Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

INFECTIODPC

Séminaire de Bon Usage des Antibiotiques aux Urgences en Région Lilloise

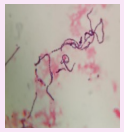
13 & 14 octobre 2026

Dr. Grégoire SALTIEL & Dr. Pauline THILL

Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU de Lille
gregoire.saltiel@chu-lille.fr
pauline.thill@chu-lille.fr



Bactéries & Résistances



Bacilles Gram négatifs

Entérobactéries

Groupe 1 : *Escherichia coli, Proteus mirabilis*
Groupe 2 : *Klebsiella pneumoniae, Citrobacter koserii*
Groupe 3 : *Enterobacter cloacae, Klebsiella aerogenes, Citrobacter freundii, Serratia*, *Morganella*, etc.

Non fermentants

- *Pseudomonas aeruginosa*

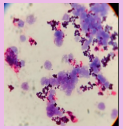
Pipéracilline-Tazobactam ou **Céfépime**

Groupe 1 et 2 : C3G
(Alternative si infection urinaire : FQ en l'absence de prise dans les 6 derniers mois

Groupe 3 : Céfépime
(Alternative si infection urinaire : FQ en l'absence de prise dans les 6 derniers mois

Dr. Grégoire SALTIEL (Maladies infectieuses – CHU Lille)
Dr. Julie HOFF (Urgences – GHICL)

Bactéries & Résistances



Cocci Gram positif

Staphylocoques
CG+ en amas

- *Staphylococcus aureus*
- Staphylocoques à coagulase négative (*S. epidermidis, S. capitis*, etc.)

Streptocoques
CG+ en chainettes

Groupe A : *S. pyogenes*
Groupe B : *S. agalactiae*
Groupe C/G : *S. dysgalactiae*
Groupe D : *S. gallolyticus*
Non groupables : *S. pneumoniae*, *S. anginosus, S. mitis,* etc.

Entérocoques
CG+ en chainettes

- *Enterococcus faecalis*
- *Enterococcus faecium*

Nosocomial ou signe de gravité (couverture méti-R) :
Daptomycine

Communautaire

- Infection invasive (dont bactériémie) : **Céfazoline**
- Infection non-invasive (peau, poumon) : **Amoxicilline + acide clavulanique**

Amoxicilline
Exception : *E. faecium*

Streptocoque groupable :
Amoxicilline

Streptocoque non groupable
(méningite, infection ORL sévère)
C3G

Dr. Grégoire SALTIEL (Maladies infectieuses – CHU Lille)
Dr. Julie HOFF (Urgences – GHICL)

Bactéries & Résistances

Bacilles Gram positifs

- ***Listeria monocytogenes***
- *Bacillus cereus, Corynebacterium spp, Lactobacillus,* etc.

↓

***Listeria monocytogenes* : Amoxicilline + Gentamicine**
Résistance naturelle aux C3G
Cotrimoxazole si allergie

Cocci Gram négatifs

- ***Neisseria meningitidis***
- ***Neisseria gonorrheae***

↓

C3G

Dr. Grégoire SALTIEL (Maladies infectieuses – CHU Lille)
Dr. Julie HOFF (Urgences – GHICL)

Bactéries & Résistances

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

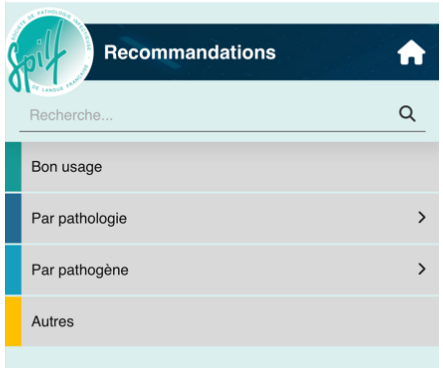
Site internet : infectiologie.com

Diaporamas des recommandations

Diaporamas réalisés par le comité des référentiels de la SPILF à partir de consensus ou recommandations

- Séquelles des encéphalites **2025**
- Pneumopathie d'inhalation SPILF/SFGG **2025**
- Pneumonies communautaires: recommandations SPILF/SPLF **2025**
- Infections cervicales profondes d'origine pharyngée Adulte et enfant **2025**
- infection par le VZV chez la femme enceinte et en périnatalité 2024
- Infection du pied diabétique 2023
- Abcès cérébraux 2023
- Arthrites septiques 2023
- Infections disco vertébrales 2023
- traitement des BMR (position Statement / reco ESCMID et IDSA) 2022
- Infections à C. difficile (2022)
- verrou antibiotique (2021)
- Bon usage des antifongiques (2021)
- Infections endo-urétérales (2021)
- Traitement de l'infection à *H. pylori* chez l'adulte (2021)
- Verrou ATB et infection de cathétér (2021)

