Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

INFECTIODPC

# Antibiothérapie ambulatoire à la sortie des urgences
# Prescription différée de l'antibiothérapie

**Séminaire de Bon Usage Des Antibiotiques aux Urgences en Région Lilloise**
**13 & 14 octobre 2026**

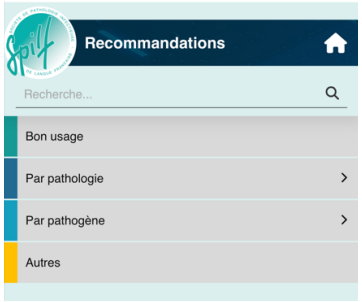
**Dr. Grégoire SALTIEL**

Maladies Infectieuses et Tropicales
Centre Hospitalier Universitaire de Lille
gregoire.saltiel@chu-lille.fr

# Introduction

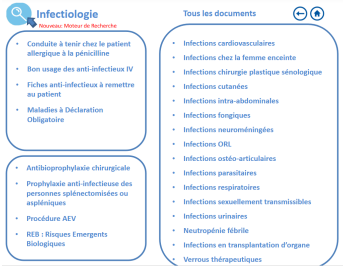
## Comment choisir l'antibiothérapie adaptée ?

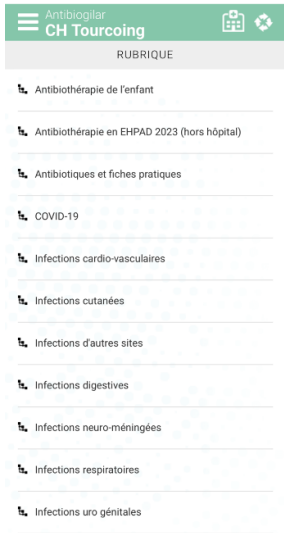









## Comment bien prescrire l'antibiothérapie ?

- Durée
- Posologie
- Voie d'administration

**Objectif** : Efficacité >>> Effets indésirables

# Durée d’antibiothérapie

# Durée de l'antibiothérapie

- **Objectif numéro 1 : Raccourcir la durée d'antibiothérapie :**
  - Tendance au raccourcissement **quelque soit l'infection** (exceptionnellement > 7 jours)

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**

**Durées recommandées (recommandations SPILF)**
Actualisation régulière par la HAS
*Accès libre sur le site de la HAS*

### Infections ORL de l'adulte

| | |
|---|---|
| **Otite moyenne aiguë purulente** | |
| amoxicilline | **5 jours** |
| **Sinusite maxillaire aiguë purulente** (suspicion d'infection bactérienne) | |
| amoxicilline | **7 jours** |
| **Sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire** | |
| amoxicilline-acide clavulanique | **7 jours** |
| **Sinusite frontale, éthmoïdale, sphénoïdale** | |
| **Avis ORL sans retarder la mise en place du traitement antibiotique**<br>amoxicilline-acide clavulanique | **7 jours** |
| **Sinusite grave, à risque de complications** | |
| **Hospitalisation en urgence pour un avis spécialisé** | - |
| **Rhinopharyngite aiguë** | |
| Pas d'antibiotique | - |
| **Angine aiguë** | |
| **Score de Mac Isaac < 2 ou score de Mac Isaac ≥ 2 et test de diagnostic rapide négatif**<br>Pas d'antibiotique | - |
| **Score de Mac Isaac ≥ 2 et test de diagnostic rapide positif**<br>amoxicilline | **6 jours** |

### Infections ORL de l'enfant [2024]

| | |
|---|---|
| **Otite moyenne aiguë (OMA) congestive ou séro-muqueuse** | |
| Pas d'antibiotique | - |
| **OMA purulente : enfant < 3 mois** | |
| **Avis spécialisé** | - |
| **OMA purulente : enfant de 3 mois à 2 ans** | |
| amoxicilline | **10 jours** |
| **OMA purulente : enfant > 2 ans avec symptômes modérés** | |
| Pas d'antibiotique en 1re intention | **Réévaluation à 48/72h** |
| **OMA purulente : enfant > 2 ans avec symptômes importants** | |
| amoxicilline | **5 jours** |
| **si otorrhée ou otite récidivante** : amoxicilline | **10 jours** |
| **Sinusite maxillaire non liée à une origine dentaire ou frontale aiguë** | |
| amoxicilline | **10 jours** |
| **Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire** | |
| amoxicilline-acide clavulanique | **10 jours** |

*Affichage pratique*

# Durée de l'antibiothérapie

- **Objectif numéro 2 : Individualiser la durée d'antibiothérapie :**
  - Réservé pour le moment aux **infections respiratoires**

**Infections respiratoires basses en consultation d'urgence**

Quels antibiotiques, quels examens complémentaires, quelle durée de traitement ?

**Séminaire de Bon Usage Des Antibiotiques aux Urgences en Région Lilloise**
**12 & 13 novembre 2025**

Actualisation des recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires chez l'adulte par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF).
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)

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

| Critères de stabilité clinique | Valeurs |
|---|---|
| Température | ≤ 37,8 °C |
| Pression artérielle systolique | ≥ 90 mmHg |
| Fréquence cardiaque | ≤ 100/min |
| Fréquence respiratoire | ≤ 24/min |
| $SpO_2$ | ≥ 90 % en air ambiant |
| ou $PaO_2$ | ≥ 60 mmHg en air ambiant |

PAC avec critères de stabilité à **J3** → **3 jours**

PAC avec critères de stabilité entre **J3 et J5** → **5 jours**

PAC avec critères de stabilité entre **J5 et J7** (rechercher une complication +++) → **7 jours**

**Durée de 3 jours uniquement** en cas de consultation médicale possible **à J3**

**Si réévaluation impossible** : Prescrire 5 jours

# Propositions d'ordonnance individualisée

cerfa
n°60-3937

Maladies infectieuses CHU Lille
FINESS …

Dr …
RPPS …
Tel : …

…

Le 19/10/2025

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Prescriptions non relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION NON EXONÉRANTE)

**AMOXICILLINE 1 g : Un comprimé matin, midi et soir, pendant 5 jours.**

*En cas de critères de stabilité clinique tous atteints à J3 d'antibiothérapie, un arrêt précoce après 3 jours d'antibiothérapie est possible après consultation médicale.*

*Critères de stabilité clinique :*

- *Température ≤ 37,8°C*
- *PAS ≥ 90 mmHg*
- *FC ≤ 100 bpm*
- *FR ≤ 24/min*
- *SpO2 ≥ 90% en air ambiant.*

# Posologie antibiotique

# Posologies : Cas général

- Les **posologies recommandées** sont systématiquement indiquées dans les **recommandations et protocoles.**

Quelle posologie d'antibiotique ? (en l'absence d'insuffisance rénale)

| Antibiotique | Hors soins critiques | En soins critiques |
|---|---|---|
| Amoxicilline | 1 g x3/j | 2 g x3/j |
| Pristinamycine | 1 g x3/j | Non |
| Amoxicilline-acide clavulanique | 1 g x3/j | 2 g x3/j |
| Céfotaxime | 1 g x3/j | 100 mg/kg/j |
| Ceftriaxone | 1 g/j | 2 g/j |
| Lévofloxacine | 500 mg/j | 500 mg à 1000 mg/j |
| Azithromycine | 500 mg/j (J1) puis 250 mg/j | Non |
| Clarithromycine | 500 mg x 2/j | 500 mg x 2/j |
| Spiramycine | 1,5 MUI à 3 MUI x 3/j | 3 MUI x 3/j |
| Roxithromycine | 150 mg x2/j | Non |
| Doxycycline | 100 mg X2/j | Non |
| Céfazoline | 100 mg/kg/j | 100 mg/kg/j |
| Pénicilline M | 100 mg/kg/j | 100 mg/kg/j |
| Linézolide | 600 mg x2/j | 600 mg x2/j |
| Rifampicine | Non | 10 mg/kg/j |

