
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Prescription des antibiotiques en pratique bucco- dentaire

Adopté par le Collège le 16 juillet 2026

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

	Preuve scientifique établie
A	Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire
Méthode de travail	Recommandation de pratique clinique
Objectif(s)	L'objectif de ce travail est l'élaboration : – de recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels dans le but d'améliorer la prescription d'antibiotiques dans la population générale et dans les populations à risque et d'harmoniser les pratiques professionnelles ; – de fiches pratiques à destination des professionnels de santé (par grand type de catégorie : population générale/patients à risque infectieux augmenté/patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires) : fiche sur l'antibioprophylaxie, fiche sur l'antibiothérapie ; – de fiches pratiques à destination des patients.
Cibles concernées	Ces recommandations concernent tout patient adulte et enfant. Elles sont destinées à l'ensemble des professionnels de santé amenés à prescrire des antibiotiques, que ce soit pour des patients de la population générale ou des patients à risque, notamment : les chirurgiens-dentistes omnipraticiens pratiquant des actes d'endodontie, parodontologie, implantologie, odontologie pédiatrique, les chirurgiens-dentistes qualifiés en médecine bucco-dentaire, les chirurgiens-dentistes qualifiés en chirurgie orale, les chirurgiens-dentistes qualifiés en orthopédie dento-faciale, les médecins spécialisés en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, les médecins spécialisés en chirurgie orale, les médecins généralistes, les pédiatres, les autres spécialistes confrontés à des infections d'origine dentaire (médecins urgentistes, infectiologues, endocrinologues, gériatres, internistes, néphrologues, oncologues...).
Demandeur	Saisine du Conseil National Professionnel des Chirurgiens-dentistes
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Mme Albane Mainguy, cheffe de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (adjointe cheffe de service : Dr Christine Revel-Delhom) Mme Laetitia Gourbail, assistante de projet
Recherche documentaire	cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique Réalisée par Mme Marina Rennesson, documentaliste, Mme Estelle Divol Fabre, assistante documentaliste (cheffe du service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs	Dr Lilian Alix, chargé de projet Dr Alexandre Baudet, chargé de projet Dr Claire Hobson, chargée de projet Avec la participation du groupe de travail présidé par la Pr Julie Guillet, présidente (cf. liste à la fin du document)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse, la HAS a également pris en

	compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liant aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
Validation	Version du 16 juillet 2026
Autres formats	Argumentaire, fiche de synthèse, fiches outils

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

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2026

Sommaire

Préambule	6
1. Définitions	7
1.1. Antibioprophylaxie (ou antibiothérapie prophylactique)	7
1.2. Antibiothérapie (ou antibiothérapie curative)	7
2. Classification du risque infectieux selon les antécédents et les comorbidités	8
2.1. Patients à risque infectieux augmenté	8
2.2. Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires	9
2.3. Patients à risque infectieux comparable à celui de la population générale et/ou à faible risque d'ostéonécrose des mâchoires	9
3. Mesures de prévention	10
3.1. Conseils aux praticiens prenant en charge les soins bucco-dentaires, pour tous les patients (grade AE)	10
3.2. Conseils aux praticiens pour les patients à risque infectieux augmenté et/ou à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires (grade AE)	10
4. Indications et modalités de prescription de l'antibioprophylaxie	12
4.1. Indications de l'antibioprophylaxie	12
4.2. Modalités de prescription de l'antibioprophylaxie	19
5. Indications et modalités de prescription de l'antibiothérapie curative	22
5.1. Indications de l'antibiothérapie curative	22
5.2. Modalités de prescription de l'antibiothérapie curative	24
5.3. Prise en charge hospitalière et antibiothérapie curative par voie intraveineuse	29
6. Place des antibiotiques locaux	30
7. Place de l'antibiothérapie lors d'une prescription d'anti-inflammatoires	31
8. Intégration de la recommandation dans les outils numériques	32
Table des annexes	33
Participants	38
Abréviations et acronymes	41

Préambule

La HAS a été saisie par le Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes afin d'actualiser les recommandations de l'AFSSAPS/ANSM de 2011 sur la « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire ».

L'abus d'antibiotiques et leur utilisation non recommandée ont débouché sur une résistance de plus en plus marquée des bactéries aux agents antimicrobiens. Les infections provoquées par ces pathogènes résistants peuvent être lourdes de conséquences : maladies et hospitalisations plus longues, mortalité accrue, moins bonne protection des patients lors d'interventions chirurgicales ou d'autres procédures médicales. En raison de l'augmentation de l'antibiorésistance et du manque de nouveaux antibiotiques disponibles, l'utilisation rationnelle des antibiotiques est indispensable.

Ces travaux s'inscrivent dans le cadre d'une mise à jour des recommandations de l'ANSM datant de 2011, dans le but d'homogénéiser les prescriptions des antibiotiques en pratique bucco-dentaire, d'éviter une surprescription d'antibiotiques et de limiter l'antibiorésistance.

L'antibioprophylaxie relative à la prise en charge bucco-dentaire des patients à risque d'endocardite infectieuse ayant fait l'objet d'une recommandation spécifique de la HAS en 2024, elle ne sera pas abordée dans cette recommandation (cf. [Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse](#)).

1. Définitions

1.1. Antibioprophylaxie (ou antibiothérapie prophylactique)

En pratique bucco-dentaire, l'antibioprophylaxie (ou antibiothérapie prophylactique) :

- consiste en l'administration d'un antibiotique chez un patient qui ne présente pas de signe d'infection bucco-dentaire ;
- a pour objectif de prévenir la survenue d'une infection secondaire à une intervention bucco-dentaire, qu'elle soit locale, à distance ou systémique ;
- n'est pas systématique : elle dépend du geste bucco-dentaire et des caractéristiques du patient (cf. parties 2 et 4).

1.2. Antibiothérapie (ou antibiothérapie curative)

En pratique bucco-dentaire, l'antibiothérapie (ou antibiothérapie curative) :

- consiste en l'administration d'un antibiotique chez un patient qui présente des signes d'infection bucco-dentaire ;
- a pour objectif de traiter une infection ;
- ne se substitue pas à un geste bucco-dentaire curatif, qui doit être réalisé dans les meilleurs délais (cf. partie 5).

2. Classification du risque infectieux selon les antécédents et les comorbidités

2.1. Patients à risque infectieux augmenté

Les patients à risque infectieux augmenté sont des patients qui, de par leurs antécédents ou leur situation médicale actuelle (pathologie, traitements médicamenteux...), présentent un risque accru de complication infectieuse (locale, générale ou à distance) dans le cadre d'une prise en charge bucco-dentaire, par rapport à la population générale.