Application mobile



CMIT : Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales

Site internet : epopi.fr



Pyélonéphrite de l'adulte

mise à jour le 20/04/2026

Pathogène

- Epidémiologie (genre bactérien et résistance) variable selon qu'il s'agit d'une infection urinaire
- *Escherichia coli* prédominant 85-90 %
- Antibiorésistance croissante de *E. coli* avec d'importantes variations régionales :
  - Amoxicilline : 40-50 %
  - Amoxicilline-acide clavulanique : 25-30 %
  - Cotrimoxazole : 20-40 %
  - Fluoroquinolones : ofloxacine 11-14 %, ciprofloxacine et lévofloxacine < 10 %
  - Céphalosporines de 3e génération 5-7 %
  - Aminosides : 3-5 %
  - Souches productrices de BLSE en milieu communautaire : 5 %

Dr. Grégoire SALTIEL (Maladies infectieuses – CHU Lille)
Dr. Julie HOFF (Urgences – GHICL)

Nouveautés dans le rendu des antibiogrammes

- **Antibiogramme en pratique :**
  - J+1 : Identification sur culture
  - J+2 : Antibiogramme

- **Sensible à forte posologie :**
  - Rendu obligatoire pour certains couples antibiotiques – bactéries :
    - *Pseudomonas aeruginosa* et pipéracilline – tazobactam / céfépime / ceftazidime
    - *Staphylococcus aureus* et lévofloxacine
    - *Escherichia coli* et témocilline
  - Adaptation des posologies d'ATB, ou s'assurer de la bonne diffusion dans le site infecté
  - SFP ≠ moins efficace !

- **Posologies standards et forte posologie** :
  - Accessible sur le site de la SPILF



Dr. Rémi LE GUERN (Bactériologie – CHU Lille)

Antibiogramme ciblé

- **Principe :** Ne rendre que les molécules recommandées pour traiter l'infection identifiée :
  - Cystites : Ne rendre que les ATB réservées aux cystites
  - Pyélonéphrite : Supprimer les ATB à diffusion uniquement vésicale

- **Objectifs** :
  - Amélioration de la prise en charge
  - Lutter contre l'antibiorésistance

- **Contexte clinique indispensable pour l'interprétation**

- **Application en pratique clinique** : Premiers résultats positifs

- **Antibiogramme complet toujours réalisé et disponible sur demande**

Pr. Karine FAURE (Maladies infectieuses – CHU Lille)

Biomarqueurs sériques : CRP et PCT

- **Attention aux faux négatifs** :
  - Biomarqueurs négatifs à la prise en charge initiale (< 24-48h)
  - Infection localisée / chronique
  - PCT peut être négativée par certains traitement IS

- **Inutile en cas de diagnostic certain d'infection bactérienne** : DHBNN, PFLA, etc.

- **Pourrait aider au suivi** :
  - Pas de preuve de supériorité par rapport à la courbe de température
  - Pourrait réduire la durée d'ATB ? Études peu convaincantes

- **Peut aider en cas de diagnostic d'infection bactérienne non certain** :
  - Infection bactérienne (PNA, PAC) peu probable si biomarqueurs négatifs à > 48h du début des symptômes
  - Examens complémentaires en cas d'élévation sans argument pour une infection virale ?

Dr. Nicolas LAUWERIER (Maladies infectieuses – CHU Lille)

Utilisation des PCR multiplex / panels syndromiques aux urgences

- **Connaitre l'examen (panel) que l'on prescrit :**
  - PCR quadriplex Grippe A/B, SARS-CoV-2, VRS ≠ PCR nasopharyngée multiplex
  - PCR multiplex méningite : Inutile en cas de méningite nosocomiale post-chirurgicale

- **Objectifs** :
  - Aider au diagnostic microbiologique en cas d'infection grave (méningite)
  - Réduction plus rapide du spectre antibiotique +/- arrêt de l'antibiothérapie ?
  - Diminution du nombre d'hospitalisation / nouvelle consultation ?

