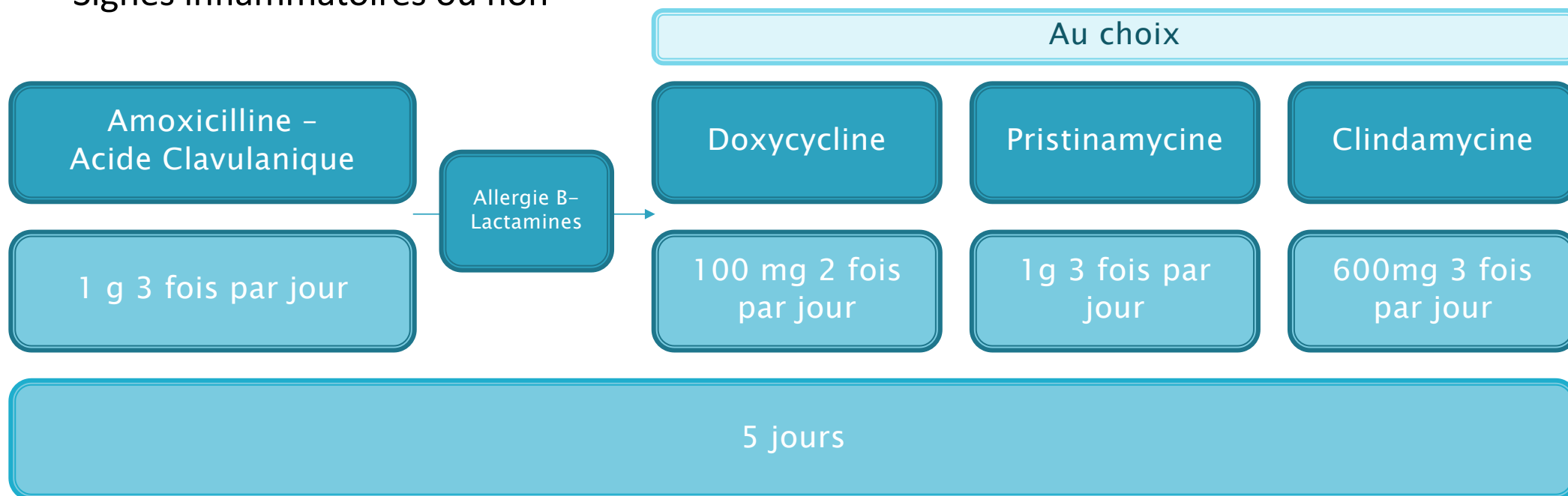
# Plaies aiguës

# Antibiotiques ou non?

## A. Les morsures de mammifères



- Signes inflammatoires ou non



# Plaies aiguës

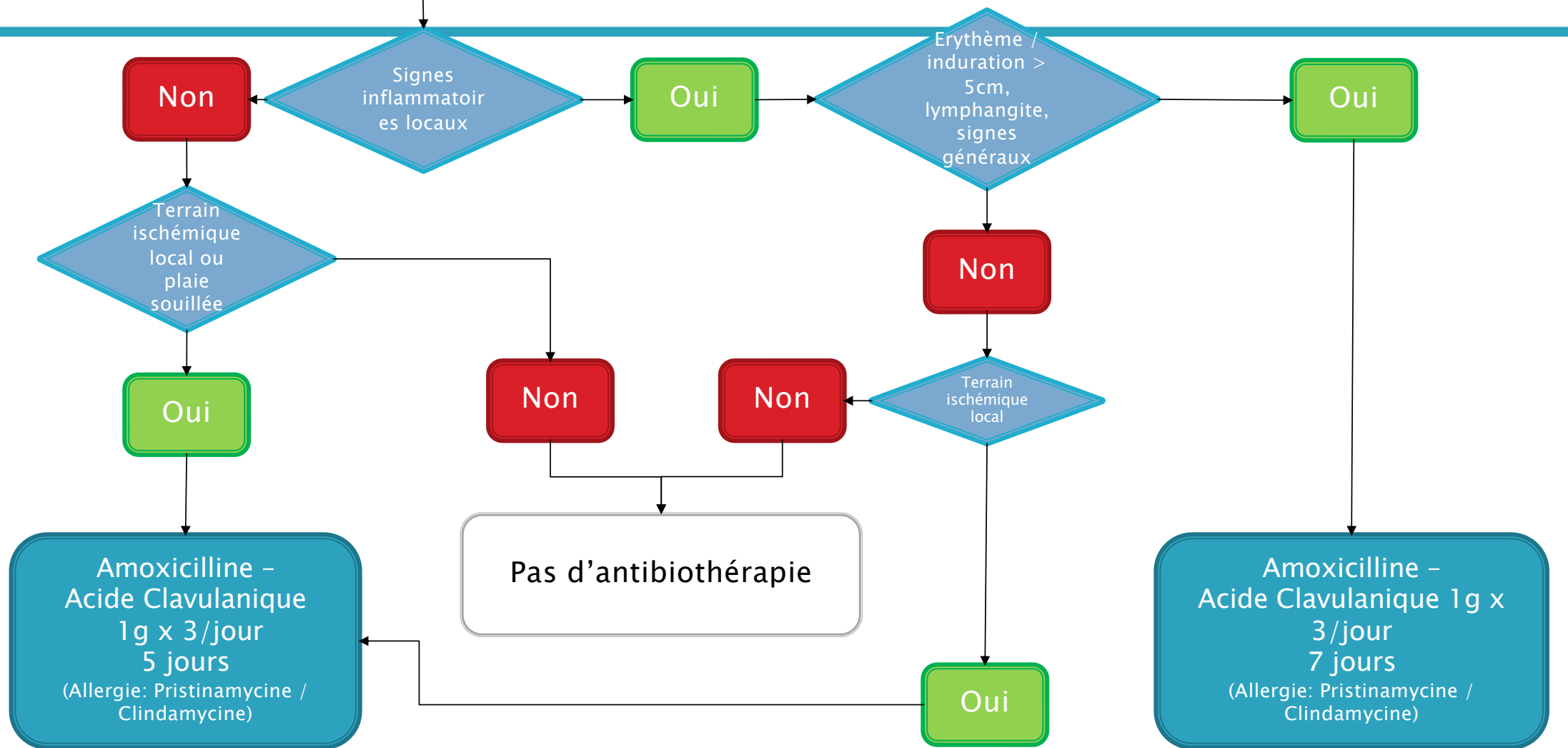
# Antibiotiques ou non?

---

## B. Les plaies traumatiques

- Souillage de la plaie
- Terrain ischémique local
- Présence de signes inflammatoires locaux

# Plaie Traumatique Aiguë





**Commentaires ?**

**Questions ?**

# Epistaxis

# Antibiotiques ou non?

Epistaxis traumatique sans plaie soufflante

PAS D'ANTIBIOTHERAPIE

Méchage antérieur résorbable

PAS D'ANTIBIOTHERAPIE

Méchage antérieur non résorbable < 48 heures

PAS D'ANTIBIOTHERAPIE

Méchage antérieur non résorbable > 48 heures

ANTIBIOTHERAPIE

Méchage postérieur

ANTIBIOTHERAPIE

# Epistaxis

# Antibiotiques ou non?

Méchage antérieur non résorbable > 48 heures

ANTIBIOTHERAPIE

Méchage postérieur

ANTIBIOTHERAPIE

Quelle antibiothérapie et combien de temps ?