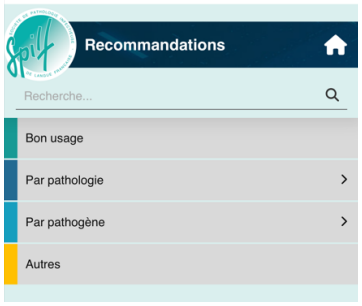
*Recommandations PAC 2025*

## Posologies recommandées (1)

**Modalités d'administration des antibiotiques dans le cadre d'une arthrite chez l'adulte : posologies, voies d'administration, rythme, particularités**

| Antibiotique | Adaptations : fonction rénale, poids, modalité de perfusion | Posologie totale journalière de référence pour une fonction rénale normale (clairance entre 60 et 90 ml/min) et un IMC normal (entre 18 et 30 kg/ m²) | Suivi thérapeutique pharmacologique recommandé |
|---|---|---|---|
| Amoxicilline | | ***Streptococcus spp, anaérobies*** :<br>**IV** : 100 mg/kg/j en administration continue (stabilité jusqu'à 12h) après dose de charge de 2g sur 1h) ou discontinue en 6 administrations (perfusions de 30 à 60 min toutes les 4 h)<br>**PO**: 100 mg/kg/j en 3 à 4 prises de 2 à 3g<br>***Enterococcus spp*** :<br>**IV**: 200 mg/kg/j en administration continue (stabilité jusqu'à 12h) après dose de charge de 2g sur 1h) ou discontinue en 6 administrations (perfusions de 30 à 60 min toutes les 4 h)<br>**PO**: 200 mg/kg/j en 3 à 4 prises de 2 à 3g | **IV**: systématique si ≥ 12g/j<br>**PO**: systématique si ≥ 9g/j |
| Cloxacilline/ oxacilline | | **IV**: 150 mg/kg/j en administration continue (stabilité jusqu'à 12h) après dose de charge de 2g sur 1h ou discontinue en 6 administrations (perfusions de 30 à 60 min toutes les 4 h) | Systématique si ≥ 12g/j |
| Céfazoline | | **IV**: 100 mg/kg/j en administration continue (stabilité jusqu'à 12h) après dose de charge de 2g sur 1h ou discontinue en 3 administrations (perfusions de 60 min toutes les 8 h) | Systématique si ≥ 6g/j |
| Ceftriaxone | | **IV**: 35 mg/kg/j en 1-2 perfusion de 2g maximum | |
| Cefotaxime | | **IV**: 100mg/kg/j en administration continue (stabilité jusqu'à 12h) après dose de charge de 2g sur 30 min ou discontinue en 3 à 4 perfusions de 2g prolongées de 4h | |
| Ceftazidime | | **IV**: 100mg/kg/j en administration continue (stabilité jusqu'à 8h) après dose de charge de 2g sur 30 min ou discontinue en 3 à 4 perfusions de 2 g prolongées de 4h | Systématique si *P.aeruginosa* |
| Céfépime | | **IV**: 80 mg/kg/j en administration continue (stabilité jusqu'à 8h) après dose de charge de 2g sur 30 min ou discontinue en 3 à 4 perfusions de 2 g prolongées de 4h sans dépasser 8g/ j | Systématique |
| Aztreonam | | **IV**: 6g/j en administration continue (stabilité jusqu'à 24h) ou discontinue en perfusions prolongées de 4h de 2 g toutes les 8 h | Systématique si *P.aeruginosa* |

*Recommandations Arthrite 2023*






# Posologies

## Amoxicilline (3 prises par jour)

- Bonne diffusion : 50 mg/kg/jour
  - Infection pulmonaire, urinaire, cutanée
- Mauvaise diffusion ou infection sévère :
  - Bactériémie : 100 mg/kg/jour
  - Endocardites : 150-200 mg/kg/jour

*Sauf exception : Ne pas dépasser 6g/jour per os et 12 g/jour IV*

## Ceftriaxone

- Infection peu sévère et poids < 70 kg : 1g/jour
- Dans les autres cas : 2g/jour
- Méningite (probabiliste) : 100 mg/kg/jour

## Pipéracilline-Tazobactam

- 4g /8h
- 4g /6h si signe de gravité, *P. aeruginosa*, infection profonde, obésité

## Céfépime

- 1g /8h
- 2g /8h si signe de gravité, *P. aeruginosa*, infection profonde, obésité

## Méropénem

- 1g /8h
- 2g /8h si signe de gravité, *P. aeruginosa*, infection profonde, obésité

# Posologies

## Aminosides (dose unique)

- **Gentamicine** : 8 mg/kg/jour
- **Amikacine** : 25-30 mg/kg/jour

## Fluoroquinolones per os

- **Ciprofloxacine** :
  - 500 mg x 2/jour
  - 750 mg x 2/jour si *P. aeruginosa*
- **Levofloxacine** :
  - 500 mg x 1/ jour
  - 750 mg x 1/ jour si signe de gravité, *P. aeruginosa*, infection profonde, obésité

## Autres antibiotiques

- **Daptomycine** : 10 mg/kg/jour
- **Linézolide** : 600 mg x 2/jour
- **Cotrimoxazole** : 800/160 mg matin et soir
- **Clindamycine** : 600 mg x 3/jour *(900 mg x 3 si poids > 80 kg)*
- **Doxycycline** : 200 mg x 1/jour
- **Métronidazole** : 500 mg x 3/jour *(500 mg x 2 si poids < 50 kg)*
- **Azithromycine** : 500 mg J1 puis 250 mg x 1/jour *(500 mg/jour si légionelle)*
- **Clarithromycine** : 500 mg x 2/jour
- **Roxithromycine** : 150 mg x 2/jour
- **Spiramycine** : 3 MUI /8h

# Posologie : Situations particulières

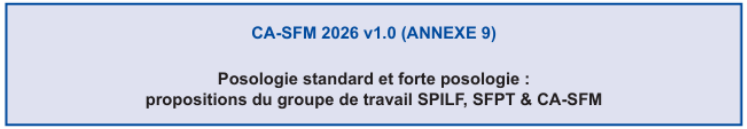
- **Adaptation posologique à la fonction rénale :**
  Accès institutionnel




- **Adaptation posologique à l'obésité :** abxbmi.com




- **Posologie standard ou forte posologie ? :**
  Accessible sur infectiologie.com →
  Recommandations → Posologies standards et forte posologie

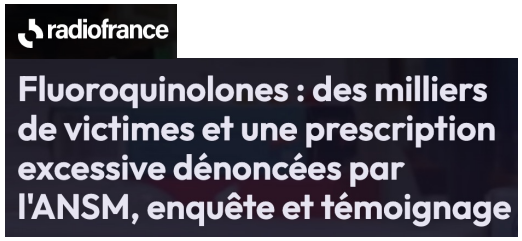


# Prévention des effets indésirables

# Effets indésirables

**Prévention des effets indésirables**

- Prescrire la **durée** et la **posologie** recommandée (adaptation aux situations particulières)
- Connaitre les **principaux effets indésirables** (et les expliquer au patient)
- Adapter la **surveillance biologique** si nécessaire










L'épidémie nosocomiale qui a fait 23 morts dans le Nord - Pas-de-Calais est maîtrisée

Mais la survenue d'autres cas groupés reste possible en France.

L'épidémie due à la bactérie *Clostridium difficile*, qui a touché plus de 500 personnes et entraîné 23 décès dans des établissements de santé de la région Nord-Pas-de-Calais, est à présent maîtrisée.

# Effets indésirables

**Bêta-lactamines**

**Allergie**



**Anaphylaxie immédiate**
*Urticaire +/- œdème de Quincke*



**Toxidermie non grave**
*Exanthème maculo-papuleux*



**Toxidermie grave**
PEAG
*Syndrome de Lyell et Stevens Johnson*
*DRESS*

**Toxicité rénale**

- Néphrite tubulaire aiguë
- Cristallurie *(forte posologie IV uniquement)*

**Toxicité hépatique**

- Cytolyse hépatique
- Cholestase hépatique

**Toxicité neurologique**

- Encéphalopathie (forte posologie IV uniquement)

**Prévention**

- **Éruption cutanée :** Arrêt du traitement
- **Encéphalopathie :** Imputabilité ?
- **Bilan biologique** en cas de traitement d'une durée supérieure à une semaine

# Effets indésirables

## Aminosides

| | |
|---|---|
| **Toxicité rénale** | • Nécrose tubulaire aiguë |
| **Toxicité auditive** | • Atteinte cochléo-vestibulaire |

**Prévention**

- Eviter les **traitements répétés** (aucun risque en cas d'injection unique)

## Fluoroquinolones

| | |
|---|---|
| **Toxicité neurologique** | • Confusion (sujet âgé) |
| **Toxicité tendineuse** | • Tendinopathie |
| **Toxicité hépatique** | • Cytolyse et cholestase hépatique |
| **Toxicité rénale** | • Néphrite immuno-allergique |
| **Toxicité cutanée** | • Photo-sensibilisation |
| **Toxicité cardiaque** | • Allongement du QT |

**Prévention**

- Limiter la prescription chez le **sujet âgé**
- **Contre-indication en cas d'antécédent de tendinopathie** aux fluoroquinolones
- **Arrêt du traitement si douleur tendineuse**
- **ECG** en cas de facteur de risque d'allongement du QT
- **Bilan biologique** en cas de traitement d'une durée supérieure à une semaine
- **Photoprotection**