Dans ces recommandations, sont classés dans le groupe à risque infectieux augmenté les patients :

- en cours de chimiothérapie aplasante (grade C) ;
- en cours de traitement immunosuppresseur, immunomodulateur, biothérapie (grade C) : le risque dépend de la molécule et doit être évalué au cas par cas, et si nécessaire avec le prescripteur ;
- en cours de traitement par corticoïdes ≥ 10 mg/jour d'équivalent prednisolone depuis plus de 2 semaines (grade C) ;
- en cours de traitement anti-rejet (transplantation d'organe solide, allogreffe de cellules souches hématopoïétiques) (grade C) ;
- vivants avec le VIH avec un taux de CD4 $< 200/\text{mm}^3$ (0,2 G/L) (grade C) ;
- présentant une neutropénie $< 500/\text{mm}^3$ (0,5 G/L) (grade C) ;
- atteints d'un déficit immunitaire congénital ou du complément (grade C) ;
- aspléniques depuis moins de 5 ans (grade AE) ;
- diabétiques avec une hémoglobine glyquée $\geq 9\%$ (grade B) ;
- avec une insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min/1,73 m²) (grade C) ;
- dialysés (grade C) ;
- avec une insuffisance hépato-cellulaire sévère (taux de prothrombine $\leq 50\%$) (grade AE) ;
- ayant un syndrome drépanocytaire majeur : le risque est à évaluer avec le praticien référent du patient (grade AE).

Le niveau de risque individuel n'est pas similaire pour toutes les pathologies sus-citées. Il appartient donc au praticien d'évaluer le risque infectieux induit par l'acte qu'il prévoit et de se rapprocher du médecin référent du patient en cas de doute sur le risque infectieux du patient.

Remarques spécifiques concernant le patient diabétique (grade B) :

- il est recommandé de vérifier l'équilibre glycémique sur un dosage biologique d'HbA1c datant de moins de 3 mois avant d'effectuer un geste bucco-dentaire ;
- si l'HbA1c est $\geq 9\%$, il est recommandé d'orienter le patient vers son médecin traitant et/ou son diabétologue afin d'améliorer le contrôle du diabète si possible, sans toutefois surseoir aux actes bucco-dentaires nécessaires.

2.2. Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires

Dans ces recommandations, sont classés dans le groupe à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires les patients (grade B) :

- traités ou ayant été traités par radiothérapie cervico-faciale avec une dose totale au niveau des mâchoires ≥ 40 Gy ;
- traités par dénosumab ou biosimilaires, quelle que soit l'indication, si la dernière injection date de moins de 6 mois ;
- traités ou ayant été traités par bisphosphonates (*per os* ou IV) dans le cadre d'une pathologie maligne ;
- traités par anti-angiogéniques pour une pathologie maligne ;
- traités ou ayant été traités par bisphosphonates (*per os* ou IV) dans le cadre d'une pathologie bénigne (ostéoporose, maladie de Paget...) pendant 5 ans cumulés ou plus.

2.3. Patients à risque infectieux comparable à celui de la population générale et/ou à faible risque d'ostéonécrose des mâchoires

Dans ces recommandations, les patients à risque infectieux comparable à celui de la population générale et/ou à faible risque d'ostéonécrose des mâchoires ont été assimilés à la population générale. Ils relèvent des mêmes recommandations que ceux de la population générale.

Dans ces recommandations, sont classés dans le groupe à risque infectieux local ou général comparable à celui de la population générale les patients (grade C) :

- en rémission d'une pathologie maligne ;
- porteurs d'une prothèse articulaire ;
- ayant eu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, dès lors qu'ils ne bénéficient plus d'un traitement anti-rejet ;
- dénutris ;
- fumeurs ;
- diabétiques avec une hémoglobine glyquée $< 9\%$;
- obèses (quel que soit le grade de l'obésité) ;
- enceintes ;
- âgés (l'âge ne constitue pas à lui seul un facteur de risque infectieux).

Dans ces recommandations, sont classés dans le groupe à faible risque d'ostéonécrose des mâchoires comparable à celui de la population générale les patients (grade B) :

- traités ou ayant été traités par bisphosphonates (*per os* ou IV) dans le cadre d'une pathologie bénigne (ostéoporose, maladie de Paget...) pendant moins de 5 ans cumulés ;
- traités par dénosumab ou biosimilaires, quelle que soit l'indication, si la dernière injection date de plus de 6 mois ;
- traités ou ayant été traités par radiothérapie cervico-faciale avec une dose totale au niveau des mâchoires < 40 Gy.

3. Mesures de prévention

3.1. Conseils aux praticiens prenant en charge les soins bucco-dentaires, pour tous les patients (grade AE)

Il est recommandé que les praticiens informent les patients :

- de l'importance du maintien de la santé générale, y compris orale (hygiène bucco-dentaire et alimentaire) ;
- de l'importance du suivi régulier par un praticien de la cavité buccale ;
- des bénéfices de l'antibioprophylaxie avant un geste bucco-dentaire invasif selon les modalités prescrites quand celle-ci est recommandée (cf. partie 4) ;
- du danger d'une automédication antibiotique ;
- de la nécessité de consulter un professionnel de santé avant toute prise d'antibiotiques.

Il est recommandé que les praticiens informent les patients sur les symptômes d'apparition récente et non spontanément résolutifs qui doivent conduire à une consultation bucco-dentaire et une prise en charge rapide :

- tuméfaction cervico-faciale, suppuration, trismus, lymphadénopathie, fièvre ;
- gêne, inconfort ou douleur dans la bouche ;
- érythème ou tuméfaction des gencives ;
- gingivorragie spontanée ou au brossage dentaire ;
- mobilité, déplacement dentaire, récession gingivale ou perte d'une dent ;
- changement de couleur d'une dent ;
- halitose.

Avant l'initiation de traitements à risque (immunosuppresseurs, chimiothérapie, anti-résorbeurs osseux, radiothérapie cervico-faciale...), il est recommandé de réaliser, dans la mesure du possible, une consultation bucco-dentaire et une prise en charge bucco-dentaire lorsqu'elle est nécessaire.

De façon générale, les interventions doivent être les moins traumatiques possibles et les plus aseptiques possibles. Un bain de bouche antiseptique (chlorhexidine 0,1 à 0,2 % ou povidone iodée à 10 %) est recommandé avant tout geste bucco-dentaire.

3.2. Conseils aux praticiens pour les patients à risque infectieux augmenté et/ou à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires (grade AE)

Il est recommandé que :

- la prise en charge bucco-dentaire du patient soit multidisciplinaire et partagée entre le médecin généraliste, le médecin spécialiste et le praticien de la cavité buccale ;
- avant la réalisation d'un geste bucco-dentaire invasif, une information soit délivrée au patient concernant la possibilité d'une complication infectieuse et/ou de survenue d'une ostéonécrose des mâchoires ;
- le rapport bénéfice/risque du geste bucco-dentaire soit évalué ainsi que les modalités de suivi ;

- les alternatives thérapeutiques moins invasives soient prises en compte et que la décision thérapeutique soit prise conjointement avec le patient ;
- les praticiens en charge du patient (généralistes, cardiologues, pédiatres, infectiologues...) le sensibilisent à l'importance de l'hygiène et du suivi bucco-dentaires, et l'informent sur sa pathologie et le risque infectieux lié à celle-ci.

4. Indications et modalités de prescription de l'antibioprophylaxie

4.1. Indications de l'antibioprophylaxie

Les indications de l'antibioprophylaxie en pratique bucco-dentaire sont présentées dans les tableaux 1 à 10. Ces indications concernent tous les patients, adultes et enfants, avec des indications supplémentaires pour les patients à risque infectieux augmenté ou à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires (cf. partie 2), et à l'exception des patients à risque d'endocardite infectieuse qui font l'objet de recommandations dédiées (cf. [Prise en charge bucco-dentaire des patients à risque d'endocardite infectieuse](#)).