– AUGMENTIN 1g x 3/jour en première intention (CLARITHROMYCINE 500mg x 2/jour si Allergie) :  
IE TEMPS DU MECHAGE + 5 JOURS (cf. SFORL / fiches)

– A noter : risque d'endocardite / spondylodiscite / TSS dans les tamponnements postérieurs

---

**Commentaires ?**

**Questions ?**

# OTITES MOYENNES AIGUES    Antibiotiques ou non?

Chez l'enfant

3 mois à < 2 ans

- AMOXICILLINE  
80mg/kg/jour  
(max 3g/j)  
10 jours
- Allergie :  
cefpodoxime  
proxétil ou  
BACTRIM

> 2 ans

- Symptomatologie  
modérée
- Congestive

- Surveillance 48-  
72 heures,  
- Si échec : ATB

- Symptomatologie  
bruyante
- Otalgie ++

- AMOXICILLINE  
80mg/kg/jour  
(max 3g/j)  
5 jours

- Allergie : cefpodoxime  
proxétil ou BACTRIM 5  
jours

- Si récurrence après  
ATB (> 4 jours)
- Si otorhée

- AMOXICILLINE  
80mg/kg/jour  
(max 3g/j)  
10 jours

- Allergie : cefpodoxime  
proxétil ou BACTRIM

# OTITES MOYENNES AIGUES    Antibiotiques ou non?

---

Chez l'enfant

3 mois à < 2 ans

> 2 ans

Syndrome otite – conjonctivite (= H. influenzae)

AUGMENTIN 80mg/kg/jour  
(max 3g/j) – 10 jours

AUGMENTIN 80mg/kg/jour (max 3g/j) – 5 jours

# OTITES MOYENNES AIGUES    Antibiotiques ou non?

---

Chez l'enfant

3 mois à < 2 ans

– Antibiothérapie systématique 10 jours

– Si échec : AVIS SPECIALISE

> 2 ans

– Savoir s'abstenir (peu bruyante, congestive)

– 5 jours sauf si récurrence / otorrhée (10 jours)

AMOXICILLINE  
SI CONJONCTIVITE ASSOCIEE : AUGMENTIN

# OTITES MOYENNES AIGUES    Antibiotiques ou non?

---

Chez l'enfant

Digression : la places des ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROÏDIENS A PLUS DE 3 MOIS  
(HAS 2025)

- Recommandés en cas d'inefficacité / échec du PARACETAMOL
  - A visée ANTALGIQUE aucunement antipyrétique
    - Si otite non compliquée (pas d'otorrhée)
  - Et si absence : Varicelle (danger strepto A hémolytique);  
Complication / infection sévère bactérienne ORL ou autre



# OTITES MOYENNES AIGUES    Antibiotiques ou non?

Chez l'adulte (limite d'âge ?)

Adulte

Otite MA congestive (tympan  
rouge, bombé)

Abstention thérapeutique  
Réévaluation

Otite MA purulente

AMOXICILLINE : 1g x 3/jour  
pendant 5 jours

Syndrome otite - conjonctivite  
(= H. influenzae)

AUGMENTIN 1g x 3/jour  
pendant 5 jours

Allergie: 5 jours

Céfuroxime axétil / Cefpodoxime proxétil

Bactrim

Pristinamycine

---

**Commentaires ?**

**Questions ?**

---

## **La controversie: Engines**

# Ce qu'on a appris (cf Pilly)

---

- ▶ Complications parfois graves si SGA
  - Syndromes post-streptococciques:
    - RAA, glomérulonéphrite aiguë, érythème noueux, choree de Sydenham).
  - Complications toxiques:
    - scarlatine & choc toxique streptococcique (TSS).
  - Complications suppurées:
    - *Phlegmon périamygdalien, abcès rétropharyngé, adénophlegmon, cellulites cervicales et médiastinites, syndrome angine-infarctus pulmonaire ou syndrome de Lemierre*
- ▶ Antibiothérapie des angines à SGA
  - Gold standard

# Objectifs ATB et angines à strepto A

---

- ▶ Accélérer la guérison
- ▶ Réduire la contagiosité
- ▶ Prévention du RAA
- ▶ Prévention des phlegmons
- ▶ Prévention des glomérulonéphrites post streptococciques