# Effets indésirables

## Macrolides

| | |
|---|---|
| **Interactions** | • Inhibiteur enzymatique |
| **Toxicité cardiaque** | • Allongement du QT |

**Prévention**

- Vérification des interactions
- ECG si FDR d'allongement du QT

## Doxycycline

| | |
|---|---|
| **Toxicité digestive** | • Œsophagite |
| **Toxicité cutanée** | • Photo-sensibilisation |

**Prévention**

- Prise dans un grand **verre d'eau**, sans s'allonger dans l'heure suivant la prise
- **Photoprotection**

## Cotrimoxazole

| | |
|---|---|
| **Toxicité cutanée** | • DRESS syndrome |
| **Toxicité médullaire** | • Cytopénies |
| **Toxicité rénale** | • Néphrite interstitielle, hyperkaliémie |

**Prévention**

- **Éruption cutanée :** Arrêt du traitement
- **Bilan biologique** en cas de traitement d'une durée supérieure à une semaine

# Effets indésirables

**Daptomycine**

| | | |
|---|---|---|
| **Rhabdomyolyse** | • Augmentation des CPK | **Prévention**<br>• Surveillance **CPK** 2/semaine |

**Linézolide**

| | | |
|---|---|---|
| **Toxicité médullaire** | • Cytopénies | **Prévention**<br>• Surveillance **NFS** 2/semaine<br>• Limiter les **co-prescriptions** à risque de syndrome sérotoninergique |
| **Toxicité neurologique** | • Syndrome sérotoninergique<br>• Neuropathie périphérique | |

# Effets indésirables

**Quand est-ce que je prescris un bilan biologique de surveillance sous antibiotique ?**

- Antibiothérapie prolongée *(≥ une semaine)*
- Patient à risque d'effets secondaires *(insuffisance rénale chronique)*
- Surveillance spécifique *($K^+$ et cotrimoxazole, CPK et daptomycine, NFS et linézolide)*

**Quels sont les principaux facteurs de risque d'effet indésirable ?**

- Durée d'antibiothérapie inadaptée
- Posologie inadaptée
- Absence de surveillance
- Poursuite du traitement malgré la survenue de l'effet indésirable

# Antibiothérapie intra-veineuse au domicile

# Cas clinique

Vous êtes médecin au Service d'Accueil des Urgences, et recevez Mr C, un patient de 77 ans, sans antécédent en dehors d'une **hypertrophie bénigne de prostate**.

Il consulte devant l'apparition récente de **signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, dysurie) associée à une fièvre**, sans autre point d'appel.

Il a consulté son médecin traitant pour le même motif, qui a introduit une antibiothérapie probabiliste par **LEVOFLOXACINE**.

Il consulte à 72h aux urgences devant une persistance de la symptomatologie sous antibiothérapie.

Vous concluez à **infection urinaire masculine fébrile, en échec d'une antibiothérapie par fluoroquinolones.**

# Cas clinique

**Mr C. a apporté le résultat de son ECBU.**

**Après avis infectiologique, vous décidez d'initier une antibiothérapie par CEFOXITINE, avec une première dose réalisée aux urgences.**

**Le patient n'ayant aucun critère d'hospitalisation, comment envisagez-vous la suite de l'ATB :**

A. Remise au patient d'une ordonnance classique
B. Appel d'un prestataire d'ATB au domicile
C. Appel de l'HAD
D. Ça a l'air compliqué, je vais tenter l'augmentin
E. Pas le choix, faut l'hospitaliser

| Germe testé | ***Escherichia coli*** |
|---|---|
| **Béta–lactamines** | |
| Mecillinam | Sensible |
| Amoxicilline | **Résistant** |
| Amoxicilline/Acide clavulanique (urine) entérobactéries | Sensible |
| Amoxicilline/Acide clavulanique (autre) entérobactéries | Sensible |
| Céfoxitine | Sensible |
| Céfixime | **Résistant** |
| Céfépime | *Sensible à forte posologie* |
| Ceftazidime | **Résistant** |
| Ceftriaxone | **Résistant** |
| Ertapénème | Sensible |
| **Aminosides** | |
| Amikacine | Sensible |
| **Quinolones / Fluoroquinolones** | |
| Lévofloxacine | **Résistant** |
| Ciprofloxacine | **Résistant** |

# Cas clinique

**Mr C. a apporté le résultat de son ECBU.**

**Après avis infectiologique, vous décidez d'initier une antibiothérapie par CEFOXITINE, avec une première dose réalisée aux urgences.**

**Le patient n'ayant aucun critère d'hospitalisation, comment envisagez-vous la suite de l'ATB :**

A. Remise au patient d'une ordonnance classique
B. **Appel d'un prestataire d'ATB au domicile**
C. Appel de l'HAD
D. Ça a l'air compliqué, je vais tenter l'augmentin
E. Pas le choix, faut l'hospitaliser

| Germe testé | ***Escherichia coli*** |
|---|---|
| **Béta–lactamines** | |
| Mecillinam | Sensible |
| Amoxicilline | **Résistant** |
| Amoxicilline/Acide clavulanique (urine) entérobactéries | Sensible |
| Amoxicilline/Acide clavulanique (autre) entérobactéries | Sensible |
| Céfoxitine | Sensible |
| Céfixime | **Résistant** |
| Céfépime | *Sensible à forte posologie* |
| Ceftazidime | **Résistant** |
| Ceftriaxone | **Résistant** |
| Ertapénème | Sensible |
| **Aminosides** | |
| Amikacine | Sensible |
| **Quinolones / Fluoroquinolones** | |
| Lévofloxacine | **Résistant** |
| Ciprofloxacine | **Résistant** |

# Différentes voies d'administration

| | IV | PO | SC |
|---|---|---|---|
| Observance du traitement | ++ sauf patient dément | +/- | ++ même patient dément |
| Disponibilité des antibiotiques large spectres | +++ | - - | +++ |
| Disponibilité des antibiotiques à forte pénétration tissulaire | +++ | +++ | -- |
| Impact sur le microbiote /antibiorésistance | ? | ? | +/- |
| Prise orale impossible | ++ | -- | ++ |
| Prise IV impossible | -- | ++ | ++ |
| Optimisation PKPD | +++ | +/- | +++ |
| Couts des molécules | -- | +++ | -- |
| Charge en soins | -- | +++ | + |
| Iatrogénie | Inf de KT | Troubles digestifs | Très rare inf. de KT |
| Efficacité thérapeutique | +++ | +++ ? | +++? |

*Diapositive empruntée au Dr. Diamantis*

# ATB IV au domicile : Qui contacter ?

## HAD – SSIAD – PRESTATAIRE -IDE

- **HAD: hospitalisation à domicile**
  - Structure publique privé ou mixte
  - Critères de prise en charge minimum
  - Médecin dédié validant l'admission et assurant un suivis
  - Indispensable pour les ATB à usage hospitalier stricte (témocilline)

  Témocilline 6g/j en continue dans un diffuseur de 240ml/24h00 pendant 7 jours

- **SSIAD: service de soins infirmier à domicile**
  - Absence de médecins critère d'admission plus léger que l'HAD
  - Pas d'intérêt pour l'antibiothérapie à domicile

- **Prestataire à domicile :**
  - Système privé de coordination de mise e place et suivie de soins spécifique à domicile ( O2, perfusion, atb…)
  - Critères spécifiques selon OMEDIT et remboursement codifié PERFADOM
  - Indispensable et moins couteux pour mise en place rapide d'antibiothérapie par diffuseur hors réserve hospitalière

  Cefoxitine 6g/j en continue : 2g dans 240 ml x2/j pendant 7 jours

- **IDE:**
  - Simple , le moins couteux
  - Suffisant pour ceftriaxone SC , Amikacine IM,

  Ceftriaxone 1g/j SC dans un 100ml de serum phy sur 30 min 7 jours



*Diapositive empruntée au Dr. Diamantis*

# ATB IV au domicile : Qui contacter ?

INFECTIOLOGIE.com

**RECOMMANDATIONS**

> Recommandations

> Diaporamas des recommandations

**Bon usage des anti infectieux**

- Administration des antibiotiques par voie intraveineuse en perfusion prolongée et continue **2025**
  - Version en anglais dans ID Now sur science direct et sur infectiologie.com - Version en français dans MMI formation
- Home intravenous antibiotherapy and the proper use of elastomeric pumps IDN 2021
- Modalités d'utilisation des antibiotiques par voie intraveineuse au domicile IDN 2021

