
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

**RAPPORT
D'ELABORATION**


Durées d'antibiothérapies préconisées dans les infections bactériennes courantes - Volet 1

Validé par le Collège le 15 juillet 2021

Mis à jour en déc. 2024

Descriptif de la publication

| | |
|-------------------------------|--|
| Titre | Durées d'antibiothérapie préconisées dans les infections bactériennes courantes – Volet 1 |
| Méthode de travail | Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence sans groupe de travail et avec avis des parties prenantes (HAS, 2016). |
| Objectif(s) | Élaboration de recommandations, sous forme de fiches synthétiques, destinées aux prescripteurs pour une juste prescription d'antibiotiques dans les infections bactériennes courantes de ville en réduisant les durées de traitement au strict nécessaire sans mention d'intervalles étendus. |
| Cibles concernées | La population concernée est la population pédiatrique et adulte. Les professionnels de santé concernés sont ceux impliqués dans la prise en charge des infections bactériennes courantes : médecins généralistes, médecins spécialistes d'organes, pédiatres, gériatres, chirurgiens-dentistes. |
| Demandeur | Direction générale de la Santé (DGS) ; mission antibiorésistance. |
| Promoteur(s) | Haute Autorité de santé (HAS) en collaboration avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF). |
| Pilotage du projet | Sabine Benoiel : cheffe de projet ; Dr Pierre Gabach : adjoint à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins – chef du service des bonnes pratiques ; Laetitia Gourbail : assistante du projet, HAS. Relecture : <ul style="list-style-type: none">– Service évaluation des médicaments HAS : Mathilde Grande, cheffe de service– Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) : Dr Bernard Castan, Dr Rémi Gauzit, Pr Jean Paul Stahl– Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) pour les fiches pédiatriques : Pr Robert Cohen |
| Recherche documentaire | Réalisée par Mireille Cecchin (documentaliste) et Laurence Frigère (assistante documentaliste) |
| Auteurs | Sabine Benoiel : cheffe de projet HAS |
| Conflits d'intérêts | Non applicable |
| Validation | Version du 15 juillet 2021 – Mise à jour décembre 2024 |
| Actualisation | L'actualisation des fiches mémo sera de nouveau envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratiques significatives survenues depuis leur publication. |
| Autres formats | Fiches mémo téléchargeables sur www.has-sante.fr . |

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Préambule | 4 |
| 1. Généralités | 5 |
| 1.1. État des lieux des connaissances | 5 |
| 1.2. État des lieux sur les pratiques | 5 |
| 1.3. État des lieux documentaire | 6 |
| 1.4. Enjeux | 7 |
| 1.5. Cibles | 7 |
| 1.6. Objectifs | 8 |
| 2. Méthode d'élaboration | 9 |
| 2.1. Description | 9 |
| 2.2. Situations cliniques à actualiser | 9 |
| 2.2.1. Les infections urinaires basses chez la femme et la femme enceinte : mise à jour des fiches mémo HAS de novembre 2016 | 10 |
| 2.2.2. Les infections respiratoires hautes : mise à jour des fiches mémo HAS de novembre 2016 | 12 |
| 2.3. Situations cliniques à créer | 15 |
| 2.4. Recommandations nationales consultées | 16 |
| 2.5. Relecture des fiches mémo | 16 |
| 2.6. Demande de l'avis des parties prenantes | 16 |
| 2.6.1. Avis des parties prenantes sur les fiches mémo : infections urinaires | 17 |
| 2.6.2. Avis des parties prenantes sur les fiches mémo : infections respiratoires hautes | 18 |
| 2.6.3. Avis des parties prenantes sur les fiches mémo : infections cutanées bactériennes | 21 |
| 2.6.4. Avis des parties prenantes sur les fiches mémo : urétrites et cervicites non compliquées | 26 |
| 2.6.5. Avis des parties prenantes sur la fiche mémo : diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée | 27 |
| 2.6.6. Avis des parties prenantes sur la fiche mémo : infections à <i>Helicobacter pylori</i> | 28 |
| Références bibliographiques | 29 |
| Participants | 31 |

Préambule

Contexte d'élaboration

Le thème « durées d'antibiothérapie préconisées dans les infections bactériennes courantes » fait partie du programme de travail 2020 de la HAS. Ce thème, qui s'inscrit dans la continuité des travaux déjà engagés par la HAS sur la prescription des antibiotiques, s'adresse en particulier aux professionnels de santé de premier recours.

Ce projet fait suite à une saisine émanant de la mission antibiorésistance du ministère des Solidarités et de la Santé (DGS) dans le cadre du plan national pour la maîtrise de l'antibiorésistance, plan qui vise à atteindre un objectif de réduction de la consommation d'antibiotiques de 25 % d'ici 2024 en santé humaine.

Cet objectif passe notamment par l'élaboration de recommandations destinées aux prescripteurs pour une juste prescription d'antibiotiques dans les infections bactériennes courantes de ville en réduisant les durées de traitement et en ne les mentionnant plus sous forme d'intervalles étendus.

En effet, il s'agit de contribuer, dans le cadre du plan national antibiorésistance, à la diminution de la consommation d'antibiotiques par la réduction des durées de traitement au strict nécessaire : la résistance aux antibiotiques étant directement liée à la consommation.

Il est convenu de structurer ce travail en deux parties afin de couvrir la plupart des pathologies bactériennes courantes rencontrées en ville.

Le premier volet de ce travail fait l'objet du présent rapport d'élaboration.

Objectif des fiches mémo

Il s'agit de mettre à disposition des professionnels de santé, en particulier de premier recours, des fiches synthétiques, mises à jour régulièrement, reprenant les durées d'antibiothérapie les plus courtes possibles recommandées pour les infections bactériennes les plus courantes.

L'objectif est donc d'apporter une information à jour sur la prise en charge médicamenteuse des infections rencontrées le plus souvent en médecine de premier recours afin d'homogénéiser les prescriptions sur le territoire national et d'éviter la prescription inappropriée d'antibiotiques, source de pression de sélection sur les bactéries, qui aboutit à l'émergence de résistances bactériennes.

Ces fiches synthétiques sont développées en cohérence sur la forme, pour permettre une utilisation par Antibioclic.

Promoteurs

Cette demande s'inscrit dans le cadre d'un partenariat entre la Haute Autorité de santé (HAS), la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et le Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (GPIP).

1. Généralités

1.1. État des lieux des connaissances

L'antibiorésistance constitue un problème prioritaire de santé publique au niveau national et international.

Une part encore considérable de la consommation d'antibiotiques en santé humaine est attribuée à des traitements inutilement prescrits, par exemple pour des infections virales, ou inappropriés, notamment du fait d'une antibiothérapie à spectre trop large ou d'une durée excessive.

L'exposition excessive des populations humaines et animales aux antibiotiques participe directement à l'émergence de la résistance et représente un coût inutile pour le système de santé.

Les mesures préventives permettant de limiter cette exposition restent insuffisamment adoptées.

L'enjeu est de réduire la prévalence des antibiothérapies inutiles et inappropriées, en fournissant les outils adaptés pour améliorer la pertinence de la prescription par l'ensemble des professionnels concernés.

Les durées de traitement antibiotique ne reposent pas sur un rationnel scientifique fort, peu d'études de méthodologie satisfaisante spécifiques aux durées de traitement sont disponibles. En outre, les durées de traitement sont souvent mentionnées dans les référentiels sous forme d'intervalles étendus.

Réduire la pression de sélection par la réduction de la durée d'exposition aux antibiotiques au minimum nécessaire dans la population permettrait de limiter l'émergence des résistances bactériennes.

1.2. État des lieux sur les pratiques

À l'échelle mondiale, les résistances aux antimicrobiens seraient responsables de 700 000 morts par an. Si rien ne change, les infections dues à des agents infectieux résistants pourraient redevenir en 2050 une des premières causes de mortalité dans le monde, en provoquant jusqu'à 10 millions de morts (1).

En 2017, l'ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*) a publié les données de consommation 2016. La consommation moyenne au sein des pays de l'Union européenne, exprimée en nombre de doses définies journalières pour 1 000 habitants et par jour (DDJ/1 000 h/jour), était de 21,9 DDJ/1 000 h/jour pour le secteur de ville. Avec 30,3 DDJ/1 000 h/jour, la France restait donc très au-dessus de la moyenne européenne et se situait au 3^e rang des pays les plus consommateurs, derrière la Grèce (36,3 DDJ/1 000 h/jour) et Chypre (33,0) (cf. tableau ci-dessous – La consommation d'antibiotiques en France en 2016. Saint-Denis : ANSM ; 2017) (2).