Les patients à risque infectieux faible ou modéré et à faible risque d'ostéonécrose des mâchoires sont inclus dans le groupe population générale.

Tableau 1. Indications de l'antibioprophylaxie en endodontie

Indications	Antibioprophylaxie (grade des recommandations)		
	Population générale	Patients à risque infectieux augmenté	Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires
Pulpotomie de dent temporaire	Non recommandée (grade AE)		
Traitement endodontique de dent temporaire	Non recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Non recommandée (grade AE)
Coiffage pulpaire et pulpotomie thérapeutique de dent permanente	Non recommandée (grade AE)		
Traitement endodontique et pulpotomie d'urgence de dent permanente à pulpe vitale, symptomatique ou non	Non recommandée (grade AE)		
Traitement endodontique de dent permanente à pulpe non vitale, symptomatique ou non	Non recommandée (grade B)	Recommandée (grade AE)	Non recommandée (grade AE)
Reprise de traitement endodontique de dent permanente symptomatique ou non	Non recommandée (grade B)	Recommandée (grade AE)	Non recommandée (grade AE)
Chirurgie endodontique péri-apicale ou péri-radulaire de dent permanente	Non recommandée (grade B)	Recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne ou avec irradiation ≥ 40 Gy

* Le rapport entre le bénéfice de l'intervention et les risques infectieux ou d'ostéonécrose des mâchoires devra être pris en compte au cas par cas.

Tableau 2. Indications de l'antibioprophylaxie en parodontologie

Indications	Antibioprophylaxie (grade des recommandations)		
	Population générale	Patients à risque infectieux augmenté	Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires
Sondage parodontal	Non recommandée (grade AE)		
Détartrage Surfaçage radiculaire	Non recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Non recommandée (grade AE)
Chirurgie d'assainissement parodontal	Non recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE)
Élongation coronaire	Non recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE)
Amputation radiculaire	Non recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne ou avec irradiation ≥ 40 Gy
Chirurgie plastique parodontale (lambeau et greffe gingivale)	Non recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne ou avec irradiation ≥ 40 Gy
Chirurgie à visée reconstructrice ou régénérative et traitements parodontaux utilisant des biomatériaux de reconstruction ou de régénération	Non recommandée (grade B)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne ou avec irradiation ≥ 40 Gy

* Le rapport entre le bénéfice de l'intervention et les risques infectieux ou d'ostéonécrose des mâchoires devra être pris en compte au cas par cas.

Tableau 3. Indications de l'antibioprophylaxie en implantologie et chirurgie implantaire

Indications	Antibioprophylaxie (grade des recommandations)		
	Population générale	Patients à risque infectieux augmenté	Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires
Pose d'implant(s) dentaire(s)	Non recommandée en systématique** (grade B)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne
Chirurgie d'augmentation osseuse pré- ou per-implantaire (greffe osseuse)	Recommandée (grade C)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne ou avec irradiation ≥ 40 Gy
Procédure d'élévation sinu-sienne pré- ou per-implantaire	Recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne ou avec irradiation ≥ 40 Gy
Chirurgie plastique péri-implantaire	Non recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE)
Dégagement d'implant	Non recommandée (grade AE)		
Chirurgie des péri-implantites (lambeau d'accès, comblement, greffe osseuse, membrane)	Non recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne

* Le rapport entre le bénéfice de l'intervention et les risques infectieux ou d'ostéonécrose des mâchoires devra être pris en compte au cas par cas.

** Une antibioprophylaxie peut être utilisée pour la pose d'implant dentaire selon le profil du patient (antécédents de complications d'ostéo-intégration ou os peu vascularisé) et selon la complexité et la durée de l'intervention (pose multiple > 3 implants, avulsion/implantation immédiate, durée d'intervention > 1 h 30) (grade AE).

Tableau 4. Indications de l'antibioprophylaxie en chirurgie orale

Indications	Antibioprophylaxie (grade des recommandations)		
	Population générale	Patients à risque infectieux augmenté	Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires
Avulsion dentaire de dent temporaire ou permanente (dent sur arcade, à l'état de racines, avec ou sans alvéolectomie ou séparation de racines)	Non recommandée (grade A)	Recommandée (grade AE)	Recommandée (grade C)
Avulsion de dent incluse, ectopique ou en désinclusion	Recommandée (grade A)	Recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)
Autotransplantation dentaire	Recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne ou avec irradiation ≥ 40 Gy
Chirurgie osseuse pré-prothétique (exérèse de tori, ostéotomie tubérositaire)	Non recommandée (grade AE)	Recommandée* (grade AE)	Recommandée* (grade AE)
Chirurgie pré-orthodontique de dent incluse ou enclavée	Non recommandée (grade AE)	Recommandée (grade AE)	Recommandée * (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne ou avec irradiation ≥ 40 Gy
Freinectomie	Non recommandée (grade AE)	Recommandée (grade AE)	Non recommandée (grade AE)
Biopsie ou exérèse chirurgicale de lésion bénigne des tissus mous	Non recommandée (grade AE)	Recommandée (grade AE)	Non recommandée (grade AE)
Biopsie ou exérèse chirurgicale de lésion osseuse bénigne des mâchoires	Non recommandée (grade AE)	Recommandée (grade AE)	Recommandée (grade AE)

* Le rapport entre le bénéfice de l'intervention et les risques infectieux ou d'ostéonécrose des mâchoires devra être pris en compte au cas par cas.

Tableau 5. Indications de l'antibioprophylaxie en cas d'évènements indésirables per-opératoires

Indications	Antibioprophylaxie (grade des recommandations)		
	Population générale	Patients à risque infectieux augmenté	Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires
Communication bucco-sinusienne	Recommandée (grade AE)		
Accident d'exposition à l'hypo- chlorite de sodium	Recommandée (grade AE)		
Emphysème cervico-facial	Recommandée (grade AE)		

Tableau 6. Indications de l'antibioprophylaxie en traumatologie

Indications	Antibioprophylaxie (grade des recommandations)		
	Population générale	Patients à risque infectieux augmenté	Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires
Réimplantation de dent permanente expulsée	Non recommandée (grade C)	Recommandée* (grade AE)	Acte contre-indiqué (grade AE)
Repositionnement de dent permanente ou temporaire luxée, intruse ou extruse avec ou sans fracture osseuse alvéolaire associée	Non recommandée (grade AE)	Recommandée (grade AE)	Recommandée (grade AE)
Fracture coronaire, coronoradiculaire (simple ou complexe) ou radiculaire de dent permanente ou temporaire	Non recommandée (grade AE)		
Plaie de tissus mous	Non recommandée (grade AE)		
Plaie fortement souillée Plaie par morsure de mammifère	Recommandée (grade AE)		

* Le rapport entre le bénéfice de l'intervention et les risques infectieux ou d'ostéonécrose des mâchoires devra être pris en compte au cas par cas.