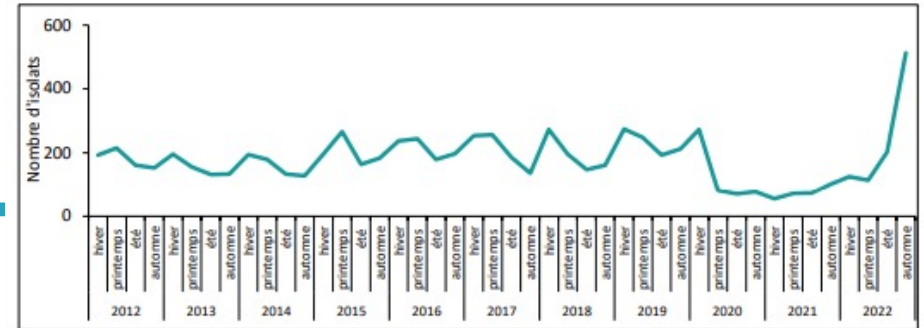
# La remise en question de l'indication

---

- ▶ Guérison plus rapide
  - Effet modeste (16h sur 7j)
- ▶ Limitation contagiosité
  - Etudes de faible qualité
- ▶ Risque RAA faible  $< 1/100000$  en métropole
- ▶ Risque phlegmon  $\sim 1\%$  sans ATB
  - Etudes de méthodologie médiocre sur effet ATB
- ▶ Pas de reco de TT dans les pays proches **hors patients à risque de forme grave**
  - Belgique, suisse, UK, ESCMID

ESCMID, CMI 2012  
<https://ssi.guidelines.ch/>  
<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be>  
[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

# Les contre arguments



- ▶ Recrudescence infection invasives à SGA depuis le COVID
  - Augmentation fréquence porte d'entrée ORL pour ces IISGA
- ▶ Guérison plus rapide
  - Effet modeste, mais significatif sur la douleur: utile chez l'enfant
- ▶ Diminution aussi des complications peu graves: OMA
  - OR = 0.21, IC95% = 0.11 à 0.40
- ▶ Limitation contagiosité
  - 91% éradication pharyngée à J1

Rapports CNR streptocoque  
Spinks et al, Cochrane DSR 2021,  
Schwartz et al PIDJ 2015

# Avenir du traitement des angines à SGA ?

---

- ▶ Pas un enjeu majeur du bon usage des ATB
  - Excepté, peut être, sur les téléconsultations
  - Mais mitigé par les TROD SGA accessibles aux pharmaciens
- ▶ Les prescriptions inappropriées en « voies respiratoires » se voient surtout sur bronchites, rhinopharyngites, bronchiolites, laryngite
  - Risque bactérien pourtant quasi nul
- ▶ Revoir la mythologie enseignée sur rôle de l'ATB sur le SGA
  - Le RAA n'est plus le problème (en métropole)



**Commentaires ?**

**Questions ?**

# Un petit final sur les limites de la CRP

---

- ▶ Capacité médiocre de la CRP pour diagnostiquer les infections
- ▶ Spécificité
  - IOA: 52- 83%
  - PTM: 28-40%
  - IU: 37-57%
  - IGH: 84-88%
  - Pneumonies 60-80%
- ▶ Pas de seuil validé

Revisiting diagnostics: erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein: it is time to stop the zombie tests