Tableau IV. La consommation d'antibiotiques en ville dans un panel représentatif de pays

| Pays | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Allemagne | 13,6 | 12,7 | 13,0 | 13,6 | 14,5 | 14,9 | 14,9 | 14,6 | 14,3 | 14,1 |
| Belgique | 25,3 | 23,8 | 22,7 | 24,2 | 27,7 | 28,4 | 29,8 | 28,4 | 29,3 | 27,5 |
| Bulgarie | 20,2 | 17,3 | 16,4 | 18,1 | 20,6 | 18,2 | 18,5 | 21,2 | 21,4 | 19,8 |
| Chypre | n.d. | n.d. | n.d. | 31,9 | 33,7 | 31 | 29,7 | 26,1 | 31,1 | 33,0 |
| Espagne | 19,0 | 18,0 | 18,5 | 18,7 | 19,7 | 20,3 | 20,9 | 21,6 | 22,2 | 23,0 |
| France | 33,4 | 32,0 | 27,1 | 27,9 | 28,0 | 28,2 | 29,7 | 29,0 | 29,9 | 30,3 |
| Grèce | 31,7 | 32,8 | 33,0 | 41,1 | 45,2 | 39,4 | 31,9 | 34,0 | 36,1 | 36,3 |
| Italie | 24,0 | 24,3 | 24,8 | 26,7 | 28,5 | 27,4 | 27,6 | 27,8 | 27,5 | 26,9 |
| Pays-Bas | 9,8 | 9,8 | 9,7 | 10,8 | 11,2 | 11,2 | 11,3 | 10,6 | 10,7 | 10,4 |
| Pologne | 22,6 | 21,4 | 19,1 | n.d. | 20,7 | 21 | 19,8 | 22,8 | 26,2 | 24,0 |
| Royaume-Uni | 14,3 | 14,8 | 15,0 | 15,3 | 17,0 | 18,6 | 20,1 | 20,9 | 20,1 | 19,6 |
| Suède | 15,5 | 15,2 | 14,5 | 15,3 | 14,6 | 14,2 | 14,1 | 13,0 | 12,3 | 12,0 |

En France, l'antibiorésistance est la cause de plus de 5 000 décès par an chez des patients atteints d'infections à bactéries résistantes et 125 000 patients développent une infection liée à une bactérie résistante (3).

Ces estimations sont basées sur les données du réseau de surveillance EARS-Net (*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*) pour l'année 2015. Il est également montré que les nombres de cas et de décès attribuables aux infections à bactéries multirésistantes ont fortement augmenté depuis 2007 (3, 4).

En 2015, les hospitalisations pour infections bactériennes résistantes ont coûté, en France, environ 290 millions d'euros (5).

1.3. État des lieux documentaire

Au niveau international, il existe des recommandations élaborées par le CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) concernant :

- certaines pathologies chez l'adulte (6) : rhino-sinusite aiguë, bronchite aiguë non compliquée, infections des voies respiratoires supérieures, pharyngite, cystite aiguë non compliquée ;
- certaines pathologies chez l'enfant (7) : infections des voies urinaires, bronchiolite, infections des voies respiratoires supérieures non spécifiques, pharyngite, otite moyenne aiguë, sinusite aiguë.

Il existe également des recommandations australiennes qui présentent de façon synthétique les modalités de traitement antibiotique pour les infections bactériennes courantes chez l'adulte et chez l'enfant (8).

On peut citer également les recommandations élaborées par un panel d'experts internationaux de l'*Infectious Diseases Society of America* (IDSA) et de la Société européenne de microbiologie et des maladies infectieuses (ESCMID) pour le traitement de la cystite aiguë et de la pyélonéphrite aiguë non compliquées chez la femme : mise à jour 2010 (9).

À noter, les recommandations de pratique clinique pour la rhino-sinusite bactérienne aiguë chez l'enfant et l'adulte de l'IDSA (*Infectious Diseases Society of America*) (10).

Au niveau européen, on peut citer :

- le NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) et le *Public Health England* qui ont élaboré des recommandations de prescription d'antibiothérapie pour la prise en charge des

infections bactériennes courantes chez l'adulte et chez l'enfant (otites, sinusites, infections urinaires basses et infections urinaires récurrentes, pyélonéphrites, pneumopathie aiguë communautaire) (11) ;

- les recommandations de l'Association européenne d'urologie (EAU) sur la prévention et le traitement des infections urinaires chez l'adulte (12) ;
- les recommandations de la Société allemande d'urologie (13).

Ces données ont leur intérêt mais ne peuvent néanmoins être directement transposées dans la pratique française car les souches bactériennes ainsi que leur degré de résistance peuvent être différents, tout comme l'antibiothérapie disponible sur le marché.

Au niveau national, différentes recommandations sont disponibles, en particulier les recommandations publiées par la Société de pathologie infectieuse de langue française – SPILF :

- recommandations de bonnes pratiques : « Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant », 2011 (14) ;
- propositions pour des antibiothérapies plus courtes, 2017 (15) ;
- recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des infections urinaires communautaires de l'adulte, 2018 (16) ;
- recommandations sur les durées des traitements anti-infectieux. Recommandations françaises SPILF et GPIP, 2021 (17) ;
- des recommandations de la Société française de dermatologie, 2016 (18) ;
- une mise au point de la Société nationale française de médecine interne (SNFMI) sur la durée courte d'antibiothérapie, 2016 (19).

À citer également, l'existence d'un **logiciel métier « Antibioclic »** qui propose des algorithmes simples de décision de prescription d'antibiotiques en ville, à partir des recommandations de bonnes pratiques nationales, pour les infections bactériennes courantes (20).

1.4. Enjeux

Les enjeux de ce travail sont :

- des enjeux de santé publique en évitant la progression de l'antibiorésistance : il s'agit de contribuer à réduire l'exposition aux antibiotiques dans la population et donc de limiter l'émergence de résistances bactériennes, par la réduction des durées de prescription au strict nécessaire, la résistance aux antibiotiques étant directement liée à la consommation ;
- de proposer des durées de traitement qui ne soient plus mentionnées sous forme d'intervalles étendus ;
- d'améliorer le bon usage des antibiotiques : il s'agit d'assurer la mise à disposition, la diffusion, la promotion auprès de tous les prescripteurs d'outils de bon usage des antibiotiques (réduction des antibiothérapies inutiles et inappropriées) grâce à des fiches synthétiques.

1.5. Cibles

- La population concernée est la population pédiatrique et adulte.
- Les professionnels de santé concernés sont ceux impliqués dans la prise en charge des infections bactériennes courantes : médecins généralistes, médecins spécialistes d'organes, pédiatres, gériatres, chirurgiens-dentistes, internistes, sages femmes, pharmaciens.

1.6. Objectifs

L'objectif, dans le cadre du plan national antibiorésistance, consiste à mettre à disposition des professionnels de santé des fiches synthétiques, mises à jour régulièrement, reprenant les durées d'antibiothérapie les plus courtes possibles recommandées pour les infections bactériennes les plus courantes.

Ces durées ne devront plus mentionner d'intervalle de durée de traitement, et préférer la borne basse le cas échéant.

En effet, il s'agit de contribuer à la réduction de la consommation d'antibiotiques par la réduction des durées de traitement au strict nécessaire, la résistance aux antibiotiques étant directement liée à la consommation.

De plus, cela permettra de promouvoir l'utilisation des antibiothérapies de première intention et d'éviter, dans la mesure du possible, les antibiotiques critiques (les plus générateurs de résistances bactériennes).

2. Méthode d'élaboration

2.1. Description

Une recherche documentaire a été réalisée par le service documentation de la HAS afin d'établir un état des lieux exhaustif des travaux de la HAS dans le domaine de l'antibiothérapie et de l'infectiologie.

En effet, il s'agit de proposer un plan d'action permettant i) de s'inscrire dans la stratégie de lutte contre l'antibiorésistance en ville et ii) de promouvoir le bon usage des antibiotiques pour les pathologies fréquentes en ville.

Les productions de la HAS pouvant servir de document de référence pour guider les prescripteurs, en fonction de la situation clinique, à prescrire la molécule recommandée ainsi que la durée adéquate de traitement pour les antibiotiques pour les pathologies fréquentes en ville ont été confrontées aux recommandations nationales dites « de référence » élaborées par des sociétés savantes, en particulier les recommandations de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) sur le thème considéré.

L'analyse des productions de la HAS, au regard des recommandations nationales, a permis :

- 1- d'identifier les productions de la HAS dans le domaine de l'antibiothérapie **devant être actualisées** au regard des recommandations françaises publiées, notamment celles de la SPILF ;
- 2- de sélectionner les productions récentes de la HAS dans le domaine de l'antibiothérapie pouvant servir de document de référence pour **l'élaboration de novo** de fiches synthétiques.