Guidelines

## Terms of use of outpatient parenteral antibiotic therapy

*Modalités d'utilisation des antibiotiques par voie intraveineuse au domicile*

S. Diamantis[a], P. Longuet[b], P. Lesprit[c], R. Gauzit[d,*]

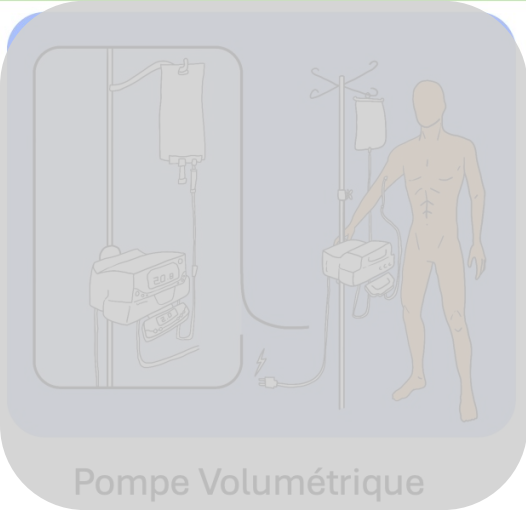
| Antibiotique (DCI) | Délivrance |
|---|---|
| Céfépime | Ville (prescription hospitalière) |
| Céfotaxime | Rétrocédable |
| Céfoxitine | Rétrocédable |
| Ceftaroline | Hôpital/HAD |

*Accès libre sur le site infectiologie.com*

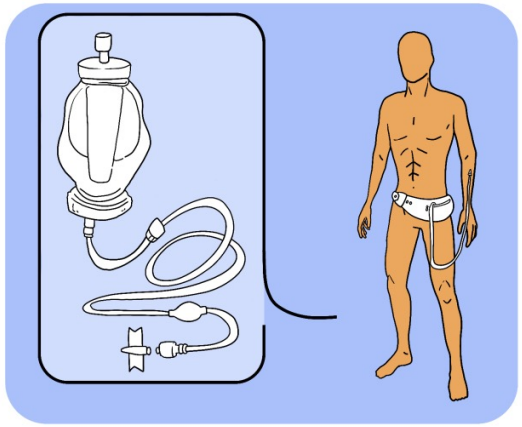
| | Qui contacter ? | Quel délai ? |
|---|---|---|
| **Ville** | IDE + pharmacie | Selon IDE |
| **Rétrocédable** | Prestataire | Dans la journée |
| **Hôpital/HAD** | HAD | Plusieurs jours |

# ATB IV au domicile : Comment ça marche ?

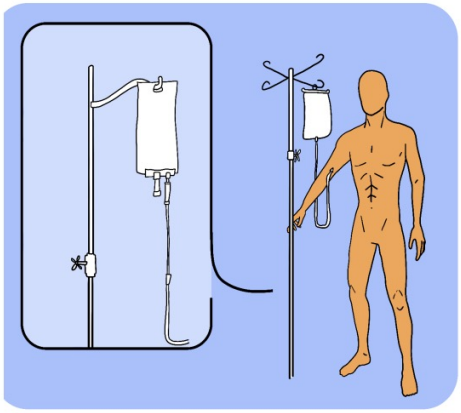
## Les différents dispositifs médicaux



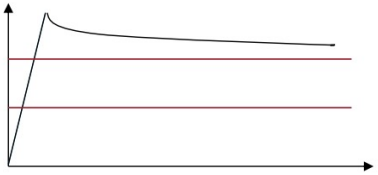
Pompe Volumétrique



Diffuseur

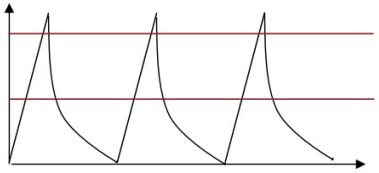


Perfusion par gravité



**Avantages** : Un ou deux passages IDE par jour seulement
Déambulation possible

**Conditions** : Stabilité prolongée (12 voire 24h), à + de 30 degrés



Obligatoire si antibiotique concentration-dépendant ou non stable

*Diapositive empruntée au Dr. Diamantis*

# ATB IV au domicile : Comment ça marche ?

## Diffuseurs portables






Diffuseurs Baxter portables

*Viaene E. Comparative stability studies of antipseudomonal beta-lactams for poten-tial administration through portable elastomeric pumps (home therapy forcystic fibrosis patients) and motor-operated syringes (intensive care units).AAC 2002;46:2327–32.*





Pompe élastomérique de type Easypump II

*Diapositive empruntée au Dr. Diamantis*

# ATB IV au domicile : Comment prescrire ?

INFECTIOLOGIE.com

**RECOMMANDATIONS**

> Recommandations

> Diaporamas des recommandations

**Bon usage des anti infectieux**

- Administration des antibiotiques par voie intraveineuse en perfusion prolongée et continue **2025**
  - Version en anglais dans ID Now sur science direct et sur infectiologie.com - Version en français dans MMI formation
- Home intravenous antibiotherapy and the proper use of elastomeric pumps IDN 2021
- Modalités d'utilisation des antibiotiques par voie intraveineuse au domicile IDN 2021

## Administration des antibiotiques par voie intraveineuse en perfusion prolongée et continue

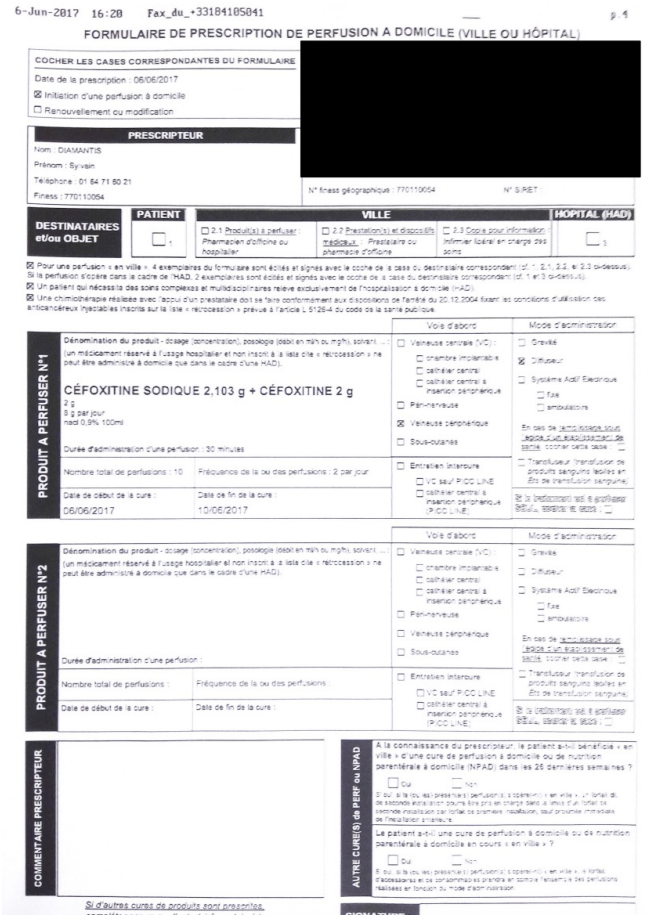
**Tableau 4** Modalités d'administration en perfusion continue à l'aide de diffuseurs élastomériques, pour les principaux antibiotiques

| Molécule | Solvant | Concentration maximale | Dose prescrite journalière (g) | Dilution et administration | Volume diffuseur | Matériau diffuseur* | Nombre de passages |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Témocilline | NaCl 0,9 % | 25 mg/mL | 6 | 6 g dans 240 mL sur 24 h x 1/j | 240–250 mL | P | 1 |

* S : Silicone/P : Polyisoprène.

*Accès libre sur le site infectiologie.com*

# ATB IV au domicile : Prescription



6-Jun-2017 16:20 Fax_du_+33184105041 p. 1

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION A DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE

Date de la prescription : 06/06/2017

☒ Initiation d'une perfusion à domicile

☐ Renouvellement ou modification

PRESCRIPTEUR

Nom : DIAMANTIS

Prénom : Sylvain

Téléphone : 01 84 71 80 21

Finess : 770110064

[redacted]

N° finess géographique : 770110064 N° SIRET :

DESTINATAIRES et/ou OBJET | PATIENT ☐ 1 | VILLE | HÔPITAL (HAD) ☐ 3

☐ 2.1 Produit(s) à perfuser : Pharmacien d'officine ou hospitalier

☐ 2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : Prestataire ou pharmacie d'officine

☐ 2.3 Copie pour information : infirmier libéral en charge des soins

☒ Pour une perfusion « en ville » : 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le cadre de la case du destinataire correspondant (cf. 1, 2.1, 2.2, et 2.3 ci-dessus). Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'HAD, 2 exemplaires sont édités et signés avec le cadre de la case du destinataire correspondant (cf. 1 et 3 ci-dessus).