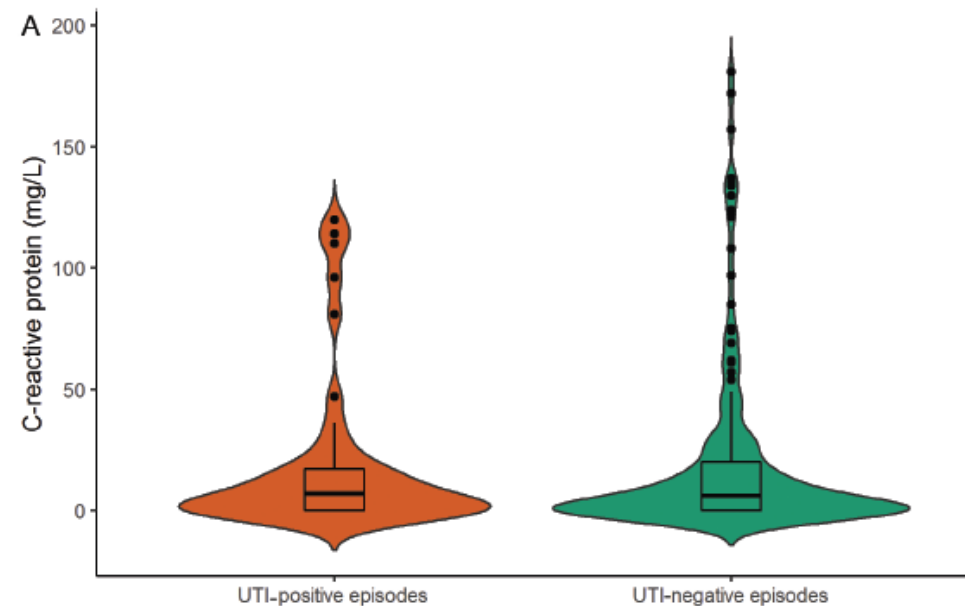
Brad Spellberg <sup>1,\*</sup>, Travis B. Nielsen <sup>2,3</sup>, Matthew C. Phillips <sup>4,5</sup>, Bassam Ghanem <sup>6</sup>, Tom Boyles <sup>7</sup>, Boris Jegorović <sup>8,9</sup>, Brent Footer <sup>10</sup>, Jordan K. Mah <sup>11</sup>, Anthony Lieu <sup>12</sup>, Jake Scott <sup>13</sup>, Noah Wald-Dickler <sup>1</sup>, Todd C. Lee <sup>14</sup>, Emily G. McDonald <sup>15,16</sup>

Spellberg et al CMI 2024

# Pas très bon chez le résident en EHPAD pour IU

- ▶ 13 EHPAD Pays-Bas
- ▶ Critères cliniques stricts
  - ≥ 2 symptômes + leucocyturie +  $\geq 10^4$  pathogènes + réponse clinique /ATB adapté
- ▶ 49 patients avec tous les critères
  - Sensibilité: 57%
  - Spécificité: 54%

Kuil et al CID 2021



# Pas très bon pour les infections respiratoires basses en ville

---

- ▶ Essai ouvert randomisé Français
- ▶ 1 groupe: pas de CRP
- ▶ 1 groupe: mesure CRP au cabinet sur test rapide ~2 mn
  - Sur sang capillaire avec lecture automatisée
- ▶ CAT ATB/examens libre
  - Prescription conditionnelle autorisée
- ▶ **Critère de jugement: prescription ATB**
- ▶ Rappel patients à J8 pour infos sur état clinique/changement traitement/hospitalisation

Jung et al CMI 2024

# Pas très bon pour les infections respiratoires basses en ville

- ▶ 26 MG et 404 patients  $\geq 3$  ans
- ▶ Pas de différence significative ATB:
  - 43 vs 47,7%  $p=0,3$
- ▶ Analyse multivariée:
  - CRP  $\geq 50$  et âge  $\geq 18$  associé à ATB
  - CRP  $< 20$  associé à moins d'ATB
- ▶ A J8 (82% de répondants)
  - Nouvelle CS: 15,1 vs 22,3%  $p=0,09$
  - 0 hospit
  - 1 passage urgences (groupe CRP)

Characteristics	All patients $n = 404$
Age (y)	
3–17	62 (15.3); $9.3 \pm 5.2$
18–64	231 (57.2); $42.3 \pm 13.3$
$\geq 65$	111 (27.5); $75.8 \pm 7.3$
Female sex	244 (60.4)
Frail patients	98 (24.3)

# Pas recommandé pour décider d'une ATB aux urgences

---

- ▶ We suggest against the use of CRP in the ED to guide the initiation of antibiotics for patients with respiratory tract infections
  - Weak recommendation against use, very low certainty of evidence