Pour proposer des fiches synthétiques sur les durées d'antibiothérapie les plus courtes possibles recommandées pour les infections bactériennes les plus courantes, la méthode A d'élaboration avec demande et analyse des avis des parties prenantes, sans groupe de travail, a été retenue, car il existe des données récentes ne nécessitant pas de contextualisation pour le système de santé français et la demande d'avis des parties prenantes semble suffisante étant donné le thème des fiches mémo concernées (cf. méthode d'élaboration des fiches mémo d'avril 2016 de la HAS¹).

2.2. Situations cliniques à actualiser

Les documents HAS relatifs à plusieurs situations cliniques nécessitant une actualisation sont listés ci-après. Les principales mises à jour effectuées conformément aux recommandations en vigueur sont mentionnées ci-après (cf. paragraphe 2.4 : recommandations nationales consultées).

Pour l'ensemble des fiches, des mises à jour d'ordre général relatives au retrait de mentions obsolètes et de mentions d'ordre clinique, afin de recentrer l'objectif de ces fiches sur les traitements et leur durée, ont également été effectuées.

Concernant la mention usage hors AMM pour certains antibiotiques dans certaines situations cliniques (cf ci-après), il convient de rappeler que les résumés des caractéristiques du produit pour les antibiotiques concernés mentionnent qu'il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens. Aussi, la précision des situations hors AMM est d'intérêt dans un objectif d'actualisation des AMM selon l'évolution des recommandations.

¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201604/guide_methodologique_fiche_memo_fiche_pertinence.pdf

2.2.1. Les infections urinaires basses chez la femme et la femme enceinte : mise à jour des fiches mémo HAS de novembre 2016

Fiche : Cystite aiguë simple, à risque de complications ou récidivante, de la femme (21)

– Cystite aiguë simple

- Diagnostic clinique : simplification pour rendre accessible une analyse rapide en officine.
- Pivmecillinam : réduction de la durée de traitement à 3 jours.

[Mises à jour 2024] : Arrêté du 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique² : pour une cystite aiguë non compliquée, la délivrance d'un traitement antibiotique sans ordonnance médicale par les pharmaciens d'officine est conditionnée à la réalisation du test urinaire d'orientation diagnostique de recherche à minima de nitriturie et de leucocyturie : nitriturie positive ou leucocyturie positive.

– Cystite aiguë à risque de complications

- **[Mise à jour 2024]** Réalisation d'un ECBU dans tous les cas; c'est le traitement différé qui est à privilégier (16).
- **[Mise à jour 2024]** Introduction de la notion suivante : les seuils sont donnés à titre indicatif ; en cas de discordance entre un tableau clinique évident d'infection urinaire et une bactériurie ou leucocyturie inférieure au seuil, c'est le tableau clinique prime (16).
- **Traitement différé** : **[Mise à jour 2024]** il est fait le choix de limiter à 3 molécules.
- **Traitement probabiliste** :
 - **Céfixime et fluoroquinolones** : retrait de ces molécules qui ne sont plus recommandées au regard d'un impact écologique conséquent et de résistances.
 - **[Mise à jour 2024]** Introduction de **fosfomycine-trométamol** en deuxième intention selon 3 g en une prise à J1 - J3 - J5 ce qui permet une durée totale de traitement de 7 jours pour une cystite à risque de récurrence ou compliquée conformément à la recommandation de la SPILF de 2018 (16) ; en cas d'échec des prises répétées de fosfomycine-trométamol : réalisation d'un antibiogramme .
- **Nitrofurantoïne** : mise à jour en accord avec le libellé de l'AMM (pour la clairance de la créatinine et pas de traitement > 10 jours).

– Cystite aiguë récidivante : antibioprofylaxie

Du fait de son impact écologique individuel et collectif potentiel, une antibioprofylaxie ne doit être proposée que chez les patientes présentant au moins une cystite par mois.

- Fosfomycine-trométamol : traitement de première intention de la cystite aiguë non compliquée mais qui n'a pas d'indication en prophylaxie des cystites récidivantes et post-coïtales : l'usage est hors AMM.
- **Triméthoprime** : la forme galénique à 300 mg en comprimés sécables est disponible en France ce qui permet de préconiser 150 mg par jour pour la prophylaxie soit continue, soit péri-coïtale. Triméthoprime est indiqué dans le traitement des cystites aiguës non compliquées. Concernant la prophylaxie le résumé des caractéristiques du produit (mis à jour le 12.03.2020) mentionne que « *les données du triméthoprime sur la prophylaxie des cystites récidivantes sont limitées avec une incertitude sur le schéma d'administration optimal. Cependant le triméthoprime peut être utilisé au cas par cas en prophylaxie des cystites récidivantes selon les recommandations thérapeutiques, avec la dose journalière de 150 mg.* »

2 <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000049734400/>

- Cotrimoxazole : molécule qui n'a pas d'indication en prophylaxie des cystites récidivantes et post-coïtales : l'usage est hors AMM.

[Mise à jour 2024] : Introduction d'une mention relative à la restriction d'utilisation des fluoroquinolones conformément à la réévaluation des indications des fluoroquinolones menée au niveau européen en 2018-2019 et aux informations adressées aux professionnels de santé par l'ANSM (Aout 2023)³.

Fiche : Femme enceinte : colonisation urinaire et cystite (22)

– Colonisation urinaire

- Triméthoprime et cotrimoxazole : mise à jour du nombre de semaines d'aménorrhée conformément aux recommandations du Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT).
- Cotrimoxazole : précision de la dose qui est la dose « forte ».
- Céfixime et ciprofloxacine : retrait de ces molécules du fait d'une augmentation des résistances bactériennes.
- Nitrofurantoïne : mise à jour en accord avec le libellé de l'AMM (pour la clairance de la créatinine et pas de traitement > 10 jours).

– Cystite aiguë

- Mise à jour des molécules recommandées pour le traitement probabiliste et en cas d'échec ou de résistance (selon l'antibiogramme).
- Triméthoprime et cotrimoxazole : mise à jour du nombre de semaines d'aménorrhée conformément aux recommandations du Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT).
- Cotrimoxazole : précision de la dose qui est la dose « forte ».
- Céfixime et ciprofloxacine : retrait de ces molécules du fait d'une augmentation des résistances bactériennes.
- Nitrofurantoïne : mise à jour en accord avec le libellé de l'AMM (pour la clairance de la créatinine et pas de traitement > 10 jours).

Fiche : Pyélonéphrite aiguë de la femme (23)

- Mise à jour du traitement probabiliste d'une pyélonéphrite aiguë simple : les fluoroquinolones sont indiquées en première intention en l'absence de traitement par quinolones dans les 6 mois ; en cas de prise d'une fluoroquinolone dans les 6 mois, l'alternative est une céphalosporine de 3e génération par voie parentérale.
- Ofloxacine : retrait de cette fluoroquinolone des traitements probabilistes recommandés du fait des taux de résistances observés pour cette molécule.
- Céfotaxime : retrait car cette molécule n'est pas disponible en ville.
- Retrait des aminosides ou de l'aztréonam proposés en cas d'allergie car il s'agit de molécules qui ne sont pas disponibles en ville.
- Mise à jour de la liste des antibiotiques recommandés pour le traitement de relais pour privilégier les antibiotiques à faible pression de sélection ; introduction des fluoroquinolones et de la ceftriaxone dans la liste proposée.

³<https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/fluoroquinolones>

<https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/fluoroquinolones-a-ne-prescrire-que-pour-des-infections-severes>

Cohérence des fiches mises à jour avec les avis de la commission de transparence

Les fiches mises à jour sur les infections urinaires basses chez la femme et la femme enceinte conforment les avis de la commission de transparence concernant la restriction d'utilisation des antibiotiques de la classe des quinolones dans la cystite simple (SMR insuffisant pour l'ensemble des antibiotiques de cette classe, y compris la ciprofloxacine et l'ofloxacine).

Elles sont en cohérence avec les avis de la commission de transparence sur les antibiotiques dans les indications et aux posologies des AMM.

2.2.2. Les infections respiratoires hautes : mise à jour des fiches mémo HAS de novembre 2016

Fiche : Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant (24)

- Enfants de 0 à 3 mois : la fiche de novembre 2016 qui s'intitulait « Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant de plus de 3 mois » a été modifiée car elle n'intégrait pas les enfants de moins de 3 mois. La conduite à tenir pour les enfants de 0 à 3 mois a donc été précisée.
- Précision des posologies des antibiotiques : nombre de prises quotidiennes et dose maximale quotidienne à ne pas dépasser et suppression des intervalles de durée de traitement antibiotique, conformément à l'objectif des fiches mémo permettant d'homogénéiser les durées de traitement : la durée de traitement recommandée est de 10 jours pour l'enfant de moins de 2 ans ; elle est de 5 jours pour l'enfant de plus de 2 ans (et de 10 jours en cas d'otorrhée ou d'otite récidivante).
- Suppression de l'association érythromycine + sulfafurazole : la spécialité Pédiazole® n'est plus commercialisée, il n'existe pas d'équivalent commercialisé.