Tableau 7. Indications de l'antibioprophylaxie en orthopédie dento-faciale

Indications	Antibioprophylaxie (grade des recommandations)		
	Population générale	Patients à risque infectieux augmenté	Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires
Mise en place et dépose de dispositif orthodontique collé ou scellé supra-gingival	Non recommandée (grade AE)	Non recommandée (grade AE)	Non recommandée* (grade AE)
Pose de matériel d'ancrage orthodontique	Non recommandée (grade AE)	Recommandée (grade AE)	Acte contre-indiqué (grade AE)

* Le rapport entre le bénéfice de l'intervention et les risques infectieux ou d'ostéonécrose des mâchoires devra être pris en compte au cas par cas.

Tableau 8. Indications de l'antibioprophylaxie en prothèses

Indications	Antibioprophylaxie (grade des recommandations)		
	Population générale	Patients à risque infectieux augmenté	Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires
Soin prothétique à risque ou non de saignement	Non recommandée (grade AE)		
Prise d'empreintes	Non recommandée (grade C)		

Tableau 9. Indications de l'antibioprophylaxie pour les anesthésies locales et loco-régionales

Indications	Antibioprophylaxie (grade des recommandations)		
	Population générale	Patients à risque infectieux augmenté	Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires
Anesthésie para-apicale ou loco-régionale	Non recommandée (grade C)	Non recommandée (grade AE)	Non recommandée (grade AE)
Anesthésie intraligamentaire	Non recommandée (grade AE)	Non recommandée (grade AE)	Recommandée ^{*, #} (grade AE)
Anesthésie ostéo-centrale	Non recommandée (grade AE)	Non recommandée (grade AE)	Recommandée ^{*, #} (grade AE) NB : acte contre-indiqué chez les patients traités pour une pathologie maligne ou avec irradiation ≥ 40 Gy

* Le rapport entre le bénéfice de l'intervention et les risques infectieux ou d'ostéonécrose des mâchoires devra être pris en compte au cas par cas.

Anesthésie intraligamentaire et technique ostéo-centrale ne doivent être réalisées qu'en 2^e intention.

Tableau 10. Indications de l'antibioprophylaxie pour les autres actes

Indications	Antibioprophylaxie (grade des recommandations)		
	Population générale	Patients à risque infectieux augmenté	Patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires
Acte de prévention non sanglant	Non recommandée (grade AE)		
Mise en place d'une digue	Non recommandée (grade AE)		
Soin restaurateur sans atteinte pulpaire	Non recommandée (grade C)		
Prise de radiographie dentaire	Non recommandée (grade C)		
Dépose de fil de suture	Non recommandée (grade C)		

4.2. Modalités de prescription de l'antibioprophylaxie

L'antibioprophylaxie n'est indiquée que pour des interventions identifiées comme présentant un risque significatif d'infection. Elle n'est pas justifiée pour tous les actes bucco-dentaires et son recours doit être limité aux situations où le bénéfice est avéré.

Lorsqu'une antibioprophylaxie est indiquée en pratique bucco-dentaire, il est recommandé de prescrire une molécule figurant dans la liste des antibiotiques de 1^{re} intention (tableaux 11 et 12).

En cas d'allergie avérée ou d'anaphylaxie probable, de contre-indication ou de rupture de stock, des antibioprophylaxies alternatives sont indiquées mais elles sont généralement moins efficaces ou présentent plus d'effets indésirables que l'antibioprophylaxie de 1^{re} intention (grade C).

Les modalités de prescription de l'antibioprophylaxie en pratique bucco-dentaire sont présentées dans les tableaux 11 et 12 et concernent tous les patients, quel que soit leur statut : population générale, patients à risque infectieux augmenté et patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires.

En cas d'oubli accidentel d'administration de l'antibioprophylaxie ou d'un acte réalisé en urgence, l'antibiotique peut être pris jusqu'à 2 heures après le geste invasif (grade AE).

À l'exception de l'amoxicilline, dont l'AMM comporte la prophylaxie de l'endocardite infectieuse, aucune molécule antibiotique commercialisée en France ne dispose d'une AMM en prophylaxie des actes bucco-dentaires.

Dans la mesure où l'information contenue dans l'AMM de ces spécialités est susceptible d'évoluer, il convient de s'assurer, au moment de la prescription de l'antibiotique, du respect notamment des contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi, et des interactions médicamenteuses.¹

Chez l'insuffisant rénal, les antibioprophylaxies pré-opératoires en 1 prise ne nécessitent pas d'adaptation posologique tandis que les antibioprophylaxies prolongées post-opératoires sont à adapter en fonction du débit de filtration glomérulaire (DFG) (grade AE).

Il est recommandé de préciser sur l'ordonnance que les antibiotiques de l'antibioprophylaxie doivent être dispensés à l'unité par le pharmacien, afin d'éviter l'automédication et le gaspillage (grade AE, arrêté du 1^{er} mars 2022 portant création de la liste des spécialités pouvant être soumises à une délivrance à l'unité en application de l'article R. 5132-42-2 du Code de la santé publique).

¹ Se référer à l'information disponible sur le site internet de l'ANSM (www.ansm.sante.fr) et sur la base de données publique des médicaments (<https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>).

Tableau 11. Modalités de prescription de l'antibioprophylaxie (hors AMM) en pratique bucco-dentaire chez l'adulte (grade AE)

Indications	Antibioprophylaxie de 1 ^{re} intention	Antibioprophylaxie de 1 ^{re} intention alternative, par ordre de choix préférentiel, en cas d'allergie avérée ou d'anaphylaxie probable aux pénicillines, de contre-indication ou de rupture de stock
Antibioprophylaxie pré-opératoire en prise unique		
Pour toutes les indications hormis les cas particuliers ci-dessous	Par voie orale 30 à 60 min avant l'acte* : Amoxicilline 2 g Par voie injectable au plus tôt 60 min avant et au plus tard avant l'incision chirurgicale ou le début de la procédure interventionnelle : Amoxicilline IV 2 g	Par voie orale 30 à 60 min avant l'acte* : Clarithromycine 500 mg Azithromycine 500 mg Pristinamycine 1 g Par voie injectable au plus tôt 60 min avant et au plus tard avant l'incision chirurgicale ou le début de la procédure interventionnelle : Céfazoline IV/IM 1 g Ceftriaxone IV/IM 1 g Clindamycine IV 900 mg
Cas particuliers nécessitant une antibioprophylaxie post-opératoire		
Évènement indésirable per-opératoire : Communication bucco-sinusienne Accident d'exposition à l'hypochlorite de sodium Emphysème cervico-facial	Amoxicilline 1 g, 2 fois par jour, durant 5 jours	Clarithromycine 500 mg, 2 fois par jour, durant 5 jours Azithromycine 500 mg, 1 fois par jour, durant 3 jours Pristinamycine 1 g, 2 fois par jour, durant 5 jours
Plaie fortement souillée Plaie par morsure de mammi-fère	Association amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 125 mg, 3 fois par jour, durant 5 jours	Pristinamycine 1 g, 3 fois par jour, durant 5 jours Clindamycine 600 mg, 3 fois par jour, durant 5 jours
Cas particuliers nécessitant une antibioprophylaxie pré- et post-opératoire		
Acte chirurgical exposant l'os chez le patient à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires	Amoxicilline 2 g, 1 h avant l'intervention*, puis 500 mg, 3 fois par jour, durant 7 jours	Clarithromycine 500 mg, 1 h avant l'intervention*, puis 500 mg, 2 fois par jour, durant 7 jours Azithromycine 500 mg, 1 h avant l'intervention*, puis 500 mg, 1 fois par jour, durant 2 jours Pristinamycine 1 g, 1 h avant l'intervention*, puis 1 g, 2 fois par jour, durant 7 jours

Remarque : les prescriptions hors AMM s'effectuent sous la seule responsabilité du prescripteur qui doit en informer le patient.