☒ Un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

☒ Une chimiothérapie réalisée avec l'appui d'un prestataire doit se faire conformément aux dispositions de l'arrêté du 20.12.2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste « rétrocession » prévue à l'article L.5126-4 du code de la santé publique.

PRODUIT A PERFUSER N°1

Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... (un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).

CÉFOXITINE SODIQUE 2,103 g + CÉFOXITINE 2 g

2 g

6 g par jour

nacl 0,9% 100ml

Durée d'administration d'une perfusion : 30 minutes

Nombre total de perfusions : 10 | Fréquence de la ou des perfusions : 2 par jour

Date de début de la cure : 06/06/2017 | Date de fin de la cure : 10/06/2017

Voie d'abord : ☐ Veineuse centrale (VC) : ☐ chambre implantable ☐ cathéter central ☐ cathéter central à insertion périphérique ☐ Périphérique ☒ Veineuse périphérique ☐ Sous-cutanée ☐ Entretien intercure ☐ VC sauf PICC LINE ☐ cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)

Mode d'administration : ☐ Gravité ☒ Diffuseur ☐ Système Actif Electrique ☐ fixe ☐ ambulatoire

En cas de « semi-passage sous [illegible] » de tâche, cocher cette case ☐

☐ Transfuseur / transfusion de produits sanguins labiles en Etb de transfusion sanguine

☒ la prescription est à poursuivre [illegible]

PRODUIT A PERFUSER N°2

Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... (un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).

Durée d'administration d'une perfusion :

Nombre total de perfusions : | Fréquence de la ou des perfusions :

Date de début de la cure : | Date de fin de la cure :

Voie d'abord : ☐ Veineuse centrale (VC) : ☐ chambre implantable ☐ cathéter central ☐ cathéter central à insertion périphérique ☐ Périphérique ☐ Veineuse périphérique ☐ Sous-cutanée ☐ Entretien intercure ☐ VC sauf PICC LINE ☐ cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)

Mode d'administration : ☐ Gravité ☐ Diffuseur ☐ Système Actif Electrique ☐ fixe ☐ ambulatoire

En cas de « semi-passage sous [illegible] » de tâche, cocher cette case ☐

☐ Transfuseur / transfusion de produits sanguins labiles en Etb de transfusion sanguine

☒ la prescription est à poursuivre [illegible]

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR

Si d'autres cures de produits sont prescrites

AUTRE CURE(S) de PERF ou NPAD

A la connaissance du prescripteur, le patient a-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile (NPAD) dans les 28 dernières semaines ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, s'il (ou les) a été prescrit(s) [illegible]

Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, s'il (ou les) a été prescrit(s) [illegible]

Formulaire de prescription de perfusion à domicile

**1- Un appel téléphonique du prestataire/HAD : molécule, type de dispositifs, volume de perfusion, posologie, débit, nb de passages, durée totale**

*Diapositive empruntée au Dr. Diamantis*

# ATB IV au domicile : Conclusion

- **De plus en plus fréquent au vu de l'émergence de l'antibiorésistance**

- **Que vérifier :**
  - **Type de délivrance** : Hôpital/HAD, rétrocédable (prestataire), pharmacie d'officine
  - **Durée de stabilité** (et à quelle température)
  - **Concentration maximale de l'antibiotique**

- **Limites de l'initiation aux urgences** :
  - **Suivi :**
    - Qui gère le suivi (clinique et biologique) ?
    - Qui appeler si problème ?
    - Impliquer le **médecin traitant** en cas de sortie du patient avec un prestataire.
  - **Choix des prestataires :**
    - Prestataires rigoureux pour l'administration d'ATB IV au domicile
    - Se rapprocher de vos **infectiologues**

# Antibiothérapie sous-cutanée

# Cas clinique

Vous êtes médecin au Service d'Accueil des Urgences, et recevez Mr E, un patient de 92 ans, GIR 2, vivant en EHPAD, connu pour des **troubles de la déglutition.**

Il est adressé en pleine nuit pour l'apparition d'une **toux fébrile** depuis une **fausse route il y a 48 heures.**

Le scanner thoracique réalisé confirme la présence d'infiltrats radiologiques du lobe inférieur droit, en faveur d'une **pneumonie d'inhalation.**

Mr E ne présente aucun signe de gravité, vous aimeriez donc traiter en **ambulatoire**, en EHPAD.

# Cas clinique

**Quelle antibiothérapie proposez-vous, en tenant compte du fait que Mr. E est allergique à la pénicilline (œdème de Quincke), sans réaction aux céphalosporines, et qu'il a tendance à se déperfuser régulièrement.**

**Quelle antibiothérapie initiez-vous ?**

A. Ceftriaxone IV
B. Ceftriaxone SC
C. Ceftriaxone IM

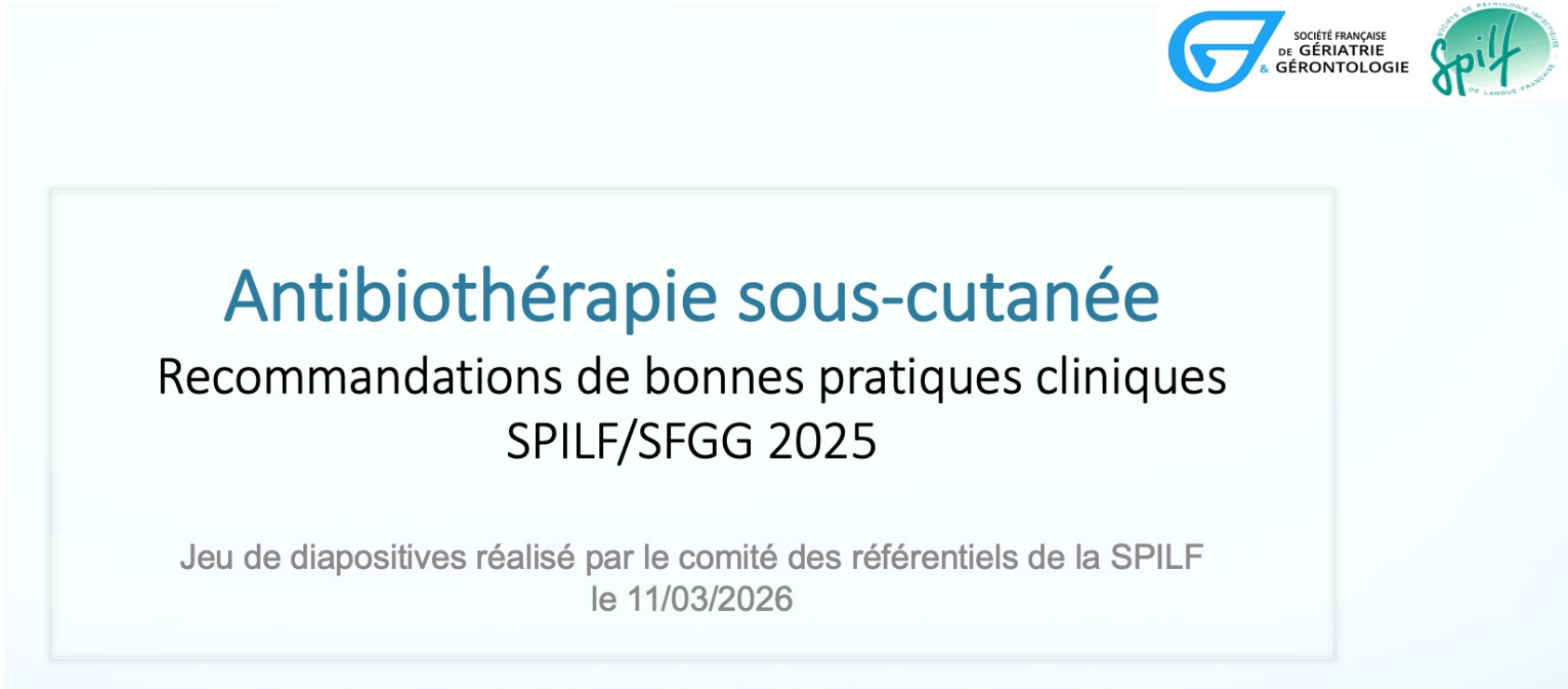
# Cas clinique

**Quelle antibiothérapie proposez-vous, en tenant compte du fait que Mr. E est allergique à la pénicilline (œdème de Quincke), sans réaction aux céphalosporines, et qu'il a tendance à se déperfuser régulièrement.**