European society of clinical microbiology and infectious diseases  
guidelines for antimicrobial stewardship in emergency departments  
(endorsed by European association of hospital pharmacists)

Schoffelen et al CMI 2024

# Pas recommandé pour décider d'une ATB aux urgences

---

- ▶ Pas recommandé de manière systématique pour le diagnostic et/ou le suivi des PAC (Grade C-1)
  - Aucun seuil consensuel et validé pour
    - diagnostic positif de PAC
    - diagnostic étiologique
- ▶ Aucune étude n'a étudié l'impact du dosage de la CRP sur l'évolution et/ou la prise en charge du patient

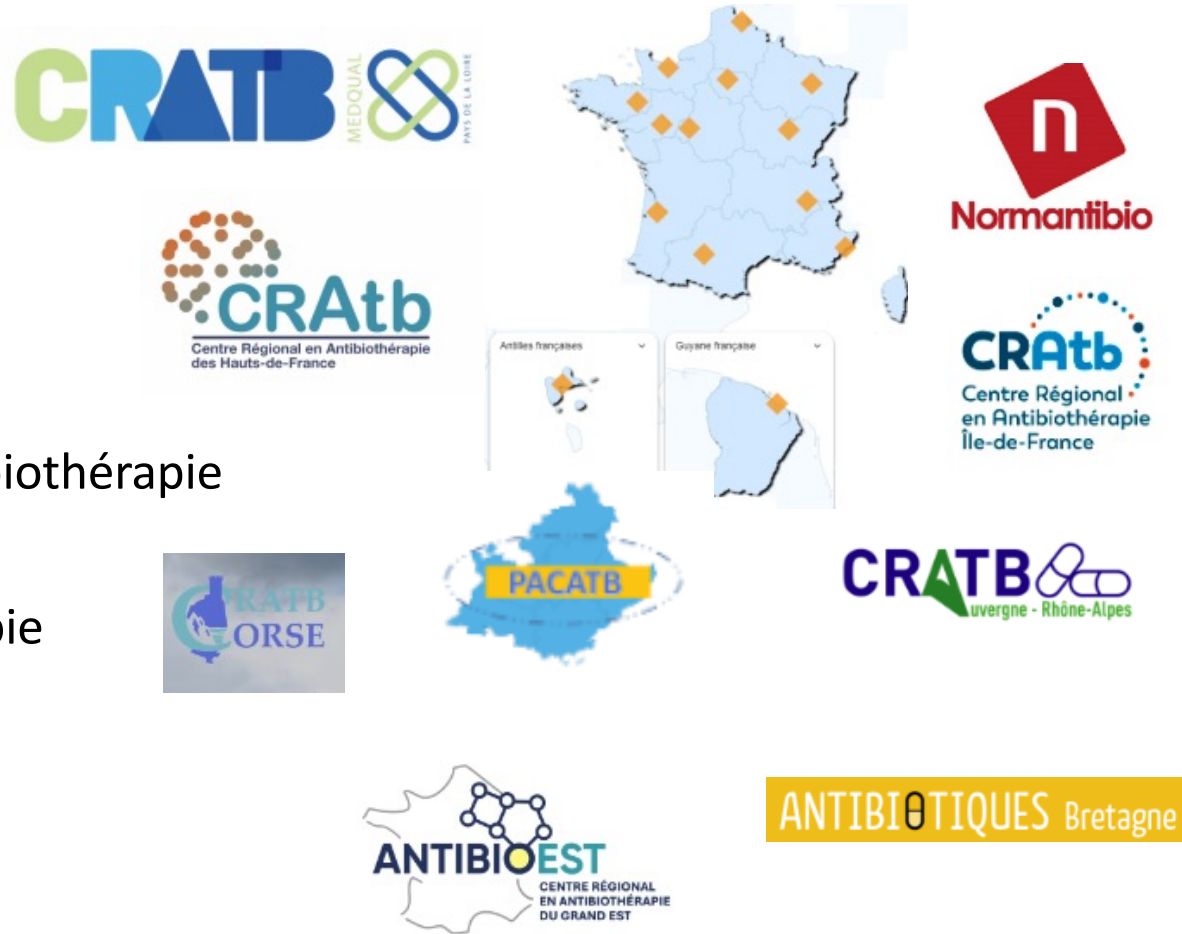
**Commentaires ?**

**Questions ?**



# Comment améliorer le bon (non) usage des ATB ?

- ▶ Travailler ensemble
- ▶ En local
  - Référent antibiotique
- ▶ Niveau GHT
  - Equipes multidisciplinaires en antibiothérapie
- ▶ Niveau régional
  - Centres régionaux en antibiothérapie



# Aide à la non prescription

- ▶ Lignes d'avis téléphoniques
  - Gros centres souvent H24
  - Petit centres heures ouvrables
- ▶ Outils électroniques
  - Appli nationales
  - Appli régionales
- ▶ Multiples documents
  - Pas toujours simples: dizaines de pages
  - Pas faciles de trouver celui qu'il vous faut



**ANTIBIOCLIC**  
Antibiothérapie rationnelle en soins primaires



Recherche

- Situations cliniques
- Les agents infectieux
- Antibiotiques au cours de la grossesse
- Insuffisance rénale et antibiotiques
- Interprétation des résultats d'exams
- Prévention de la transmission
- Prophylaxie



Antibiogilar  
CH Tourcoing

- Recherche
- A propos
- Contact
- Auteurs
- Références

**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Haut Conseil de la Santé Publique**

**GILAR**  
Groupement d'infectiologie et de lutte contre l'antibio-résistance

# Documents pour les patients

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

CACHET ET SIGNATURE MÉDECIN