[Mise à jour 2024] :

- Enfants de moins de 3 mois : suppression de « dans un service hospitalier de pédiatrie générale ».
- Enfants de 3 mois à < 2 ans :
- précision des posologies maximales ;
- Si syndrome otite-conjonctivite :
 - amoxicilline-acide clavulanique en 1ère intention en remplacement de l'amoxicilline car le pourcentage de résistances de *Haemophilus influenzae* par production de β lactamases est plus élevé dans le cas du syndrome otite-conjonctivite conformément à la publication de Assad et al, 2023. Antibiotic Resistance of *Haemophilus influenzae* in Nasopharyngeal Carriage of Children with Acute Otitis Media and in Middle Ear Fluid from Otorrhea.

Fiche : Otite moyenne aiguë purulente de l'adulte (25)

- Insertion de mentions de bon usage afin d'éviter des prescriptions inappropriées.
- Syndrome otite-conjonctivite (oriente vers *Haemophilus influenzae*) : retrait de la mention car il s'agit d'une situation clinique qui s'applique aux enfants plutôt qu'aux adultes.
- Cefpodoxime proxetil n'a pas d'indication dans les otites moyennes purulentes de l'adulte : l'usage est hors AMM.
- Retrait de cefotiam hexetil : arrêt de commercialisation des spécialités à base de cette molécule.

[Mise à jour 2024] : correction de la posologie du sulfaméthoxazole selon 800 mg par jour + triméthoprime 160 mg par jour, 2 fois par jour et non pas en 2 prises par jour.

Fiche : Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'enfant (26)

- Les recommandations de la fiche mémo de novembre 2016 sont toujours en vigueur.
- Posologie précisée : nombre de prises quotidiennes et dose maximale quotidienne à ne pas dépasser.

[Mise à jour 2024] : Séparation en 2 fiches distinctes : «rhinopharyngite aiguë» et «angine aiguë» car il s'agit de 2 situations cliniques différentes.

Fiche : Angine aiguë de l'enfant :

[Mises à jour 2024] :

- Suppression de l'azithromycine :
 - qui fait partie des antibiotiques critiques ayant un impact plus important sur la résistance bactérienne du fait de sa longue demi-vie conformément à l'actualisation de la liste des antibiotiques critiques disponibles en France pour l'exercice libéral ET en établissements de santé - Comité des référentiels de la SPILF – Janvier 2022⁴.
 - qui fait actuellement l'objet d'une réévaluation de ses indications au niveau européen du fait d'une augmentation des résistances bactériennes dans l'union européenne (European Medicines Agency. Azithromycin-containing medicinal products for systemic use - referral - Amsterdam: EMA; 2023)⁵.
- Suppression de la josamycine qui n'est plus commercialisée.
- Pour les enfants de 10 ans ou plus : arrêté de 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique⁶ : la délivrance d'un traitement antibiotique sans ordonnance médicale par les pharmaciens d'officine est autorisée si l'angine bactérienne à streptocoque du groupe A est confirmée par la réalisation systématique d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD)
- Précision que pour l'enfant de moins de 3 ans il n'est pas nécessaire de faire un test TDR.

Fiche : Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'adulte (27)

- Les recommandations de la fiche mémo de novembre 2016 sont toujours en vigueur.
- Posologie précisée : nombre de prises quotidiennes et dose maximale quotidienne à ne pas dépasser.
- Retrait de cefotiam hexetil : arrêt de commercialisation des spécialités à base de cette molécule.

[Mise à jour 2024] : Séparation en 2 fiches distinctes « rhinopharyngite aiguë » et «angine aiguë» car il s'agit de 2 situations cliniques différentes.

Fiche : Angine aiguë de l'adulte

[Mise à jour 2024] :

- suppression de la josamycine qui n'est plus commercialisée en France ;
- suppression de azithromycine, antibiotique qui a un impact plus important sur la résistance bactérienne (longue demi-vie) :

⁴https://www.infectiologie.com/fr/actualites/antibiotiques-critiques-disponibles-en-france_-n.html

⁵ <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/azithromycin-containing-medicinal-products-systemic-use>

⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000049734400/>

- il s'agit d'un antibiotique critique à utilisation restreinte (conformément à l'actualisation de la liste des antibiotiques critiques disponibles en France pour l'exercice libéral ET en établissements de santé - Comité des référentiels de la SPILF – Janvier 2022).⁴
- Il fait actuellement l'objet d'une réévaluation de ses indications au niveau européen du fait d'une augmentation des résistances bactériennes dans l'Union européenne à l'azithromycine (European Medicines Agency. Azithromycin-containing medicinal products for systemic use - referral - Amsterdam: EMA; 2023).⁵
- Ajout : la délivrance d'un traitement antibiotique sans ordonnance médicale par les pharmaciens d'officine est autorisée si l'angine bactérienne à streptocoque du groupe A est confirmée par la réalisation systématique d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) conformément à l'arrêté de 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique⁷.

Fiche : Sinusites de l'enfant (28)

- Suppression des intervalles de durée de traitement antibiotique. La durée de traitement recommandée est de 10 jours.
- Posologie précisée : nombre de prises quotidiennes et dose maximale quotidienne à ne pas dépasser.
- Pristinamycine : usage hors AMM dans les sinusites frontales aiguës.

[Mise à jour 2024] : modification de la rédaction de « En cas de sinusite sphénoïdale, ethmoïdale ou frontale compliquée » par « En cas de sinusite ethmoïdale, sphénoïdale ou frontale compliquée » conformément à la fréquence des cas soins primaires.

Fiche : Sinusites de l'adulte (29)

- **Sinusite maxillaire aiguë purulente**
 - Ajout de la conduite à tenir en cas d'échec.
- **Sinusite associée à une infection dentaire**
 - **Retrait des fluoroquinolones** qui sont à réserver aux situations graves au profit de la pristinamycine.
 - **Retrait de cefotiam hexetil** : arrêt de commercialisation des spécialités à base de cette molécule.
- **Sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale**
 - Avis ORL : les sinusites frontales, ethmoïdales et sphénoïdales sont dites à risque de complications graves. Elles imposent un avis ORL qui ne doit pas retarder le traitement antibiotique.
 - Fluoroquinolones : réduction de la durée de traitement de 7 jours à 5 jours.
 - **Retrait de cefotiam hexetil** : arrêt de commercialisation des spécialités à base de cette molécule.

⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000049734400/>

2.3. Situations cliniques à créer

Plusieurs documents HAS récents concernant des infections bactériennes courantes, rencontrées en médecine de premier recours, ont été utilisés afin de structurer des fiches mémo mentionnant les durées d'antibiothérapie les plus courtes possibles recommandées.

- La recommandation de bonne pratique HAS de février 2019 sur la prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes (30) a servi de document de référence pour élaborer les 5 fiches mémo suivantes :

- **Fiche : Prise en charge des dermohypodermites bactériennes non nécrosantes de l'adulte et de l'enfant**

[Mise à jour 2024] :

- introduction des posologies maximales par jour,
- Introduction d'une nouvelle référence : Gillet et al. 2023

- **Fiche : Prise en charge des furoncles de l'adulte et de l'enfant**

[Mise à jour 2024] :

- Introduction de céfalexine (Céphalosporine de 1^{ere} génération qui est la seule alternative à l'amoxicilline-acide clavulanique chez l'enfant) et
- Introduction d'une nouvelle référence : publication de 2023 de Gillet et al.

- **Fiche : Prise en charge de l'impétigo de l'adulte et de l'enfant**

[Mise à jour 2024] chez l'enfant :

- Suppression de cefadroxil qui n'est plus commercialisé – remplacé par céfalexine
- Précision de la posologie à ne pas dépasser pour amoxicilline-acide clavulanique
- Suppression de josamycine qui n'est plus commercialisée – remplacée par clarithromycine (AMM chez l'adulte pour les infections cutanées bénignes- même pharmacocinétique chez l'adulte et chez l'enfant)
- Ajout de clindamycine et cotrimoxale en accord avec la publication de Gillet et al de 2023.
- Ajout de la référence publication de 2023 de Gillet et al.