**Quelle antibiothérapie initiez-vous ?**

A. Ceftriaxone IV
**B. Ceftriaxone SC**
C. Ceftriaxone IM

# Antibiothérapie sous-cutanée




*Recommandations disponibles en accès libre sur infectiologie.com*

# Antibiothérapie sous-cutanée

## Indications

- La **voie orale** est toujours **à privilégier (**dans la mesure du possible).
- La voie SC est une **alternative pragmatique** lorsque les voies orale, IV et/ou IM sont impossibles ou inappropriées :
  - Capital veineux précaire
  - Agitation/confusion
  - Soins de conforts
  - Troubles de la déglutition
  - Anticoagulation efficace (IM contre-indiquée)
  - Facilitation du retour à domicile/soins ambulatoires
  - Nécessité d'une antibiothérapie parentérale prolongée (suppressive notamment)





*Recommandations SPILF - SFGG*

# Antibiothérapie sous-cutanée

## Antibiotiques utilisables par voie SC

| Grade | Molécules | Commentaire |
|---|---|---|
| Grade A | Ceftriaxone | *Données pharmacocinétiques et cliniques de bonne qualité; aucune réserve en terme d'efficacité et de tolérance.* |
| Grade B | Benzathine pénicilline, Céfazoline, Ertapénème, Méropénème, Pipéracilline-Tazobactam, Témocilline | *Données pharmacocinétiques de bonne qualité, données cliniques limitées; peu de réserves en terme d'efficacité et de tolérance.* |
| Grade C | Téicoplanine<br>*Sur avis spécialisé:* Amoxicilline, Amoxicilline-acide clavulanique, Céfépime, Ceftazidime, Daptomycine | *. Teicoplanine: données pharmacocinétiques de bonne qualité, données cliniques limitées; pas de réserve en terme d'efficacité, tolérance variable.*<br>*. Avis spécialisé requis pour les autres antibiotiques car données pharmacocinétiques et cliniques limitées; peu de réserves en terme d'efficacité et de tolérance.* |
| EXCLUS | Aminosides | *Risques de nécrose cutanée et/ou d'inefficacité (antibiotiques concentration dépendants)* |

*Recommandations SPILF - SFGG*

# Antibiothérapie sous-cutanée

## Modalités pratiques de perfusion

### Dilution

Utiliser les **mêmes dilutions et posologies** que pour la voie intraveineuse (50cc de NaCl 0.9% ou G5%).

### Durée & Méthode

**Perfusion gravitaire** recommandée.
Durée : **20 à 30 minutes** (objectifs: réduire la douleur et favoriser l'absorption).

### À Éviter

**Pas d'injection directe en bolus** (hors benzathine pénicilline), sauf si absence d'alternative et rapport bénéfice/risque jugé favorable

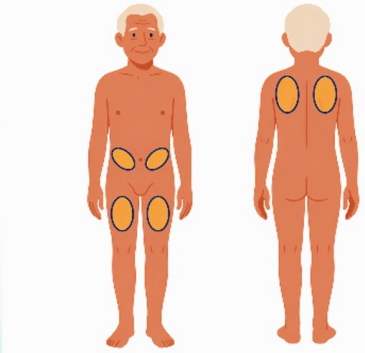
## Sites d'administration

### Zones Privilégiées

Utiliser les sites riches en tissu adipeux sous-cutané :

- Face externe des **cuisses**.
- Paroi **abdominale** (en évitant la zone péri-ombilicale).
- Région de la **scapula** (omoplate).

**Rotation des sites :** Indispensable pour prévenir lipodystrophies et indurations.



*Recommandations SPILF - SFGG*

# Antibiothérapie sous-cutanée

## Surveillance

- **Surveillance quotidienne** du point de ponction (rougeur, chaleur, douleur, nécrose).
- **Arrêt immédiat** si réaction locale importante.
- **Durée cathéter :** Maximum **5 jours** sur le même site.
- **Anticoagulants :** Vigilance accrue (risque d'hématome), mais pas de contre-indication formelle.
- **Pharmacovigilance :** Déclaration à faire obligatoirement en cas d'effet indésirable grave.

*Recommandations SPILF - SFGG*

# Antibiothérapie sous-cutanée

## Cadre réglementaire

### Prescription & Traçabilité

L'administration SC d'antibiotiques est une pratique "Hors AMM". Elle engage la responsabilité du prescripteur.

### Obligations du Médecin :

- **Information du patient** (ou de sa personne de confiance) sur le caractère hors AMM et les risques/bénéfices.
- **Accord du patient** (ou de sa personne de confiance) tracé dans le dossier médical.
- **Protocole dédié** à rédiger en établissement de santé.
- **Mention sur l'ordonnance** pour les prescriptions ambulatoires :

*Modalité d'administration hors AMM, validée après information et accord du patient de la balance bénéfice/risque favorable, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques cliniques SPILF/SFGG 2025 de l'antibiothérapie sous-cutanée, et avec la lettre aux professionnels de santé de l'ANSM de novembre 2019*

*Recommandations SPILF - SFGG*

# Antibiothérapie sous-cutanée

## Modèles d'ordonnances

### Pour la pharmacie

CEFTRIAXONE 1 g poudre pour sol inj intraveineuse

A administrer par voie sous-cutanée (sic) (1g par jour dilué dans 50 ml de chlorure de sodium 0.9% à administrer sur une durée de 30 à 60 minutes) pendant XX jours

*Modalité d'administration hors AMM, validée après information et accord du patient de la balance bénéfice/risque favorable, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques cliniques SPILF/SFGG 2025 de l'antibiothérapie sous-cutanée, et avec la lettre aux professionnels de santé de l'ANSM de novembre 2019*

QSP: XX j

Cachet et signature du prescripteur

### Pour l'IDE

Merci de faire pratiquer par IDE à domicile, dimanches et jours fériés inclus, à compter du …… les soins suivants :

- Pose d'un cathéter sous-cutané sur les flancs ou les cuisses ;

- Préparation de perfusion de CEFTRIAXONE 1g (1g de CEFTRIAXONE à diluer dans 50 ml de sérum physiologique et à passer par voie sous-cutanée (sic) par gravité sur une durée de 30 à 60 minutes) ;

- Branchement de cette perfusion ;

- Fréquence et/ou horaire de passage : (si nécessité médicale, apposer la mention « nuit » ou « intervalle de 12 heures » si 2 injections/jour) ;

- Surveillance journalière du site de pose du cathéter ;

- Changement du cathéter SC au maximum après 5 jours d'utilisation ;

- Pendant X jours

*Modalité d'administration hors AMM, validée après information et accord du patient de la balance bénéfice/risque favorable, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques cliniques SPILF/SFGG 2025 de l'antibiothérapie sous-cutanée, et avec la lettre aux professionnels de santé de l'ANSM de novembre 2019*

Cachet et signature du prescripteur

*Recommandations SPILF - SFGG*

# Prescription d’antibiothérapie différée

# Cas clinique

Vous êtes médecin au circuit court des urgences pédiatriques, et vous recevez Tom, un enfant de **3 ans**, pour **otalgie gauche** évoluant depuis la veille au soir**.** Il est fébrile à **38,2°C.**



L'examen otoscopique confirme le diagnostic d'otite **moyenne aiguë purulente.**

Les symptômes sont modérés, avec un état général conservé.

**Quelle antibiothérapie initiez-vous ?**

A. Amoxicilline
B. Augmentin
C. Absence d'antibiothérapie

# Cas clinique

Vous êtes médecin au circuit court des urgences pédiatriques, et vous recevez Tom, un enfant de **3 ans**, pour **otalgie gauche** évoluant depuis la veille au soir. Il est fébrile à **38,2°C.**



L'examen otoscopique confirme le diagnostic d'otite **moyenne aiguë purulente.**

Les symptômes sont modérés, avec un état général conservé.

**Quelle antibiothérapie initiez-vous ?**

A. Amoxicilline
B. Augmentin
**C. Absence d'antibiothérapie**

# Cas clinique

Vous êtes médecin au circuit court des urgences adultes, et vous recevez Mr. D, âgé de **23 ans**, pour **douleur pulsatile sinusienne infra-orbitaire unilatérale,** augmentée quand la tête est penchée en avant**.** Il est fébrile à **38,2°C.**

Les symptômes évoluent depuis la **veille**.

Vous retenez le diagnostic de sinusite maxillaire aiguë.

**Quelle antibiothérapie initiez-vous ?**

A. Amoxicilline
B. Augmentin
C. Absence d'antibiothérapie

# Cas clinique

Vous êtes médecin au circuit court des urgences adultes, et vous recevez Mr. D, âgé de **23 ans**, pour **douleur pulsatile sinusienne infra-orbitaire unilatérale,** augmentée quand la tête est penchée en avant**.** Il est fébrile à **38,2°C.**

Les symptômes évoluent depuis la **veille**.

Vous retenez le diagnostic de sinusite maxillaire aiguë.