* En cas d'oubli accidentel d'administration de l'antibioprophylaxie ou lors d'un acte réalisé en urgence, l'antibiotique peut être pris jusqu'à 2 heures après le geste (grade AE).

Abréviations : IM : intramusculaire, IV : intraveineux.

Tableau 12. Modalités de prescription de l'antibioprophylaxie (hors AMM) en pratique bucco-dentaire chez l'enfant (grade AE)

Indications	Antibioprophylaxie de 1 ^{re} intention	Antibioprophylaxie de 1 ^{re} intention alternative, par ordre de choix préférentiel, en cas d'allergie avérée ou d'anaphylaxie probable aux pénicillines, de contre-indication ou de rupture de stock
Antibioprophylaxie pré-opératoire en prise unique		
Pour toutes les indications hormis les cas particuliers ci-dessous	<u>Par voie orale 30 à 60 min avant l'acte*</u> : Amoxicilline 50 mg/kg, sans dépasser 2 g <u>Par voie injectable au plus tôt 60 min avant et au plus tard avant l'incision chirurgicale ou le début de la procédure interventionnelle :</u> Amoxicilline IV 50 mg/kg, sans dépasser 2 g	<u>Par voie orale 30 à 60 min avant l'acte*</u> : Clarithromycine 15 mg/kg, sans dépasser 500 mg Azithromycine 20 mg/kg, sans dépasser 500 mg Pristinamycine 25 mg/kg, sans dépasser 1 g <u>Par voie injectable au plus tôt 60 min avant et au plus tard avant l'incision chirurgicale ou le début de la procédure interventionnelle :</u> Céfazoline IV/IM 50 mg/kg, sans dépasser 1 g Ceftriaxone IV/IM 50 mg/kg, sans dépasser 1 g Clindamycine IV 20 mg/kg, sans dépasser 900 mg
Cas particuliers nécessitant une antibioprophylaxie post-opératoire		
Évènement indésirable per-opératoire : Communication bucco-sinusienne Accident d'exposition à l'hypochlorite de sodium Emphysème cervico-facial	Amoxicilline 50 mg/kg/j, sans dépasser 2 g/j, en 3 prises**, durant 5 jours	Clarithromycine 15 mg/kg/j, sans dépasser 1 g/j, en 2 prises, durant 5 jours Azithromycine 20 mg/kg/j, sans dépasser 500 mg/j, en 1 prise, durant 3 jours Pristinamycine 50 mg/kg/j, sans dépasser 2 g/j, en 3 prises**, durant 5 jours
Plaie fortement souillée Plaie par morsure de mammifère	Association amoxicilline + acide clavulanique 80 mg/kg/j équivalent amoxicilline, sans dépasser 3 g/j, en 3 prises**, durant 5 jours	Pristinamycine 50 mg/kg/j, sans dépasser 3 g/j, en 3 prises**, durant 5 jours Clindamycine 30 mg/kg/j, sans dépasser 1 800 mg/j, en 3 prises**, durant 5 jours
Cas particuliers nécessitant une antibioprophylaxie pré- et post-opératoire		
Acte chirurgical exposant l'os chez le patient à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires	Amoxicilline 50 mg/kg, sans dépasser 2 g, 1 h avant l'intervention*, puis 50 mg/kg/j, sans dépasser 1,5 g, en 3 prises**, durant 7 jours	Clarithromycine 15 mg/kg, sans dépasser 500 mg, 1 h avant l'intervention*, puis 15 mg/kg/j, sans dépasser 1 g/j, en 2 prises, durant 7 jours Azithromycine 20 mg/kg, sans dépasser 500 mg, 1 h avant l'intervention*, puis 20 mg/kg/j, sans dépasser 500 mg/j, en 1 prise, durant 2 jours Pristinamycine 25 mg/kg, sans dépasser 1 g, 1 h avant l'intervention*, puis 50 mg/kg/j, sans dépasser 2 g/j, en 3 prises**, durant 7 jours

Remarques : chez l'enfant, pas de comprimés ou de gélules à avaler avant 6 ans. Les prescriptions hors AMM s'effectuent sous la seule responsabilité du prescripteur qui doit en informer le patient et son représentant légal.

* En cas d'oubli accidentel d'administration de l'antibioprophylaxie ou lors d'un acte réalisé en urgence, l'antibiotique peut être pris jusqu'à 2 heures après le geste.

** Ou en 2 prises par jour si la répartition des doses en 3 prises par jour n'est pas possible.

Abréviations : IM : intramusculaire, IV : intraveineux.

5. Indications et modalités de prescription de l'antibiothérapie curative

5.1. Indications de l'antibiothérapie curative

Lorsqu'une antibiothérapie est indiquée, il est recommandé de la prescrire en complément d'un geste local visant à effectuer un drainage ou à traiter la cause de l'infection (incision, débridement, détartrage/surfaçage, pulpectomie ou avulsion) (grade A).

Il existe de rares situations pour lesquelles la prescription antibiotique sera réalisée sans geste local concomitant, notamment en cas de difficulté d'accès opératoire (trismus, difficulté d'anesthésie, impossibilité d'accès rapide au système endocanalair en raison d'un ancrage canalair ou d'une obturation endodontique). Le traitement étiologique doit alors être programmé le plus tôt possible (grade AE).

Les indications de l'antibiothérapie en pratique bucco-dentaire, synthétisées dans le tableau 13, concernent tous les patients (adultes et enfants), quel que soit leur statut : population générale, patients à risque infectieux augmenté, patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires et patients à haut risque d'endocardite infectieuse.

Le faible nombre de publications spécifiques sur l'antibiothérapie en odontologie pédiatrique dans la littérature justifie de retenir les mêmes indications d'antibiothérapie chez l'adulte et chez l'enfant.