## Ordonnance pour infection virale

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

MALADIES DUES À UN VIRUS	DURÉE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES	MESURES POUR SE PROTÉGER DES INFECTIONS VIRALES
<input type="checkbox"/> RHINOPHARYNGITE (RHUME) Toujours virale	• Fièvre : 2-3 jours • Nez bouché et/ou qui coule (sécrétions blanches, jaunes ou vertes) : 7-12 jours • Toux : 1-3 semaines	
<input type="checkbox"/> GRIPPE Toujours virale	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours • Toux : 2-3 semaines • Fatigue : plusieurs semaines	
<input type="checkbox"/> ANGINE VIRALE Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif	• Fièvre : 2-3 jours • Mal à la gorge : 7 jours	
<input type="checkbox"/> BRONCHITE AIGÜE Toujours virale	• Fièvre : 2-3 jours • Toux : 2-3 semaines	
<input type="checkbox"/> OTITE AIGÜE Le plus souvent virale	Fièvre, douleur : 3-4 jours	
<input type="checkbox"/> COVID-19 Toujours virale	• Signes peu spécifiques et variables : rhume, mal à la gorge, toux... : 7-10 jours • Si apparition de difficultés ou de gêne pour respirer : consultation médicale	

Si la fièvre persiste ou si d'autres symptômes apparaissent, vous devez reconsulter votre médecin

Commentaires du médecin et/ou du pharmacien :

### 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.

### En savoir plus sur les antibiotiques :

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables : allergies, diarrhée...
- Plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes. Les bactéries résistantes peuvent être la cause d'infections contagieuses, difficiles à guérir.
- 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 !
- Plus d'informations : <https://www.sante.fr/antibiomaillon>



Source visuelle : Affiche d'information consensuelle : protégeons-nous les uns les autres campagne Covid-19 Santé publique France, mai 2023

HAPPY PATIENT

## Ordonnance de non-prescription d'antibiotique

Date: .....

Nom du patient: .....