**Quelle antibiothérapie initiez-vous ?**

A. Amoxicilline
B. Augmentin
C. **Absence d'antibiothérapie**

# Cas clinique

Vous êtes médecin aux urgences, et vous recevez Mr. C, âgé de **57 ans**, sans antécédent, pour **douleur en fosse iliaque gauche depuis 48h.** Il est fébrile à **38,2°C.**

L'examen clinique retrouve une douleur en FIG sans critère de gravité.

Le bilan biologique met en évidence un syndrome inflammatoire biologique avec une **CRP à 65 mg/L**.

Le scanner abdomino-pelvien réalisé confirme le diagnostic de diverticulite.



**Quelle antibiothérapie initiez-vous ?**

A. Amoxicilline
B. Augmentin
C. Absence d'antibiothérapie

# Cas clinique

Vous êtes médecin aux urgences, et vous recevez Mr. C, âgé de **57 ans**, sans antécédent, pour **douleur en fosse iliaque gauche depuis 48h.** Il est fébrile à **38,2°C.**

L'examen clinique retrouve une douleur en FIG sans critère de gravité.

Le bilan biologique met en évidence un syndrome inflammatoire biologique avec une **CRP à 65 mg/L**.

Le scanner abdomino-pelvien réalisé confirme le diagnostic de diverticulite.



**Quelle antibiothérapie initiez-vous ?**

A. Amoxicilline
B. Augmentin
**C. Absence d'antibiothérapie**

# Prescription différée d'antibiothérapie

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ — Spilf — GPIP

**RECOMMANDER** LES BONNES PRATIQUES

**FICHE** Choix et durées d'antibiothérapies : otite moyenne aiguë purulente de l'enfant

**En cas d'otite moyenne aiguë purulente - enfant > 2 ans avec symptômes modérés :**

- pas d'antibiotique en première intention ;
- réévaluation de l'enfant dans les 48-72 heures, en cas d'aggravation, instauration d'une antibiothérapie.

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ — Spilf

**RECOMMANDER** LES BONNES PRATIQUES

**FICHE** Choix et durées d'antibiothérapies : sinusite de l'adulte

**En cas de sinusite maxillaire :**

- ➔ **Aiguë purulente avec suspicion d'infection bactérienne : traitement antibiotique si au moins 2 des 3 critères suivants** :
- persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré un traitement symptomatique prescrit pendant au moins 48 heures,
- caractère unilatéral de la douleur et/ou son augmentation quand la tête est penchée en avant, et/ou son caractère pulsatile et/ou son acmé en fin d'après-midi et la nuit,
- augmentation de la rhinorrhée et caractère continu de la purulence. Ces signes ont d'autant plus de valeur qu'ils sont unilatéraux,

# Prescription différée d'antibiothérapie

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Prise en charge médicale et chirurgicale
de la diverticulite colique

Le traitement symptomatique sans antibiotique des diverticulites non compliquées confirmées par le scanner est recommandé en l'absence :

- de signes de gravité notamment pression artérielle systolique ≤ 100 mm Hg, fréquence respiratoire ≥ 22/mn ou confusion ;
- d'immunodépression (immunodépression congénitale ou acquise, traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur, corticothérapie systémique, cancer évolutif, insuffisance rénale terminale) ;
- de score ASA > 3[2] ;
- de grossesse.

En l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable, la réalisation de ce traitement est recommandée en ambulatoire. Dans cette situation, une surveillance clinique est recommandée. En cas de non réponse à ce traitement, une antibiothérapie par voie orale est alors recommandée ne dépassant pas 7 jours, associant amoxicilline et acide clavulanique, ou en cas d'allergie prouvée une fluoroquinolone (lévofloxacine ou ciprofloxacine) associée au métronidazole.

# Prescription différée d'antibiothérapie

**Effet bénéfique du traitement antibiotique**

En cas d'infection bactérienne avérée



**Effet néfaste du traitement antibiotique**

Sur les flores commensales
Sur l'écologie bactérienne avec sélection de bactéries multi-résistantes
Effet secondaire / Allergies

**Screening du patient :**

- Pathologie
- Antécédents
- Entourage
- Compréhension des consignes





*Diapositive empruntée au Dr. Bronner*

# Prescription différée d'antibiothérapie





***Point de vue Du médecin***

- Ville > Campagne
- Jeunes > Expérimentés
- Peur d'être vu comme incompétent
- Rassurer les patients
- Prescription de WE ou jours fériés
- Pas pour tous les patients.. Ni pour toutes les maladies !

***Point de vue Du patient***

- Satisfaction variable (Plus satisfait si rétablissement rapide)
- Consommation immédiate parfois jugée nécessaire
- Nouvelle consultation si absence de prescription
- Signe d'indécision ou d'incompétence du médecin
- Adultes >> Enfants
- Antibiorésistance : pas une priorité

*Diapositive empruntée au Dr. Bronner*

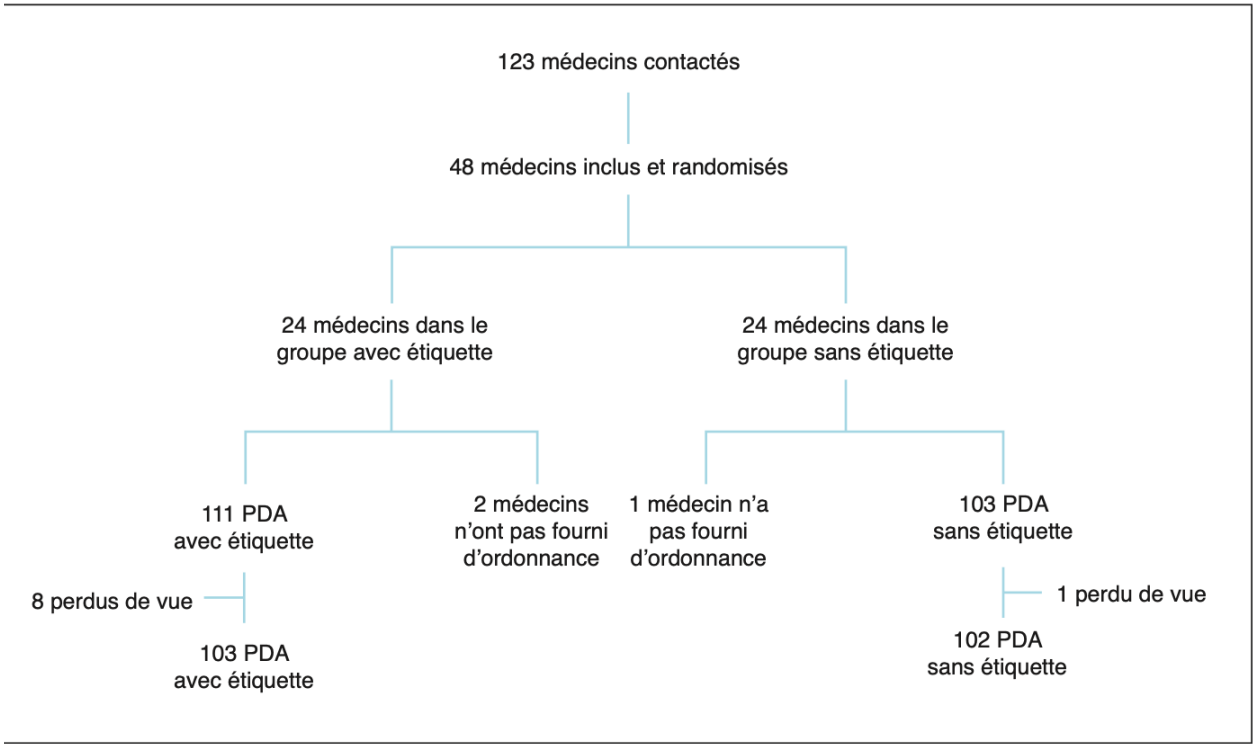
# Prescription différée d'antibiothérapie

## Prescription différée d'antibiotique en soins primaires

Étude prospective interventionnelle randomisée : évaluation de la consommation d'antibiotique en fonction des modalités de réalisation de l'ordonnance dans la pratique courante des médecins généralistes

Guillaume Aubourg, Clémence Therene, William Durieux

Dans Médecine 2021/8 Vol. 17 , pages 372 à 377
Éditions JLE




Deux fiches d'information ont été jointes au questionnaire en fonction du groupe auquel le médecin a été attribué. Dans la fiche d'information des médecins randomisés dans le groupe de la PDA protocolisée, il était mentionné la consigne de coller une étiquette sur l'ordonnance remise au patient. Sur ces étiquettes, on retrouve une note à l'attention du pharmacien et une information pour le patient sur les conditions de prise et de délai avant la prise d'antibiotique. Ensuite, le médecin envoyait une photo de la fiche de recueil et de l'ordonnance par SMS.