- **Nombreuses limites : En cas de doute : Demandez à votre microbiologiste !**
  - Disponibilité, délai de rendu des résultats, coût élevé, panels non exhaustifs
  - Difficultés d'interprétation :
    - Différenciation portage vs pathologique
    - Co-infection virale - bactérienne

Dr. Alexandre REGUEME (Virologie – CHU Lille)

Bon usage diagnostic

- **Une infection = Un diagnostic clinique avant tout**

- **Hémocultures :**
  - Prélèvement d'un volume optimal par épisode
  - Pneumonie : Signe de gravité – Patient ID - Colonisation à microorganismes résistants
  - IU : Signe de gravité – Pré-traitée – Matériel des voies urinaires
  - Érysipèle : Patient ID / patient porteur de matériel valvulaire ou vasculaire

- **Pas d'ECBU en l'absence de symptômes d'IU**
- **Pas d'écouvillon cutanée sauf cas particuliers**
- **Pas de recherche de C. difficile en l'absence de selle liquide**

- **Avant de prescrire : Réfléchir à l'impact du résultat sur la prise en charge**

Dr. Pauline THILL (Maladies infectieuses – CHU Lille)
Dr. Nicolas BLONDIAUX (Microbiologie – GHICL)

Infections digestives

- **Diverticulite :** Diagnostic scanographique (à chaque épisode)
  - Antibiothérapie non systématique (à instaurer en l'absence d'amélioration clinique)

- **Diarrhée aiguë fébrile (colite) :**
  - Questions à poser : ATB récente / TIAC / Voyage / Immunodépression
  - Examens microbiologiques de 1ère intention si fièvre : Coprocultures + hémocultures
  - Indications d'ATB aux urgences chez l'adulte devant une diarrhée fébrile :
    - Dysentérie, retour de voyage (azithromycine), sepsis/choc septique (C3G)
  - Pas de place pour le métronidazole !

- ***Clostridioïdes difficile*** :
  - Si PCR + (toxines libres négatives ou non recherchées) : Portage ou infection
  - Fidaxomicine en 1ère intention (ordonnance et délivrance hospitalière)

- **Péritonite et angiocholite** : Urgence antibiotique

Dr. Sarah STABLER (Maladies infectieuses – CHU Lille)
Dr. Anäel PRZYBYLAK (Urgences – CHU Lille)

Infections respiratoires

- **Diagnostic :**
  - Diagnostic radio-clinique, scanner thoracique non systématique
  - Pensez à rechercher les signes biologiques extra-respiratoires !

- **Agents infectieux responsables de PAC** :
  - PAC grave : Pneumocoque (début brutal) et légionelle (signes extra-respiratoires)

- **Examens microbiologiques :**
  - A adapter à la gravité et à la présentation clinico-biologique

- **Prise en charge :**
  - Variable selon la gravité : Ambulatoire, hospitalisation conventionnelle, soins intensifs
  - Bithérapie rare
  - Durée individualisée selon l'évolution

Dr. Grégoire SALTIEL (Maladies infectieuses – CHU Lille)
Dr. Sophie NAVE (Urgences – CHU Lille)

Quand initier une bithérapie antibiotique aux urgences ?

- **Indications de bithérapie :**
  - **Effet synergique** ou **échec d'une monothérapie documentée** : Pas aux urgences
  - **Infection polymicrobienne** : Rare (IGH)
  - **Infection sévère :** Bactéricidie + élargir le spectre pour gagner le pari microbiologique

- **Infection sévère** : Utilisation d'un **aminoside** :
  - **Pour limiter le risque de perdre le pari microbiologique** (élargissement du spectre) si polymicrobien, risque de BMR/BHR, pas de point d'appel ou point d'appel multiple
  - **Pour la vitesse de bactéricidie** (concentration dépendant)

- **Mode d'emploi aminosides** :
  - Amikacine 25-30 mg/kg, Gentamicine 6-10 mg/kg (pas d'adaptation ni de CI si IRA)
  - Une seule injection sur 30 minutes, dosage du pic non systématique
  - Gram - (BLSE) : Amikacine / Gram + (*S. aureus*) : Gentamicine

Pr. Emmanuel FAURE (Maladies infectieuses – CHU Lille)