- **Fiche : Prise en charge des furonculoses**

- **Fiche : Prise en charge des abcès cutanés**

- La recommandation de bonne pratique HAS de novembre 2017 sur la prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique (31) a servi de document de référence pour élaborer la fiche suivante :

- **Fiche : diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée.**

- À noter, l'usage hors AMM de la lévofloxacine et de l'amoxicilline-acide clavulanique *per os*.

- La fiche pertinence des soins HAS de mai 2017 sur le traitement de l'infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte (32) a servi de document de référence pour élaborer les fiches mémo suivantes :

- **Fiche : Traitement probabiliste de l'infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte**

- **Fiche Traitement guidé de l'infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte**

Cette fiche a été mise à jour en 2021 ; les modifications portent sur :

- les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) car tous les IPP ne sont pas équivalents. Pour être efficace, l'amoxicilline doit être en milieu le plus acide possible. L'esoméprazole et le

rabéprazole sont plus efficaces pour baisser le PH gastrique que les autres IPP chez les Caucasiens. Par ailleurs, l'esoméprazole et le rabéprazole sont désormais génériques (pas de surcoût) ;

- la posologie d'amoxicilline : le schéma 50 mg/kg/j en 3 à 4 prises par jour est préféré à celui de 1 g 2 fois par jour car l'amoxicilline diffuse peu dans les cryptes gastriques. Comme toutes les bêta-lactamines, la PK-PD est optimisée en fractionnant le nombre de doses. L'adaptation au poids est également la base de l'antibiothérapie ;
- lévofloxacine : usage hors AMM.

La fiche mémo HAS d'octobre 2015 sur la stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge des urétrites et cervicites non compliquées (33) a servi de document de référence pour élaborer :

- **la fiche mémo sur les urétrites et cervicites non compliquées.**

[Mise à jour 2024] : L'azithromycine est repositionnée en 2ème intention car :

- elle est classée par l'OMS dans les antibiotiques présentant un risque élevé de résistance (34) et par la SPILF dans les molécules à indications restreintes ayant un impact plus important sur la résistance (35)
- elle fait l'objet d'un examen du rapport bénéfice/risque par le comité des médicaments à usage humain (CHMP) de l'EMA devant l'augmentation dans l'union européenne de la résistance contre cet antibiotique (36).

2.4. Recommandations nationales consultées

- Durées des traitements anti-infectieux. Recommandations françaises SPILF et GPIIP, 2021 (17)
- Recommandations pour la prise en charge des infections urinaires communautaires de l'adulte, SPILF, 2018 (16)
- Propositions pour des antibiothérapies plus courtes ; Médecine et maladies infectieuses, 2017 (15)
- Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les MST, SFD, 2016 (18)
- Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Recommandations de bonne pratique. SPILF, SFP, GPIIP, novembre 2011 (14)

2.5. Relecture des fiches mémo

Toutes les fiches (mises à jour et élaborées à partir des documents HAS de référence) ont été revues :

- par la SPILF, et par le GPIIP pour les fiches pédiatriques, avant d'être transmises pour demande d'avis aux différentes parties prenantes concernées ;
- par le service d'évaluation des médicaments de la HAS.

2.6. Demande de l'avis des parties prenantes

Les fiches mémo assorties de questionnaires reprenant le contenu des fiches mémo découpées en chapitres et paragraphes (cf. ci-après) ont été adressées aux parties prenantes suivantes pour avis :

- Association française d'urologie (AFU) ;
- Collège de la médecine générale (CMG) ;
- Conseil national professionnel de gériatrie (CNP gériatrie) ;
- Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique (CNPGO-GM) ;

- Conseil national professionnel d'hépatogastro-entérologie (CNP-HGE) ;
- Conseil national professionnel ORL (CNP-d'ORL) ;
- Conseil national professionnel de pédiatrie ;
- Société française de dermatologie (SFD) ;
- Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF).

2.6.1. Avis des parties prenantes sur les fiches mémo : infections urinaires

| Commentaires sur la fiche mémo : Cystite aiguë simple, à risque de complications ou récidivante de la femme | |
|---|---|
| Partie prenante | Paragraphe : Cystite aiguë simple |
| CMG* | Très clair Les règles hygiéno-diététiques ne sont pas rappelées dans le document, cela pourrait être intéressant (ex. : uriner après les rapports, s'essuyer d'avant en arrière, hydratation...) |
| AFU* | Une seule étude a comparé 3 j et 5 j de Pivmecillinam, étude de supériorité. Pas de différence, cela ne veut pas dire que cela est équivalent. Cette étude fortement biaisée ne suffit pas pour indiquer 3 j, 5 j est similaire à 7 j donc 5 j devrait être le choix. |
| | Paragraphe : Cystite aiguë récidivante (au moins 4 épisodes pendant une période de 12 mois) |
| AFU* | Pourquoi ne pas introduire le Delprim ? Les praticiens appliqueront la réduction de l'antibiothérapie si des alternatives leur sont proposées. Pourquoi ne pas introduire toutes les alternatives (canneberge, mannose, vaccination, traitement de la cause) ? |
| | Autres commentaires sur cette fiche mémo |
| CMG* | Les médecins généralistes utilisent le site Antibioclic dans ce type de situation qui semble coller et est mis à jour régulièrement. |
| CNP de gériatrie* | Un commentaire sur cystite aiguë avec l'utilisation de la nitrofurantoïne. Je reste opposé à cette molécule pour deux raisons. Il y a un risque pulmonaire connu et ancien de fibrose médicamenteuse et surtout il n'y a pas d'élimination ou une mauvaise élimination rénale liée à la réduction néphronique chez la personne âgée. Si le produit n'est pas éliminé dans les urines, il ne va pas être très efficace. |

* Non pris en compte

Commentaires sur la fiche mémo : Femme enceinte : colonisation urinaire et cystite

| Partie prenante | Autres commentaires sur cette fiche mémo |
|-----------------|--|
|-----------------|--|

| | |
|---------|---|
| SPILF** | Cotrimoxazole dont la posologie est à noter avec la dose unitaire 800 mg/160 mg |
|---------|---|

** Pris en compte

| Commentaires sur la fiche mémo : Pyélonéphrite aiguë de l'adulte | |
|--|--|
| Partie prenante | Paragraphe : Pyélonéphrite aiguë simple (aucun facteur de risque de complications) |
| AFU* | Point : Traitement probabiliste (dès réalisation de l'ECBU) La lévofloxacine devrait être réservée aux infections à pneumocoque résistant. Ainsi, pour réduire son utilisation, je suggère de ne laisser que la ciprofloxacine. La lévofloxacine n'est pas indispensable et ne présente pas davantage d'efficacité par rapport à la ciprofloxacine. |
| AFU** | Point : Traitement probabiliste (dès réalisation de l'ECBU) Quant à la ceftriaxone, 1 g suffit. Aucune étude n'a montré que 2 g étaient intéressants dans cette indication. Pourquoi ne pas limiter aussi la posologie ? |
| AFU** | Point : Désescalade fortement recommandée pour la molécule active avec le spectre le plus étroit. Par ordre de préférence. L'ordre de préférence n'est basé sur aucune étude. Il faudrait privilégier les antibiotiques à faible pression de sélection. Ainsi, cotrimoxazole en numéro 1, éviter cefixime et quinolone, acide clavulanique n'a aucun avantage sur amoxicilline (faible passage urinaire). |
| Autres commentaires sur cette fiche mémo | |
| SPILF** | Cotrimoxazole dont la posologie est à noter avec la dose unitaire 800 mg/160 mg |

* Non pris en compte ; ** Pris en compte

2.6.2. Avis des parties prenantes sur les fiches mémo : infections respiratoires hautes

| Commentaires sur la forme des documents soumis pour avis | |
|--|---|
| Partie prenante | Éléments négatifs |
| CMG* | La question de la téléconsultation n'a pas du tout été abordée. Pourtant, il y a une pression forte et la téléconsultation se développe. Il serait important pour la discipline que la HAS s'exprime sur la question : pas de prescription d'antibiotique en téléconsultation sans examen physique ORL. |

De façon générale, commencer chaque fiche par « dans quels cas ne pas prescrire ».