Infection:	La plupart des gens vont mieux en:	Symptômes les plus fréquents:
<input type="checkbox"/> COVID-19	1 - 3 semaines	Fièvre, mal de tête, perte du goût et/ou de l'odorat
<input type="checkbox"/> Rhume ou Rhinopharyngite	1 - 2 semaines	Nez qui coule, nez bouché, mal de gorge, toux sèche
<input type="checkbox"/> Grippe	1 - 2 semaines	Fièvre, frissons, courbatures, toux
<input type="checkbox"/> Laryngite	1 - 2 semaines	Voix enrouée, mal de gorge, toux sèche
<input type="checkbox"/> Pharyngite / Angine	1 semaine	Mal de gorge avec difficultés à avaler, fièvre, gros ganglions douloureux dans le cou
<input type="checkbox"/> Bronchite aiguë	2 - 4 semaines	Toux sèche ou grasse (crachats plus ou moins colorés), parfois respiration sifflante
<input type="checkbox"/> Sinusite	1 - 2 semaines	Douleur au visage, fièvre, nez bouché, nez qui coule
<input type="checkbox"/> Otite Moyenne Aiguë	< 1 semaine	Mal à l'oreille, fièvre
<input type="checkbox"/> Exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	1 - 2 semaines	Aggravation des symptômes : difficultés à respirer, toux grasse

Vous avez une infection qui va probablement guérir d'elle-même grâce à vos défenses immunitaires, c'est pourquoi aucun antibiotique ne vous a été prescrit. Les antibiotiques ne sont pas efficaces pour traiter des infections virales. Si on les donne alors qu'ils sont inutiles, il n'y aura que les inconvénients : le développement de la résistance bactérienne aux antibiotiques. Cela signifie que les antibiotiques deviendront inefficaces et les infections bactériennes deviendront de plus en plus difficiles à traiter.

Si vous avez une infection, il est très important de vous reposer suffisamment afin de laisser à votre organisme le temps de se défendre. Vous vous sentirez mieux bientôt et vous éviterez de transmettre votre infection aux autres si vous suivez ces conseils :

- ☐ Reposez-vous suffisamment et essayez de rester à la maison pour limiter la transmission de l'infection
- ☐ N'oubliez pas de boire suffisamment pour éviter la déshydratation
- ☐ Lavez-vous les mains fréquemment
- ☐ Vous pouvez prendre des médicaments pour soulager vos symptômes, comme recommandé ci-dessous par votre médecin

### Voici comment soulager les symptômes suivants:

- ☐ Fièvre et douleur : .....
- ☐ Mal de gorge : .....
- ☐ Nez bouché : .....
- ☐ Autres : .....

### Veillez revenir vers votre médecin si:

- ☐ Vos symptômes s'aggravent / ne s'améliorent pas en \_\_\_\_\_ jours ou d'autres symptômes apparaissent
- ☐ Vous développez une forte fièvre ou une fièvre prolongée
- ☐ Autre: .....

Le médecin prescripteur

CONTACT: .....



Ce projet est financé par le troisième programme de santé de l'Union européenne (2014-2020)

Le contenu de cet outil, basé sur les connaissances scientifiques actuelles, n'engage que ses auteurs et relève de leur seule responsabilité. Il ne peut être considéré comme reflétant l'opinion de la Commission européenne et/ou de l'Agence exécutive Santé et numérique (HES), remplaçant l'ancienne CHAESA depuis le 01 avril 2022, ou de tout autre organisme de l'Union européenne. La Commission européenne et l'Agence déclinent toute responsabilité quant à l'utilisation qui pourrait être faite des informations qu'il contient.



## Conclusion

LES ANTIBIOTIQUES  
C'EST PAS AUTOMATIQUE

toujours

- ▶ Situations ne nécessitant pas la prescription d'antibiotiques
  - Fréquentes
  - De plus en plus nombreuses
  - Etayées par de la littérature
- ▶ Intérêt
  - Médical: moins d'effets secondaires
  - Ecologique: moins de pression de sélection
  - Economique
- ▶ Nécessité changement durable comportement
  - Prescripteurs
  - Patients