Optimiser l'antibiothérapie ambulatoire

- **Durée d'antibiothérapie :** Suivre les recommandations de la SPILF - HAS

- **Posologies :** Recommandations SPILF - Adapter au poids (abxbmi) et au rein (GPR)

- **Prévention des effets indésirables :**
  - Prescrire la durée et la posologie recommandée
  - Surveillance clinico-biologique adaptée

- **Antibiothérapie IV au domicile** :
  - Savoir qui appeler : HAD, Prestataire, IDE
  - Être vigilant sur la durée de stabilité : Suivez le guide !
  - Réévaluation et surveillance +++

- **Antibiothérapie sous-cutanée :** Y penser en l'absence d'alternative, pas pour tous les ATB, mentionner hors AMM sur les ordonnances (ordo type ++)

Dr Grégoire SALTIEL (Maladies infectieuses – CHU Lille)

Stratégie de prescription différée d'antibiotiques

- **Situations avec possibilité de prescription différée :**
  - Otite purulente ≥ 2 ans
  - Sinusite maxillaire < 72h
  - Cystite à risque de complication

- **Prescription différée d'ATB :**
  - Ordonnance différée d'ATB de réserve
  - Accompagnée d'explications (orale ou écrite)

- **Étude en vie réelle :**
  - Efficace sur la réduction du taux d'ATB
  - Sans différence sur l'évolution clinique
  - Avec une bonne satisfaction des patients

Dr Louise BRONNER (Maladies infectieuses – CHU Lille)

Infections ostéo-articulaires

- **Arthrite septique sur articulation native :**
  - **La présence de cristaux n'exclue pas le diagnostic d'arthrite septique.**
  - Examen direct ponction articulaire : Sensibilité 50%, récupérer la culture ++
  - Ponction articulaire de genou : Pas de CI sous anticoagulant
  - Ponction articulaire hors-genou : Lieu de la ponction selon moyens/compétences
  - **Antibiothérapie probabiliste : Céfazoline** (+ Amikacine si grave)

- **Infection sur matériel :**
  - **Deux questions fondamentales** : Date de la pose / Date du début des symptômes
  - Prothèse ancienne :
    - **Traquer l'infection hématogène** (coup de tonnerre dans un ciel serein)
    - Si symptomatologie chronique : IPA chronique : Pas une urgence

- **IPD** : Distinguer UPD (ulcère) / IPD (infection) / OPD (ostéite)

Dr. Benoit GACHET (Maladies infectieuses – CH Tourcoing)
Dr. Tom ROUSSEL (Traumatologie – CHU Lille)

Infections cutanées

Pathologie	Traitement antibiotique 1re intention	Si allergie à la pénicilline	Durée du TTT
DHBNN adulte	**Amoxicilline :** 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour	**Pristinamycine :** 1g x 3 /jour ou **Clindamycine :** 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg	7 jours
DHBNN enfant	**Amoxicilline-acide clavulanique :** 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour)	**Clindamycine :** 40 mg/kg/jour en 3 prises par jour (enfants > 6 ans) **Sulfaméthoxazole-triméthoprime :** 30 mg/kg/jour (exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises par jour (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans)	7 jours
DHBNN adulte **Après morsure**	**Amoxicilline-acide clavulanique :** 50 mg/kg/jour d'amoxicilline sans dépasser 6 g/jour, et sans dépasser 375 mg/jour d'acide clavulanique	*Avis secondaire (spécialiste hospitalier)*	7 jours
DHBNN adulte **Après exposition professionnelle** **Suspicion d'érysipélatoïde (rouget du porc)**	**Amoxicilline :** 50 mg/kg/jour (au maximum 6 g/jour)	*Avis secondaire (spécialiste hospitalier)*	7 jours



Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Février 2019

Dr. Pauline THILL (Maladies infectieuses – CHU Lille)
Dr. Zoé Sémard (Urgences – CH Tourcoing)

Revue des situations fréquentes ne nécessitant pas d'ATB au SAU

- **Fièvre et CRP ≠ Infection**

- **Situations non infectieuses ne nécessitant pas d'ATB systématique :**
  - Plaie, piqûre de tique

- **Nombreuses infections bactériennes nécessitant une ATB de façon non systématique :**
  - Otite, sinusite

- **Situations controversées :**
  - Angine à SGA : Abstention thérapeutique hors facteur de risque ?

- **En cas de doute** :
  - ATB si grave et réévaluation
  - Suivre les recommandations (infectiologie.com, ePOPI, GILAR, info-ATB, etc.)