* Non pris en compte

Commentaires sur la fiche mémo : Sinusite de l'adulte

| | |
|------------------------|--|
| Partie prenante | Paragraphe : Sinusite maxillaire aiguë purulente non compliquée avec suspicion d'infection bactérienne |
| CMG** | Bien faire apparaître l'option « en cas d'allergie ». |
| | Paragraphe : Sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale |
| CMG** | Bien indiquer en haut de la fiche dans quels cas il n'est PAS NÉCESSAIRE de prescrire des antibiotiques (sinusite maxillaire non compliquée). |
| | Paragraphe : Sinusite grave, à risque de complications |
| CNP ORL** | Les sinusites frontales, ethmoïdales et sphénoïdales sont dites à risque de complications graves. Elles imposent un avis ORL. |
| CNP ORL* | Si des signes cliniques font suspecter une sinusite compliquée (syndrome méningé, signes de focalisation, abcès sous-cutané, complications orbitaires (exophtalmie, œdème palpébral, troubles oculomoteurs, baisse de l'acuité visuelle), thrombophlébite du sinus caverneux, sinusite hyperalgique...), un avis ORL en urgence doit être demandé et une hospitalisation doit être discutée. |

* Non pris en compte ; ** Pris en compte

Commentaires sur la fiche mémo : Sinusite de l'enfant

| | |
|------------------------|--|
| Partie prenante | Paragraphe : Sinusite maxillaire ou frontale aiguë |
| CNP ORL** | Préciser sinusite maxillaire non liée à une origine dentaire dans le titre puisqu'un paragraphe est spécifiquement consacré aux sinusites maxillaires d'origine dentaire. |
| | Paragraphe : Sinusite sphénoïdale, ethmoïdale ou frontale compliquée |
| CNP ORL* | Rajouter sinusite maxillaire : les sinusites maxillaires compliquées sont rares mais possibles (abcès cérébraux). |
| | Autres commentaires sur cette fiche mémo |
| CMG* | Même chose, si l'objectif de ces fiches est d'avoir une prescription d'antibiotique mieux adaptée et raisonnée, il faut faire apparaître clairement en haut de la fiche dans quels cas NE PAS prescrire d'antibiotiques. |

Sur Ameli pro par exemple, il y a des fiches de non-prescription d'antibiotiques qui peuvent être utilisées.

* Non pris en compte ; ** Pris en compte.

Commentaires sur la fiche mémo : Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant

| | |
|------------------------|--|
| Partie prenante | Paragraphe : Otite moyenne aiguë purulente : enfant de moins de 3 mois |
| CNP ORL** | Compléter par « Avis spécialisé dans un service hospitalier de pédiatrie générale » car l'enjeu est important. |
| | Paragraphe : Otite moyenne aiguë purulente : enfant > 2 ans avec symptômes importants |
| SPILF** | Si otorrhée ou otite récidivante : amoxicilline 80 mg/kg/en 2 prises/j pendant 10 jours sans dépasser 3 g/j |
| CNP ORL** | Bien préciser ce qu'est une otite récidivante = récurrence des symptômes plus de 4 jours après l'arrêt des traitements antibiotiques. |
| | Autres commentaires sur cette fiche mémo |
| CMG* | Il faudrait faire apparaître notamment en cas de non-prescription des éléments de langage sur évolution naturelle utilisables pour le médecin : amélioration spontanée en 48 h. Et proposer la prise en charge antalgique demandée et nécessaire : doliprane en systématique par exemple, et éviter AINS. En pratique, il est très difficile en soins primaires de traiter une OMA de l'enfant sans antibiotique principalement en raison de la douleur. |
| CNP ORL* | Pour cette fiche sur les OMA de l'enfant, il manque la conduite à tenir : - en cas d'échec de l'antibiothérapie, - dans les formes compliquées : avis ORL ou pédiatrique spécialisé. |

* Non pris en compte ; ** Pris en compte.

Commentaires sur la fiche mémo : Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'enfant

| | |
|------------------------|--|
| Partie prenante | Autres commentaires sur cette fiche mémo |
| CNP ORL* | Comme pour les OMA, il faudrait préciser la conduite à tenir en cas d'échec de l'antibiothérapie ou dans les formes compliquées. |

* Non pris en compte

2.6.3. Avis des parties prenantes sur les fiches mémo : infections cutanées bactériennes

| Commentaires sur la forme des documents soumis pour avis | | |
|--|---|--|
| Partie prenante | Éléments positifs | Éléments négatifs |
| CMG* | | De façon générale, les médecins généralistes ont besoin d'avoir la visibilité dès le début de la fiche : prise en charge chirurgicale > adressage ou Tt local qqs jours +/- antibiothérapie en ville PUIS selon besoin chirurgie |
| SPILF** | | Harmoniser les posologies dans les fiches pour les infections cutanées : Clindamicine : 600 mg x 3 et 600 mg x 4 si poids > 100 kg |
| SFD* | Posologies et durées d'antibiothérapie claires pour chaque situation Fiches courtes faciles à utiliser Concis, précis | Manque de cohérence entre les fiches : standardiser la présentation en mettant pour toutes les fiches Agents pathogènes principalement responsables : DHBNN adulte : SGA DHBNN enfant SGA et SA Abcès, furoncle et furonculose : SA Impétigo : SA et SGA Antibiothérapie première intention DHBNN adulte : Amoxicilline 50 mg/kg 7 jours Etc. Si allergie à la pénicilline : Mesures associées : DHBNN : prise en charge des facteurs de risque : porte d'entrée/du lymphœdème/surpoids Abcès : incision et drainage Impétigo : soins d'hygiène eau + savon, couvrir les lésions, application de vaseline Etc. |

* Non pris en compte ; ** Pris en compte.

Commentaires sur la fiche mémo : Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) chez l'adulte

| Partie prenante | Paragraphe : DHBNN non compliquée chez l'adulte |
|-----------------|---|
| CMG* | Le CMG ferait apparaître : traitement de la porte d'entrée en systématique (mycose...) |
| SFD* | Je rajouterais la cible de l'antibiothérapie : molécule active contre Streptococcus pyogenes |
| SFD** | En cas de DHBNN non compliquées : à mettre plutôt au singulier qu'au pluriel |
| | Paragraphe : Prévention des récurrences (principale complication) |
| SFD* | Je rajouterais l'indication de la prévention des récurrences |
| SFD** | Préciser que l'antibioprophylaxie doit toujours être complémentaire de la prise en charge des facteurs de risque (lymphœdème/porte d'entrée/surpoids) |

* Non pris en compte ; ** Pris en compte.

Commentaires sur la fiche mémo : Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) chez l'enfant

| Partie prenante | Paragraphe : DHBNN non compliquée chez l'enfant |
|-----------------|---|
| SFD* | La réévaluation à 7 jours recommandée en cas de traitement par Sulfaméthoxazole me paraît très tardive, je préconiserais plutôt à 48/72 h, comme recommandé chez l'adulte. En cas d'allergie aux bêta-lactamines, les macrolides (ex. : josamycine), facilement utilisables chez l'enfant, me semblent mieux placés que le bactrim. |
| | Autres commentaires sur cette fiche mémo |
| SFD** | Je retirerais la première phrase sur la varicelle : c'est un facteur de risque d'infections cutanées superficielles et de dermohypodermite bactérienne nécrosante, mais pas spécifiquement de DHBNN, et pour être cohérent avec la fiche sur l'adulte où les facteurs de risque de DHBNN n'ont pas été spécifiés. Je simplifierais la 2 ^e phrase, et pour faire écho à la fiche adulte, par « les DHBNN chez l'enfant sont dues au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A et au staphylocoque aureus sensible à la méticilline, l'antibiothérapie doit viser ces 2 agents pathogènes » (cf. remarque générale de standardiser les fiches). |

** Pris en compte

| Commentaires sur la fiche mémo : Prise en charge des furoncles chez l'adulte et chez l'enfant | |
|--|--|
| Partie prenante | Paragraphe : Furoncle compliqué ou à risque de complications |
| SFD** | « Staphylococcus aureus » doit être en italique |
| SFD* | Je mettrais la pristinamycine en première place Comme pour les abcès, l'utilisation de la clindamycine ne correspond pas à l'épidémiologie française |
| CNP de pédiatrie** | Traitement chez l'enfant : Cela ne correspond pas à la réalité ou aux pratiques et il est impossible d'avoir un avis spécialisé ou recommandé pour ces pathologies qui sont relativement fréquentes. Comme chez l'adulte : 1- il faut réaliser un prélèvement bactériologique 2- prescrire un traitement probabiliste avec des molécules actives sur staphylocoque aureus 3- l'antibiothérapie recommandée est l'association amoxicilline acide clavulanique (80 mg/kg/j dose exprimée en amoxicilline sans dépasser 3 g par jour pendant 5 jours) En cas d'allergie à la pénicilline : Avant 6 ans sulfaméthoxazole 30 mg/kg/j + triméthoprime sans dépasser 800/160 mg/j pendant 5 jours. Après 6 ans : clindamycine 40 mg/kg/j en 3 prises pendant 5 jours sans dépasser 1,8 g par jour. |
| | Autres commentaires sur cette fiche mémo |
| SFD* | Préciser qu'il n'y a pas d'indication en France à viser le staphylocoque résistant à la méticiline en première |
| CNP de gériatrie* | Pour la prise en charge des furoncles. Effectivement uniquement des soins locaux. Il n'a pas été mentionné qu'il est intéressant de faire des pansements alcoolisés plusieurs fois par jour (concentration alcoolique variable selon les lésions et surtout la localisation, la peau du dos est très épaisse et on peut mettre quasiment de l'alcool à 60°). Il ne sert à rien d'évacuer l'extrémité qui normalement s'évacue toute seule lorsque la lésion est arrivée à maturité, mieux vaut ne pas bricoler une lésion inflammatoire. |