# Prescription différée d'antibiothérapie

## Prescription différée d'antibiotique en soins primaires

Étude prospective interventionnelle randomisée : évaluation de la consommation d'antibiotique en fonction des modalités de réalisation de l'ordonnance dans la pratique courante des médecins généralistes

Guillaume Aubourg, Clémence Therene, William Durieux

Dans Médecine 2021/8 Vol. 17 , pages 372 à 377
Éditions JLE

| Groupe | Total (*n* = 205) | Consommation de l'ATB (*n* = 95) | Non-consommation de l'ATB (n = 110) | *p* value |
|---|---|---|---|---|
| Sans étiquette | 102 (49,8 %) | 53 (51,9 %) | 49 (48,1 %) | 0,11 |
| Avec étiquette | 103 (50,2 %) | 42 (40,7 %) | 61 (59,3 %) | |

| Modalités | Total (*n* = 205) | Consommation de l'ATB (*n* = 95) | Non consommation de l'ATB (*n* = 110) | *p* value |
|---|---|---|---|---|
| Orales seules | 63 (30,7 %) | 33 (52,4 %) | 30 (47,6 %) | 0,25 |
| Écrites | 142 (69,3 %) | 62 (43,7 %) | 80 (56,3 %) | |

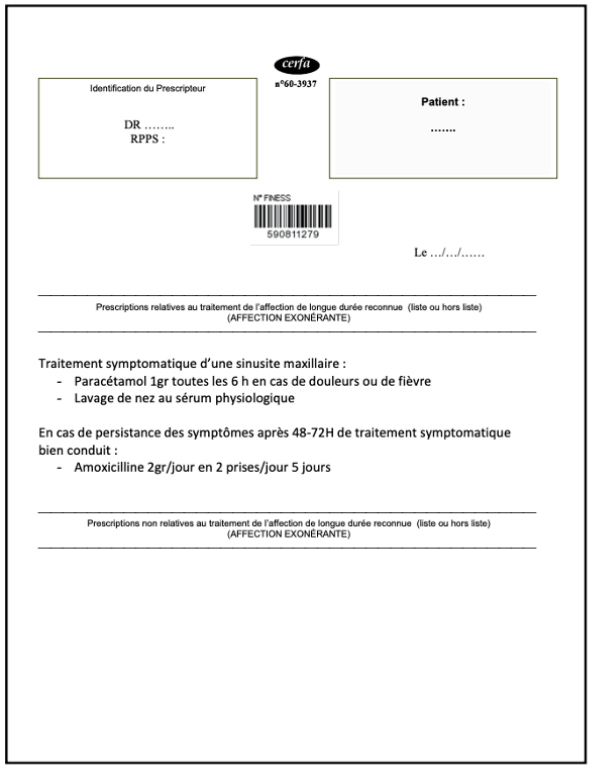
# Prescription différée d'antibiothérapie

## Antibiotique de réserve

Utilisation uniquement si les symptômes s'aggravent ou ne s'améliorent pas au cours d'une période donnée.

L'ordonnance peut être remise :

- lors de la consultation



cerfa n°60-3937

Identification du Prescripteur

DR ……..
RPPS :

Patient :
……

N° FINESS
590811279

Le …/…/……

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Traitement symptomatique d'une sinusite maxillaire :
- Paracétamol 1gr toutes les 6 h en cas de douleurs ou de fièvre
- Lavage de nez au sérum physiologique

En cas de persistance des symptômes après 48-72H de traitement symptomatique bien conduit :
- Amoxicilline 2gr/jour en 2 prises/jour 5 jours

Prescriptions non relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

*Diapositive empruntée au Dr. Bronner*



# Séminaire de bon usage des antibiotiques aux urgences en région lilloise


Responsables
G.Saltiel : gregoire.saltiel@chu-lille.fr
P.Thill : pauline.thill@chu-lille.fr


**13 ET 14 OCTOBRE 2026**

Institut Gernez Rieux, 2 rue du Dr Schweitzer
59037 Lille Cedex (métro ligne 1, CHU - Centre Oscar Lambret)

Inscriptions dans le cadre du DPC
s.parisot@infectiologie.com
lien : https://forms.gle/VzdmLVKpGdp2373E7

Scan M

## mardi 13 octobre 2026

**Matin**

09h30 — Accueil des participants, introduction

09h45 – 13h00 — **Généralités et Outils diagnostiques**

- Rappels concernant les principales bactéries et résistances rencontrées aux urgences (09h45 – 10h45)
  *Dr Grégoire Saltiel (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*
  *Dr Julie Hoff (Urgences adultes - GHICL)*
- Nouveautés dans le rendu des antibiogrammes : antibiogrammes ciblés et « sensible forte dose » (10h45 – 11h15)
  *Dr Rémi Le Guern (Bactériologie - CHU de Lille)*
  *Pr. Karine Faure (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*

*Pause intermédiaire*

- Biomarqueurs sériques : PCT ou CRP ? Quel impact sur l'antibiothérapie ? (11h30 – 12h00)
  *Dr Nicolas Lauwerier (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*
- Utilisation des PCR multiplex / panels syndromiques aux urgences : ange ou démon ? (12h00 – 12h30)
  *Dr Alexandre Réguème (Virologie - CHU de Lille)*
- Bon usage diagnostique aux urgences (12h30 – 13h00)
  *Dr Pauline Thill (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*
  *Dr Nicolas Blondiaux (Bactériologie - GHICL)*

**Après midi**

14h00 – 16h00 — **Infections urinaires et respiratoires**

**Ateliers**

- Infections digestives en consultation d'urgence : Quand prescrire des antibiotiques ? (14h00 – 15h00)
  *Dr Sarah Stabler (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*
  *Dr Anaël Przybylak (Urgences adultes - CHU de Lille)*
- Infections respiratoires basses en consultation d'urgence : quels antibiotiques, quels examens complémentaires, quelle durée de traitement ? (15h00 – 16h00)
  *Dr Grégoire Saltiel (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*
  *Dr Sophie Nave (Urgences adultes - CHU de Lille)*

*Pause intermédiaire*

16h15 – 17h15 — **Bon usage en antibiothérapie**

- Quand initier une bithérapie antibiotique aux urgences ? (16h15 – 16h45)
  *Pr Emmanuel Faure (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*
- Antibiothérapie ambulatoire à la sortie des urgences et prescription différée de l'antibiothérapie (16h45 – 17h15)
  *Dr Grégoire Saltiel (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*

17h16 — **Fin de la première journée**

## mercredi 14 octobre 2026

**Matin**

09h00 – 11h00 — **Infections ostéo-articulaires et cutanées**

**Ateliers**

- Infections ostéo-articulaires : comment les gérer en consultation d'urgence ? (09h00 – 10h00)
  *Dr Benoit Gaohet (Maladies infectieuses - CH de Tourcoing)*
  *Dr Marion Halbaut (Chirurgie orthopédique - CHU de Lille)*
- Erysipèles, morsures et dermo hypodermites aux urgences : traiter et prévenir (10h00 – 11h00)
  *Dr Pauline Thill (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*
  *Dr Zoé Semard (Urgences adultes - CH de Tourcoing)*

*Pause intermédiaire*

11h15 – 12h30 — **Bon usage en antibiothérapie et neutropénie fébrile**

- Revue des situations fréquentes ne nécessitant pas la prescription d'antibiotiques aux urgences (11h15 – 11h45)
  *Dr Serge Alfandari (Maladies infectieuses - CH Tourcoing)*
  *Dr Pierre Caprini (Urgences - CH Tourcoing)*
- Neutropénie fébrile aux urgences : Quelle prise en charge ? *Dr Serge Alfandari (Maladies infectieuses - CH Tourcoing)* (11h45 – 12h30)

*Déjeuner*

**Après midi**

13h30 – 16h30 — **Infections digestives et neuro-méningées**

**Ateliers**

- Infections urinaires aux urgences : quelle prescription antibiotique pour quelles infections (13h30 – 14h30)
  *Dr Nicolas Ettahar (Maladies infectieuses - CH de Valenciennes)*
  *IPA (EMA Valenciennes)*
- Infections neuroméningées : comment les gérer en consultation d'urgence ? (14h30 – 15h30)
  *Dr Louise Bronner (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*
  *Dr Alice Lim (Urgences adultes - CHU de Lille)*

*Pause intermédiaire*

- Impliquer le patient des urgences dans les décisions thérapeutiques *Dr Pauline Thill (Maladies infectieuses - CHU de Lille)* (15h45 – 16h15)

16h16 – 16h45 — **Conclusions du séminaire et synthèse des recommandations**

*Dr Pauline Thill (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*
*Dr Grégoire Saltiel (Maladies infectieuses - CHU de Lille)*