Tableau 13. Indications de l'antibiothérapie curative en pratique bucco-dentaire pour tous les patients (population générale, patients à risque infectieux augmenté, patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires et patients à haut risque d'endocardite infectieuse)

Indications	Antibiothérapie curative (grade des recommandations)
Endodontie	
Pulpite	Non recommandée (grade C)
Parodontite apicale aiguë Absès apical aigu	Non recommandée* (grade B)
Parodontite apicale chronique Absès apical chronique	Non recommandée (grade C)
Flambée infectieuse (<i>flare-up</i> infectieux)	Non recommandée* (grade AE)
Parodontologie	
Gingivite	Non recommandée (grade B)
Parodontite (hors cas ci-dessous)	Non recommandée (grade A)
Parodontite de stade III/IV ET inadéquation entre la quantité de biofilm et la destruction/inflammation parodontale ET ratio pourcentage de perte osseuse/âge > 1 (classification de Chicago, 2017)	Recommandée après la dernière séance d'instrumentation sous-gingivale (grade AE)
Poches parodontales résiduelles	Non recommandée (grade AE)
Absès parodontal	Non recommandée* (grade AE)
Absès endo-parodontal	Non recommandée* (grade AE)
Maladie parodontale nécrosante sans atteinte systémique	Non recommandée* (grade C)
Maladie parodontale nécrosante avec atteinte systémique (lymphadénopathie, fièvre...)	Recommandée (grade C)
Implantologie et régénération tissulaire	
Mucosite péri-implantaire	Non recommandée (grade B)
Péri-implantite	Non recommandée*. # (grade C)
Infection de greffe osseuse ou gingivale	Recommandée (grade AE)
Chirurgie orale : infections locales et loco-régionales	
Inflammation d'origine péri-coronaire (péricoronarite)	Non recommandée (grade C)
Infection d'origine péri-coronaire avec signe(s) d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre)	Recommandée (grade C)
Alvéolite sèche	Non recommandée (grade C)
Alvéolite suppurée	Non recommandée* (grade AE)
Ostéite	Recommandée (grade AE)
Ostéomyélite	Recommandée (grade AE)
Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	Recommandée (grade C)
Sialadénite bactérienne	Recommandée (grade C)
Cellulite (dermohypodermite)	
Infection avec signe d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre)	Recommandée (grade B)
Ostéonécrose des mâchoires	
Ostéonécrose des mâchoires sans signe d'infection	Non recommandée (grade C)
Ostéonécrose des mâchoires avec signe d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre)	Recommandée (grade C)

* Antibiothérapie recommandée pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse et pour les patients à risque infectieux augmenté ; antibiothérapie recommandée si signe d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre) ; antibiothérapie possible si un geste local ne peut pas être réalisé (grade AE).

Pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse, tout traitement de la péri-implantite est contre-indiqué².

5.2. Modalités de prescription de l'antibiothérapie curative

Lorsqu'une antibiothérapie est indiquée en pratique bucco-dentaire, il est recommandé de prescrire une molécule figurant dans la liste des antibiotiques de 1^{re} intention (tableaux 14 et 15).

L'hypothèse selon laquelle les infections doivent être traitées au-delà de la disparition des symptômes est actuellement discutée. Pour de nombreuses infections, un traitement de courte durée a montré des résultats cliniques similaires à ceux d'un traitement de plus longue durée.

En cas d'allergie avérée ou d'anaphylaxie probable, de contre-indication ou de rupture de stock, des antibiothérapies alternatives sont indiquées mais elles sont généralement moins efficaces ou présentent plus d'effets indésirables que l'antibiothérapie de 1^{re} intention (grade C).

Les modalités de prescription de l'antibiothérapie en pratique bucco-dentaire sont présentées dans les tableaux 14 et 15 et concernent tous les patients, quel que soit leur statut : population générale, patients à risque infectieux augmenté, patients à haut risque d'ostéonécrose des mâchoires et patients à haut risque d'endocardite infectieuse.

Dans la mesure où l'information contenue dans l'AMM de ces spécialités est susceptible d'évoluer, il convient de s'assurer, au moment de la prescription de l'antibiotique, du respect notamment des contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi, et des interactions médicamenteuses³.

Les situations cliniques justifiant d'une bithérapie antibiotique en 1^{re} intention sont exceptionnelles et sont résumées dans les tableaux 14 et 15.

² Cf. recommandation HAS, 2024 : Prise en charge bucco-dentaire des patients à risque d'endocardite infectieuse.

³ Se référer à l'information disponible sur le site internet de l'ANSM (www.ansm.sante.fr) et sur la base de données publique des médicaments (<https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>).

Tableau 14. Modalités de prescription des antibiothérapies curatives en pratique bucco-dentaire chez l'adulte (grade AE)

Indications	Antibiothérapie de 1 ^{re} intention	Antibiothérapie de 1 ^{re} intention alternative, par ordre de choix préférentiel, en cas d'allergie avérée ou d'anaphylaxie probable, de contre-indication ou de rupture de stock	Antibiothérapie de 2 ^e intention, en cas d'échec de l'antibiothérapie de 1 ^{re} intention
Uniquement pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse et pour les patients à risque infectieux augmenté, ou en présence de signes d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre), ou possiblement si un geste local ne peut pas être réalisé : – Parodontite apicale aiguë – Abscess apical aigu – Flambée infectieuse (<i>flare-up</i> infectieux) – Abscess parodontal – Abscess endo-parodontal – Péri-implantite – Alvéolite suppurée*	Amoxicilline 1 g, 3 fois par jour, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	Clarithromycine (hors AMM) 500 mg, 2 fois par jour, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie) Azithromycine 500 mg, 1 fois par jour, durant 3 jours Pristinamycine (hors AMM) 1 g, 2 fois par jour, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	Association amoxicilline + métronidazole 1 g + 500 mg, 3 fois par jour, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie) Association amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 125 mg, 3 fois par jour, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie) En alternative en cas d'allergie avérée ou d'anaphylaxie probable aux pénicillines, de contre-indication ou de rupture de stock : Association clarithromycine + métronidazole (hors AMM) 500 mg, 2 fois par jour + 500 mg, 3 fois par jour, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)
Infection de greffe osseuse ou gingivale			
Sialadénite bactérienne			
Cellulite cervico-faciale (dermohypodermite)		Métronidazole 500 mg, 3 fois par jour, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	
Infection d'origine péri-coronaire avec signe d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre)			
Maladie parodontale nécrosante avec atteinte systémique (lymphadénopathie, fièvre...) Maladie parodontale nécrosante sans atteinte systémique uniquement pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse et pour les patients à risque infectieux augmenté, ou possiblement si un geste local ne peut pas être réalisé	Métronidazole 500 mg, 3 fois par jour, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	Amoxicilline 1 g, 3 fois par jour, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	
Parodontite de stade III/IV ET inadéquation entre la quantité de biofilm et la destruction/inflammation parodontale ET ratio pourcentage de perte osseuse/âge > 1 (classification de Chicago, 2017)	Association amoxicilline + métronidazole 500 mg + 500 mg, 3 fois par jour, durant 3 jours	Métronidazole 500 mg, 3 fois par jour, durant 3 jours Azithromycine 500 mg, 1 fois par jour, durant 3 jours	Non applicable
Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	Association amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 125 mg, 3 fois par jour, durant 7 jours	<u>En alternative en cas d'allergie aux pénicillines (sans contre-indication aux céphalosporines) :</u> Cefpodoxime proxétil 200 mg, 2 fois par jour, durant 5 jours	Avis spécialisé ORL

		Céfuroxime axétil 250 mg, 2 fois par jour, durant 5 jours <u>En alternative en cas de contre-indication aux β-lactamines :</u> Pristinamycine 1 g, 2 fois par jour, durant 4 jours	
Ostéite	Association amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 125 mg, 3 fois par jour, durant au moins 14 jours et jusqu'à amendement des signes infectieux locaux [#]	Association clarithromycine + métronidazole (hors AMM) 500 mg, 2 fois par jour + 500 mg, 3 fois par jour, durant au moins 14 jours et jusqu'à amendement des signes infectieux locaux [#]	Antibiothérapie adaptée aux résultats du prélèvement bactériologique osseux
Ostéomyélite			
Ostéonécrose des mâchoires avec signe d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre)			

Remarque : les prescriptions hors AMM s'effectuent sous la seule responsabilité du prescripteur qui doit en informer le patient.