* Non pris en compte ; ** Pris en compte

| Commentaires sur la fiche mémo : Prise en charge des furonculoses | |
|--|--|
| Partie prenante | Paragraphe : Traitement de la poussée |
| SFD* | Je rajouterais les douches antiseptiques pendant 7 jours Pristinamycine en première place Idem furoncles |
| | Paragraphe : Après guérison de la poussée |
| SFD* | Il faut insister sur l'importance de réaliser la décontamination chez le patient, mais aussi en simultané dans l'entourage proche (personne vivant sous le même toit) Donc je rajouterais décolonisation des gîtes du patient et de son entourage proche selon un protocole bien défini (douches antiseptiques + bains de bouche + mupirocine intranasale) |
| | Autres commentaires sur cette fiche mémo |
| SFD* | J'ajouterais que le principal facteur de risque de furonculose est le portage du SA par le patient ou dans son entourage |
| CNP de gériatrie* | Pour la prise en charge des furonculoses chroniques. Dans la décolonisation simultanée des gîtes bactériens, il n'est mentionné que l'application nasale de pommade. En fait, il faut appliquer idéalement de la crème Fucidine sur l'ensemble des gîtes, c'est-à-dire le nez, tout le périnée, l'ombilic, le conduit auditif externe. Il n'est donc pas raisonnable dans ce contexte d'utiliser la Mupirocine qui a un excipient alcoolique qui pique, donc difficilement utilisable sur le périnée. Pour éviter la récurrence, normalement il faut décontaminer 15 jours par mois pendant six mois. |

* Non pris en compte

| Commentaires sur la fiche mémo : Prise en charge de l'impétigo | |
|---|---|
| Partie prenante | Paragraphe : Impétigos localisés ou peu étendus |
| SFD* | Je ne parlerais même pas de l'acide fusidique pour ne pas tenter sa prescription |
| SFD** | Je rajouterais mesures d'hygiène + lavage eau et savon |
| | Paragraphe : Formes graves d'impétigo |
| SFD* | Je rajouterais la cible de l'antibiothérapie : Staphylococcus aureus donc antibiothérapie par voie orale antistaphylococcique |

| | Autres commentaires sur cette fiche mémo |
|--------------------|---|
| SFD** | <p>La partie prélèvement bactériologique n'est pas très claire, je mettrais uniquement « il est recommandé de réaliser un prélèvement bactériologique dans les formes dites graves (ecthyma/> 2 % de la surface cutanée atteinte/extension rapide des lésions/> 6 lésions actives) en prélevant une lésion active (pus/liquide de bulle)</p> <p>Je rajouterai dans « pour toute forme clinique » : couvrir les lésions si possible, et je mettrais l'application biquotidienne de vaseline</p> |
| CNP de gériatrie* | <p>Pour l'impétigo :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les dermatologues utilisent classiquement l'hexomédine aqueuse (diseptyl) qui est bien tolérée en plus du nettoyage à l'eau et au savon et avant l'application de crème antibiotique. Comme mentionné, la maladie touche les enfants de moins de 10 ans. Là encore, l'utilisation d'une pommade mal tolérée n'est pas conseillée, il vaut mieux mettre de la Fucidine crème pendant huit jours plutôt que de la mupirocine. – Les trois jours d'éviction ne sont plus justifiés depuis que l'on met des pommades antibiotiques, c'est une vieille donnée. |
| CNP de gériatrie** | <ul style="list-style-type: none"> – Pourquoi « dans tous les cas complétés par des applications biquotidienne de vaseline » alors que l'on a appliqué de la pommade antibiotique ? |

* Non pris en compte ; ** Pris en compte

| Commentaires sur la fiche mémo : Prise en charge des abcès cutanés | |
|---|--|
| Partie prenante | Paragraphe : Abcès cutanés primaires et secondaires |
| SFD* | <p>Rajouter à la ligne traitement médical la cible :</p> <p>« Antibiothérapie anti-staphylococcique »</p> <p>Pristinamycine en premier</p> <p>Pas d'accord pour clinda en première intention, la pristinamycine est active sur tous les SA en France.</p> |
| | Autres commentaires sur cette fiche mémo |
| CMG** | <p>En gros, préciser que la prise en charge de l'abcès est d'emblée chirurgicale PUIS antibiotique.</p> |
| SFD* | <p>Je ne trouve pas très pertinent de présenter les abcès dits primaires et secondaires, puisque l'antibiothérapie de première intention est la même, cela peut prêter à confusion, la consigne étant qu'un abcès qui n'évolue pas bien avec un traitement bien conduit doit faire appel à un avis spécialisé.</p> |

* Non pris en compte ; ** Pris en compte.

2.6.4. Avis des parties prenantes sur les fiches mémo : urétrites et cervicites non compliquées

| Commentaires sur la forme des documents soumis pour avis | | |
|--|---|--|
| Partie prenante | Éléments positifs | Éléments négatifs |
| SFD | <p>Clair et concis.</p> <p>La règle de raccourcissement des durées de traitement est implicite en IST mais pour de multiples raisons, notamment de lutte contre les résistances aux antibactériens, la doxycycline pendant une semaine est préférable à une monodose d'azithromycine : la hiérarchisation du choix d'antichlamydien est bien mise en évidence dans cette fiche.</p> | <p>Aucun sur la forme (cf. en fin de questionnaire pour le fond)</p> |

| Commentaires sur la fiche mémo : Urétrites et cervicites non compliquées | |
|--|---|
| Partie prenante | Paragraphe : Traitement antibiotique probabiliste |
| SFD* | Pour souligner et clarifier, ajouter (éventuellement entre parenthèses) la traduction de probabiliste : après le prélèvement mais sans en attendre les résultats |
| SFD** | <p>Pour anticiper de nouvelles recommandations IST françaises sous l'égide de l'HAS qui ne sont pas encore en cours de production, et en raison de la publication en octobre 2020 de la recommandation de l'IUSTI Europe sur le traitement des infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Int J STD AIDS 2020 Oct 29:956462420949126. doi: 10.1177/0956462420949126), en contradiction avec la recommandation française de 2016 et suscitant par là des interrogations chez les cliniciens français,</p> <p>un <i>position paper</i> conjoint de la SFD, de la SPILF et du CNR gonocoques est en cours de rédaction recommandant le passage de 500 à 1 000 mg de la monodose de Ceftriaxone</p> |
| CNPGO-GM** | <p>Un prélèvement bactériologique est indispensable :</p> <p>en fait deux prélèvements sont indispensables ici : un prélèvement pour la recherche des 3 IST (gono, C. trachomatis, M. genitalium) par méthode d'amplification génique (PCR ou équivalent) et un prélèvement bactériologique conventionnel sur milieu enrichi pour culture et antibiogramme du gonocoque.</p> <p>Je ne vois pas le rationnel à ne pas proposer le même traitement anti-chlamydia dans les schémas 1^{re} intention et 2^e intention. <i>A priori</i> dans le cas d'infections non compliquées, l'azithromycine monodose paraît plus logique que la doxy pendant 7 jours.</p> |

| Paragraphe : Consultation de contrôle | |
|---|---|
| SFD* | à J3 : si persistance des symptômes ajouter « test de guérison par culture de frottis urétral ou cervical » à J14 : test de guérison par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) à M3 : test de non-recontamination par TAAN |
| CNPGO-GM* | Je suis perplexe sur la visite de suivi J3 : cette visite est prévue pour une adaptation de l'antibiothérapie en cas de persistance des symptômes. Je ne suis pas sûr que cela soit pertinent car 1) la plupart de ces infections non compliquées sont pauci ou asymptomatiques, 2) on ne disposera pas de l'antibiogramme à J3. Une (seule) visite à J7 me paraît plus adaptée et devrait suffire dans la grande majorité des cas. |
| Autres commentaires sur cette fiche mémo | |
| SFD* | Aucune mention n'est faite du sujet des partenaires. Des recommandations HAS sont en cours d'élaboration sur la notification et il ne s'agit pas ici de donner des recommandations détaillées pour ce faire. Pour autant, cette fiche ne peut pas ignorer le principe général de notification aux partenaires qui doit être impérativement encouragé (au cours des consultations d'IST, elle se fait le plus souvent « passivement » par des conseils et recommandations au sujet index pour identifier et amener le/les partenaires au dépistage et au traitement). À faire apparaître dans les principes généraux après « recherche des autres IST » et « Traitement antibiotique probabiliste » |
| CNPGO-GM* | La fiche n'envisage pas les mesures pour enrayer la transmission (abstention des rapports sexuels ou préservatifs, traitement du(es) partenaire(s)) mais ce n'est peut-être pas l'objectif de cette fiche. |

* Non pris en compte, ** Pris en compte.