Dr. Serge ALFANDARI (Maladies infectieuses – CH Tourcoing)
Dr. Pierre CAPRINI (Urgences – CH Tourcoing)

Neutropénie fébrile

- **Neutropénie fébrile** : Il faut la **formule sanguine**
- **Evaluer le risque et traiter rapidement**
- **ATB raisonnée**
  - **Bas risque** : Discuter TT PO et RAD précoce
  - **Haut risque : Monothérapie**
    - Pas de couverture systématique des BMR
    - Ajustement selon gravité clinique et écologie récente
- **Protocoles d'établissement**

Dr. Serge ALFANDARI (Maladies infectieuses – CH Tourcoing)

Infections urinaires

- **Diagnostic :**
  - **ECBU systématique chez l'homme**
  - **Pas d'ECBU de contrôle sauf évolution défavorable** (sauf femme enceinte : 8-10 jours après le traitement)
  - **Pas d'hémocultures systématiques si PNA simple**

- **Traitement :**

0 ATB si ECBU isolé sans symptôme

Fluoroquinolones contre-indiquées si :

- Utilisation probabiliste : Si traitement reçu dans les 6 derniers mois
- Utilisation documentée : Si acide nalidixique – R (1er niveau de résistance)

- **Cystite de l'homme :** pas d'ATB probabiliste, ATB adaptée 7 jours
- **Cystite gravidique :** ECBU puis traitement probabiliste d'emblée
- **FDR d'EBLSE :** Colonisation, voyageur en contact avec le milieu de soin, ATB large spectre
- **IU obstructive :** 1 Drainer, 2 Traiter, 3 Réanimer
- **Choc septique + ATCD de colonisation à BLSE :** MEROPENEM + AMIKACINE
- **Sonde :** inutile = retrait, utile = changement sous ATB (>24h)

Dr. Nicolas ETTAHAR (Maladies infectieuses – CH Valenciennes)
Estelle HULLOUX (IPA Urgences – CH Valenciennes)

Méningites

- **Suspicion méningite bactérienne avec purpura fulminans en SMUR :**

Masque pour tous, C3G en urgence, transport en urgence, cas contact?
PL à arrivée aux urgences +-Imagerie - Hémocultures

- **Méningite bactérienne aux urgences**

Iso gouttelettes,
Recherche CI à la PL, si pas de CI connue faire la PL RAPIDEMENT (ne pas attendre l'hémostase)
Hémocultures
ATB dans l'heure de l'arrivée à l'hôpital « Time is Brain »
DEXAMETHASONE

- **CI à la PL :**

Aspirine faible dose : pas de CI
Biantiaggrégation plaquettaire : balance bénéfice risque?
Si CI avérée => ATB puis imagerie +-PL

- **Méningite à Pneumocoque**

CEFOTAXIME 300mg/kg ou 100mg/kg de CEFTRIAXONE + DXM 10mg/6h

- **Arguments pour LISTERIA : >50ans + ID°**

même ATB que pneumocoque + AMOXICILLINE 200mg/kg/j + GENTAMICINE

- **Insuffisance rénale :** pas d'adaptation dans les 24 premières heures
- **Obésité :** pas de dose maximale dans les 48 premières heures
- **Méningite à liquide clair, lymphocytaire :** ACICLOVIR 10mg/kg/8h + AMOXICILLINE 200mg/KG/J

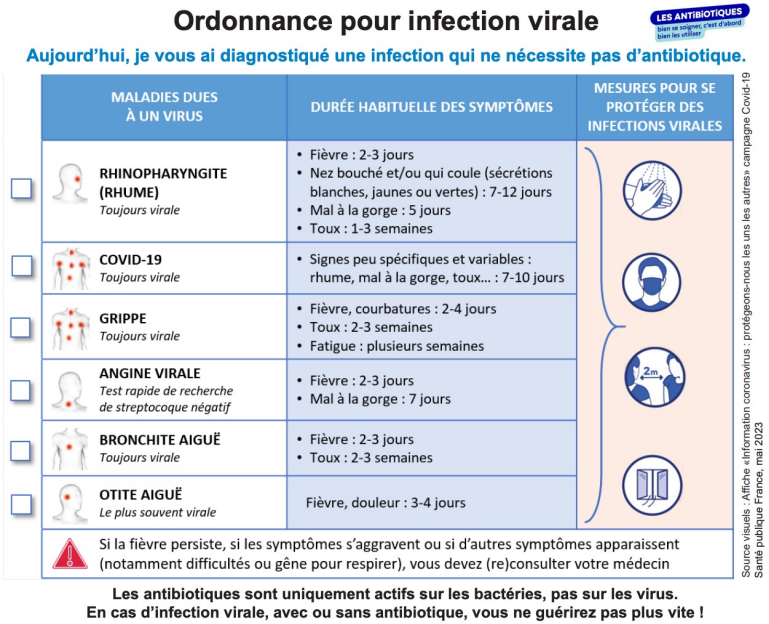
Dr. Louise BRONNER (Maladies infectieuses – CHU Lille)
Dr Alice LIM (Urgences – CHU Lille)