* Pour l'alvéolite suppurée, la suppuration locale n'est pas un critère suffisant à lui seul pour poser l'indication d'antibiothérapie curative.

[#] Un prélèvement osseux pour analyse microbiologique est conseillé avant d'initier l'antibiothérapie afin d'adapter la prescription à l'antibiogramme.

Tableau 15. Modalités de prescription des antibiothérapies curatives en pratique bucco-dentaire chez l'enfant (grade AE)

Indications	Antibiothérapie de 1 ^{re} intention	Antibiothérapie de 1 ^{re} intention alternative, par ordre de choix préférentiel, en cas d'allergie avérée ou d'anaphylaxie probable, de contre-indication ou de rupture de stock	Antibiothérapie de 2 ^e intention, en cas d'échec de l'antibiothérapie de 1 ^{re} intention
Uniquement pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse et pour les patients à risque infectieux augmenté, ou en présence de signes d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre), ou possible-ment si un geste local ne peut pas être réalisé : – Parodontite apicale aiguë – Abscess apical aigu – Flambée infectieuse (<i>flare-up</i> infectieux) – Abscess parodontal – Abscess endo-parodontal – Péri-implantite – Alvéolite suppurée*	Amoxicilline 50 mg/kg/j, sans dépasser 3 g/j, en 3 prises**, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	Clarithromycine (hors AMM) 15 mg/kg/j, sans dépasser 1 g/j, en 2 prises, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie) Azithromycine 20 mg/kg/j, sans dépasser 500 mg/j, en 1 prise, durant 3 jours Pristinamycine (hors AMM) 50 mg/kg/j, sans dépasser 2 g/j, en 3 prises**, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	Association amoxicilline + métronidazole 50 mg/kg/j + 30 mg/kg/j, sans dépasser les doses adultes, en 3 prises**, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie) Association amoxicilline + acide clavulanique 80 mg/kg/j équivalent amoxicilline, sans dépasser 3 g/j, en 3 prises**, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)
Infection de greffe osseuse ou gingivale			<u>En alternative en cas d'allergie avérée ou d'anaphylaxie probable aux pénicillines, de contre-indication ou de rupture de stock :</u>
Sialadénite bactérienne			Association clarithromycine + métronidazole (hors AMM) 15 mg/kg/j, en 2 prises + 30 mg/kg/j, en 3 prises**, sans dépasser les doses adultes, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)
Cellulite cervico-faciale (dermohypodermite)	Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j, sans dépasser 3 g/j, en 3 prises**, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)		
Infection d'origine péricoronaire avec signe d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre)	Amoxicilline 50 mg/kg/j, sans dépasser 3 g/j, en 3 prises**, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	Métronidazole 30 mg/kg/j, sans dépasser 1,5 g/j, en 3 prises**, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	
Maladie parodontale nécrosante avec atteinte systémique (lymphadénopathie, fièvre...) Maladie parodontale nécrosante sans atteinte systémique uniquement pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse et pour les patients à risque infectieux augmenté, ou possiblement si un geste local ne peut pas être réalisé	Métronidazole 30 mg/kg/j, sans dépasser 1,5 g/j, en 3 prises**, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	Amoxicilline 50 mg/kg/j, sans dépasser 3 g/j, en 3 prises**, durant 3 jours (prolonger de 2 jours en cas de persistance d'une symptomatologie)	
Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	Association amoxicilline + acide clavulanique 80 mg/kg/j équivalent amoxicilline, sans dépasser 3 g/j, en 3 prises**, durant 10 jours	<u>En alternative en cas d'allergie aux pénicillines (sans contre-indication aux céphalosporines) :</u> Cefpodoxime proxétel 8 mg/kg/j, sans dépasser 400 mg/j, en 2 prises, durant 10 jours <u>En alternative en cas d'allergie aux β-lactamines :</u>	Avis spécialisé ORL

		Association sulfaméthoxazole + triméthoprime 30 mg/kg/j + 6 mg/kg/j, en 2 prises, sans dépasser 800 mg/160 mg par jour, durant 10 jours	
Ostéite	Association amoxicilline + acide clavulanique 80 mg/kg/j équivalent amoxicilline, sans dépasser 3 g/j, en 3 prises**, durant au moins 14 jours et jusqu'à amendement des signes infectieux locaux#	Association clarithromycine + métronidazole (hors AMM) 15 mg/kg/j, en 2 prises + 30 mg/kg/j, en 3 prises**, sans dépasser les doses adultes, durant au moins 14 jours et jusqu'à amendement des signes infectieux locaux#	Antibiothérapie adaptée aux résultats du prélèvement bactériologique osseux
Ostéomyélite			
Ostéonécrose des mâchoires avec signe d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre)			

Remarques : chez l'enfant, pas de comprimés ou de gélules à avaler avant 6 ans. Les prescriptions hors AMM s'effectuent sous la seule responsabilité du prescripteur qui doit en informer spécifiquement le patient et son représentant légal.

* Pour l'alvéolite suppurée, la suppuration locale n'est pas un critère suffisant à lui seul pour poser l'indication d'antibiothérapie curative.

** Ou en 2 prises par jour si la répartition des doses en 3 prises par jour n'est pas possible.

Un prélèvement osseux pour analyse microbiologique est conseillé avant d'initier l'antibiothérapie afin d'adapter la prescription à l'antibiogramme.

Il est recommandé de réévaluer en consultation, téléconsultation ou à défaut par téléphone l'antibiothérapie curative à 3 jours pour voir si la prescription :

- doit être poursuivie en cas de persistance d'une symptomatologie et conformément à la durée de traitement indiquée ;
- doit être remplacée par une antibiothérapie de 2^e intention en l'absence de signe d'amélioration ou en cas d'aggravation des symptômes (grade AE).

En cas d'échec d'une antibiothérapie de 2^e intention bien menée, il est recommandé de prendre un avis infectiologique (grade AE).

Chez le patient insuffisant rénal, la posologie doit généralement être adaptée en fonction du débit de filtration glomérulaire (DFG) (grade AE).

Chez le patient obèse, la posologie peut parfois être adaptée en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) (grade C). Site conseillé : www.abxbmi.com

Chez la femme enceinte ou allaitante, une attention particulière doit être portée au choix de la molécule. Il est à noter que l'utilisation des principales molécules recommandées en pratique bucco-dentaire, incluant l'amoxicilline, la clarithromycine, l'azithromycine et le métronidazole, est possible quel que soit le stade de la grossesse. Site conseillé : www.lecrat.fr

Les seules situations cliniques justifiant d'une bithérapie antibiotique en 1^{re} intention sont les suivantes :

- parodontite de stade III/IV et inadéquation entre la quantité de biofilm et la destruction/inflammation parodontale et ratio pourcentage de perte osseuse/âge > 1 ;
- sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire ;
- ostéite/ostéomyélite ;
- ostéonécrose des mâchoires avec signes d'extension locale ou systémique.