2.6.5. Avis des parties prenantes sur la fiche mémo : diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée

| Commentaires sur la forme des documents soumis pour avis | | |
|---|---|---|
| Partie prenante | Éléments positifs | Éléments négatifs |
| CMG* | | Faire apparaître le « drapeaux rouges » devant faire adresser en urgences Pour le reste très clair |
| CNP HGE | Très bonne synthèse. Les éléments essentiels sont notés pour une consultation rapide. | |

* Non pris en compte

| Commentaires sur la fiche mémo : Diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée | |
|--|---|
| Partie prenante | Paragraphe : Traitement sans antibiotiques |
| CNP HGE* | Après traitement symptomatique : je rajouterais (antalgiques et mise au repos digestif limitée) |
| | Paragraphe : Antibiothérapie par voie orale |
| CNP HGE | OK pour la durée et les ATB sélectionnés. |

* Non pris en compte

2.6.6. Avis des parties prenantes sur la fiche mémo : infections à *Helicobacter pylori*

Il n'y a pas eu de commentaires formulés par les parties prenantes consultées.

Références bibliographiques

1. Review on Antimicrobial Resistance, O'Neill J. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations. London: AMR; 2016.
https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf
2. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. La consommation d'antibiotiques en France en 2016. Saint-Denis: ANSM; 2017.
3. Santé publique France. Résistance aux antibiotiques [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2019.
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/la-problematique/#tabs>
4. Cassini A, Hogberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, *et al.* Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2019;19(1):56-66.
[https://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099\(18\)30605-4](https://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099(18)30605-4)
5. Touat M, Opatowski M, Brun-Buisson C, Cosker K, Guillemot D, Salomon J, *et al.* A Payer perspective of the hospital inpatient additional care costs of antimicrobial resistance in France: A matched case-control study. *Appl Health Econ Health Policy* 2019;17(3):381-9.
<https://dx.doi.org/10.1007/s40258-018-0451-1>
6. Centers for Disease Control and Prevention. Adult treatment recommendations [En ligne] 2017.
<https://www.cdc.gov/antibiotic-use/community/for-hcp/outpatient-hcp/adult-treatment-rec.html>
7. Centers for Disease Control and Prevention. Pediatric treatment recommendations [En ligne] 2017.
<https://www.cdc.gov/antibiotic-use/community/for-hcp/outpatient-hcp/pediatric-treatment-rec.html>
8. Therapeutic Guidelines Limited. Antibiotic prescribing in primary care: Therapeutic guidelines summary table 2019. Melbourne: TGL; 2019.
https://tgldcdp.tg.org.au/fulltext/quicklinks/GPSummary_v11.pdf
9. Infectious Diseases Society of America. Uncomplicated cystitis and pyelonephritis (UTI). *Clin Infect Dis* 2011;52(5):e103–e20.
10. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, *et al.* IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis* 2012;54(8):e72-e112.
<https://dx.doi.org/10.1093/cid/cir1043>
11. National Institute for Health and Care Excellence. Antimicrobial prescribing guidelines [En ligne]. London: NICE; 2019.
<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/antimicrobial-prescribing-guidelines>
12. Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerlings SE, Köves B, *et al.* EAU Guidelines on urological infections. Arnhem: European Association of Urology; 2018.
<https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2018-large-text.pdf>
13. Kranz J, Schmidt S, Lebert C, Schneidewind L, Schmiemann G, Wagenlehner F. Uncomplicated Bacterial Community-Acquired Urinary Tract Infection in Adults. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(50):866-73.
<http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2017.0866>
14. Société de pathologie infectieuse de langue française, Société française de pédiatrie, Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'enfant et de l'adulte. Argumentaire. Paris: SPILF; 2011.
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-argumentaire.pdf>
15. Wintenberger C, Guery B, Bonnet E, Castan B, Cohen R, Diamantis S, *et al.* Proposal for shorter antibiotic therapies. *Med Mal Infect* 2017;47(2):92-141.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2017.01.007>
16. Caron F, Galperine T, Flateau C, Azria R, Bonacorsi S, Bruyère F, *et al.* Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. *Med Mal Infect* 2018;48(5):327-58.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2018.03.005>
17. Gauzit R, Castan B, Bonnet E, Bru JP, Cohen R, Diamantis S, *et al.* Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations. *Infect Dis Now* 2021;51(2):114-39.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.idnow.2020.12.001>
18. Société française de dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles ; 2016.
<https://www.cnr-ist.fr/ressources/editeur/Guidelines%20IST%20SFDermato%202016.pdf>
19. Dinh A, Bouchand F, Salomon J, Bernard L. Durée courte d'antibiothérapie. *Rev Med Interne* 2016;37(7):466-72.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2015.12.003>
20. Antibioclic [En ligne] 2019.
<https://antibioclic.com/>
21. Haute Autorité de Santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_cystite_aigue_cd-151116.pdf
22. Haute Autorité de Santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Femme enceinte : colonisation urinaire et cystite. Fiche mémo. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_cysteite-femme_enceinte_cd-151116.pdf

23. Haute Autorité de Santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Pyélonéphrite aiguë de la femme. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_pyelonephrite_aigue_femme-171116.pdf

24. Haute Autorité de Santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant de plus de 3 mois. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_otite_aigue_enfant_cd-171116.pdf

25. Haute Autorité de Santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Otite moyenne aiguë purulente de l'adulte. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_otite_aigue_adulte_cd-161116.pdf

26. Haute Autorité de Santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'enfant. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_rhino-angine_enfant_cd-171116.pdf

27. Haute Autorité de Santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'adulte. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_rhino-angine_adulte_cd-171116.pdf

28. Haute Autorité de Santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Sinusite de l'enfant. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v2-fm_sinusite_enfant-181116.pdf

29. Haute Autorité de Santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Sinusite de l'adulte. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_sinusite_adulte-171116.pdf

30. Haute Autorité de Santé, Société française de dermatologie, Société de pathologie infectieuse de langue française. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. Recommandations. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2019.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/prise_en_charge_des_infections_cutanees_bacteriennes_courantes_recommandations.pdf

31. Haute Autorité de Santé. Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique. Recommandations. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/prise_en_charge_medicale_et_chirurgicale_-_recommandations.pdf

32. Haute Autorité de Santé, Conseil national professionnel d'hépatogastroentérologie. Traitement de l'infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte. Fiche pertinence des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir83/helicobacter_fiche_pertinence_traitement.pdf

33. Haute Autorité de Santé. Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge. Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/2015_10_15_fm_uretrites_v4.pdf

34. World Health Organization. AWaRe classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use, 2023. Geneva: WHO; 2023.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.04>

35. Société de pathologie infectieuse de langue française. Actualisation de la liste des antibiotiques critiques disponibles en France pour l'exercice libéral et en établissements de santé. Paris: SPILF; 2022.

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/saisine-dqs-atb-critique-9-fev-22-v3.pdf>

36. European Medicines Agency. Azithromycin-containing medicinal products for systemic use - referral [En ligne]. Amsterdam: EMA; 2023.

<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/azithromycin-containing-medicinal-products-systemic-use>

Participants

Parties prenantes consultées pour avis :

- Association française d'urologie (AFU)
- Collège de la médecine générale (CMG)
- Conseil national professionnel de gériatrie (CNP gériatrie)
- Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique (CNPGO-GM)
- Conseil national professionnel d'hépatogastro-entérologie (CNP-HGE)
- Conseil national professionnel ORL (CNP d'ORL)
- Conseil national professionnel de pédiatrie
- Société française de dermatologie (SFD)
- Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF)

Relecture

- Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) :
 - Dr Bernard Castan
 - Dr Rémi Gauzit
 - Pr Jean Paul Stahl
- Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) pour les fiches pédiatriques :
 - Pr Robert Cohen

Haute Autorité de santé :

Sabine Benoliel (cheffe de projet SBP), Mireille Cecchin (documentaliste), Laurence Frigère (assistante documentaliste) ; Mathilde Grande (cheffe du service évaluation des médicaments), Dr Pierre Gabach (adjoint à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins – chef du service des bonnes pratiques), Laetitia Gourbail (assistante du projet).

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Retrouvez tous nos travaux sur

www.has-sante.fr