Impliquer le patient au SAU dans les décisions thérapeutiques

- **De manière général :**
  - Expliquer le diagnostic
  - Ne pas minimiser la pathologie
  - Informer sur l'évolution naturelle de la posologie

- **En l'absence de prescription d'antibiotique** :
  - Informer sur l'inefficacité des antibiotiques
  - Informer sur le risque des antibiotiques
  - Proposer un traitement symptomatique

- **En cas de difficultés** :
  - S'accompagner d'outils didactiques pour faciliter l'adhésion



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
RHINOPHARYNGITE (RHUME) *Toujours virale*	• Fièvre : 2-3 jours • Nez bouché et/ou qui coule (sécrétions blanches, jaunes ou vertes) : 7-12 jours • Mal à la gorge : 5 jours • Toux : 1-3 semaines	
COVID-19 *Toujours virale*	• Signes peu spécifiques et variables : rhume, mal à la gorge, toux… : 7-10 jours	
GRIPPE *Toujours virale*	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours • Toux : 2-3 semaines • Fatigue : plusieurs semaines	
ANGINE VIRALE *Test rapide de recherche de streptocoque négatif*	• Fièvre : 2-3 jours • Mal à la gorge : 7 jours	
BRONCHITE AIGUË *Toujours virale*	• Fièvre : 2-3 jours • Toux : 2-3 semaines	
OTITE AIGUË *Le plus souvent virale*	Fièvre, douleur : 3-4 jours	

Si la fièvre persiste, si les symptômes s'aggravent ou si d'autres symptômes apparaissent (notamment difficultés ou gêne pour respirer), vous devez (re)consulter votre médecin

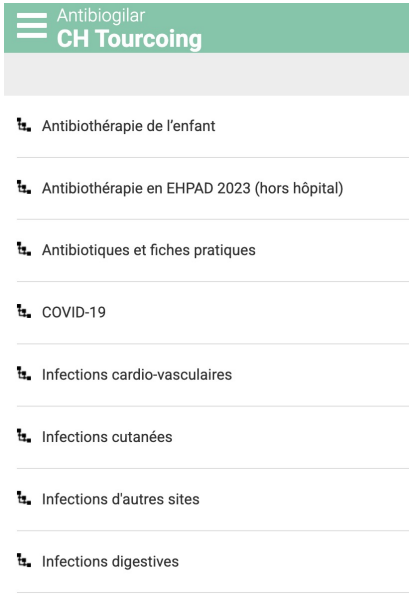
Les antibiotiques sont uniquement actifs sur les bactéries, pas sur les virus.
En cas d'infection virale, avec ou sans antibiotique, vous ne guérirez pas plus vite !

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

Dr Pauline THILL (Maladies infectieuses – CHU Lille)

Conclusion





Et si besoin :
Appelez votre infectiologue de recours



Info-antibio N°106: Septembre 2025

Lettre d'information sur les antibiotiques. Tous les numéros sur Infectiologie.com. Abonnement gratuit à partir de ce lien

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

Endocardite Infectieuse (EI) hors antibioprophylaxie

Recommandations 2023 SPILF avec l'AEPEI en Français - Reco ESC 2023 - Duke-ISCVID 2023 – Infections à Candida

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

INFECTIO DPC

Merci à tous pour votre attention et participation

Si 3ème édition dans le futur :
Parlez-en autour de vous !

N'hésitez pas si question, suggestion, etc. :

Dr. Grégoire SALTIEL & Dr. Pauline THILL
Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU de Lille
gregoire.saltiel@chu-lille.fr
pauline.thill@chu-lille.fr