5.3. Prise en charge hospitalière et antibiothérapie curative par voie intraveineuse

Une prise en charge hospitalière avec possible recours à une antibiothérapie curative par voie intraveineuse du patient est indiquée dans le cas de :

- cellulite (dermohypodermite) avec signes systémiques (dysphagie, difficultés respiratoires d'autant plus si majorées en décubitus dorsal, extension loco-régionale et aspect de crépitan sous-cutané...) ;
- ostéomyélite ;
- ostéonécrose des mâchoires avec signe d'extension locale (suppuration), régionale (tuméfaction, trismus) ou systémique (lymphadénopathie, fièvre) ;
- difficulté d'observance d'un traitement en ambulatoire (grade AE).

En cas d'infection d'origine bucco-dentaire nécessitant une hospitalisation, un prélèvement microbiologique avec antibiogramme est conseillé pour adapter l'antibiothérapie (grade AE).

Un relais IV/*per os* de l'antibiothérapie est recommandé dès que l'état clinique du patient le permet, avec une poursuite d'une antibiothérapie par voie orale selon la durée recommandée (grade AE).

6. Place des antibiotiques locaux

Il est recommandé de ne pas utiliser une antibiothérapie locale en pratique bucco-dentaire, quels que soient le traitement ou la pathologie (grade AE).

7. Place de l'antibiothérapie lors d'une prescription d'anti-inflammatoires

L'étude de la littérature n'a montré aucun bénéfice à la prescription d'une antibiothérapie concomitante à la prescription d'anti-inflammatoires, qu'ils soient stéroïdiens ou non stéroïdiens.

Il est donc recommandé de ne pas recourir systématiquement à la prescription d'antibiotiques lors d'une prescription d'anti-inflammatoires (grade AE).

8. Intégration de la recommandation dans les outils numériques

La HAS a décliné ces travaux avec un volet numérique visant à diffuser les messages clés de la recommandation dans les logiciels utilisés par les professionnels, au moment de la prescription d'antibiotiques. Ces messages clés, élaborés avec le groupe de travail ayant contribué à l'élaboration de la recommandation, sont destinés aux éditeurs de logiciels (cf. annexe 2). Cette démarche, qui s'inscrit dans le [plan](#) établi par la HAS pour renforcer l'appropriation de ses productions, contribuera à améliorer la qualité et la sécurité des pratiques professionnelles.

Table des annexes

Annexe 1.	Conseils aux patients (grade AE)	34
Annexe 2.	Intégration de la recommandation dans les outils numériques	35

Annexe 1. Conseils aux patients (grade AE)

Les méthodes d'hygiène orale à appliquer sont :



le brossage dentaire au moins 2 fois par jour pendant au moins 2 minutes avec une brosse à dents souple, soit électrique soit manuelle, et avec un dentifrice fluoré



l'utilisation de brossettes interdentaires, ou à défaut de fil dentaire, après éducation du patient à un usage adéquat



une alimentation équilibrée, évitant les grignotages et la consommation de sucres libres*, est recommandée pour favoriser la santé orale

* saccharose, glucose, fructose... ajoutés aux aliments par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur, ou naturellement présents dans le miel, les sirops et les jus de fruits

Suivi bucco-dentaire :



le suivi bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste est recommandé au moins une fois par an pour tous les patients et deux fois par an pour les patients à risque infectieux augmenté*



avant de consulter son chirurgien-dentiste ou son médecin, un brossage dentaire est recommandé



il est recommandé de communiquer à son chirurgien-dentiste ou son médecin l'ensemble du suivi médical et chirurgical ainsi que les traitements médicamenteux

* Patients qui, du fait de leurs antécédents ou leur situation médicale actuelle (pathologie, traitements médicamenteux...) présentent un risque accru de complication infectieuse (locale, générale ou à distance) dans le cadre d'une prise en charge bucco-dentaire, par rapport à la population générale

Les symptômes d'apparition récente et qui ne régressent pas seuls doivent conduire à consulter rapidement un chirurgien-dentiste ou un médecin, par exemple :



- gonflement de la face et du cou, présence de pus, limitation d'ouverture de la bouche, fièvre

- gêne, inconfort ou douleur dans la bouche

- rougeur ou gonflement des gencives



- saignement des gencives spontané ou au brossage dentaire

- mobilité, déplacement dentaire, déchaussement ou perte d'une dent

- changement de couleur d'une dent

- mauvaise haleine

Prescription des antibiotiques :



- la plupart des douleurs dentaires viennent d'une inflammation et ne nécessitent pas d'antibiotiques

- les antibiotiques sont des médicaments soumis à une prescription médicale. Il ne doivent pas être consommés sans prescription médicale préalable

- il faut respecter la dose et la durée du traitement

- prendre des antibiotiques sans avis médical peut être dangereux

Annexe 2. Intégration de la recommandation dans les outils numériques

Contexte et objectif

L'objectif était de construire une aide à la décision intégrable dans les logiciels d'aide à la prescription en pratique bucco-dentaire. Ces travaux s'inscrivent dans le cadre :

- de la recommandation « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » ;
- du plan pour l'amélioration de l'appropriation et de l'impact des productions de la Haute Autorité de santé (HAS).

Méthode

Ces travaux ont reposé sur l'expertise du groupe de travail (GT) et sur les recommandations.

L'identification des besoins des professionnels s'est faite en :

- sélectionnant les messages clés à intégrer sous forme d'alertes dans les logiciels métiers ;
- définissant les paramètres de ces alertes (message à afficher, conditions de déclenchement).

Expression des besoins

Le GT a privilégié un raisonnement par indication. Cependant, si un logiciel d'aide à la prescription accède à des données relatives au patient (notamment médicament, âge, sexe), il n'est pas établi qu'il puisse associer avec fiabilité une indication et une conduite à tenir.

Dans ce contexte, le GT a validé un raisonnement par médicament avec des messages visant à rappeler :

- les substances non recommandées, ou rarement recommandées, dès lors qu'un professionnel les prescrit (cf. tableau 1) ;
- les durées de prescription recommandées des antibiotiques, lorsque la durée renseignée est supérieure à un seuil (cf. tableau 2).

Dans les tableaux suivants, la première et la seconde colonne comportent respectivement la condition de déclenchement et le contenu du message à afficher au professionnel. Les tableaux concernent les médicaments sous forme orale utilisés dans des situations d'antibioprophylaxie et d'antibiothérapie.

Les logiciels ciblés pour véhiculer ces messages sont :

- les logiciels dentaires (libéraux et hospitaliers) pour l'ensemble des messages ;
- les logiciels destinés aux médecins généralistes uniquement pour l'association spiramycine + métronidazole.

Tableau 1. Messages relatifs aux substances non recommandées et rarement recommandées

Condition de déclenchement	Message à afficher
Substances non recommandées	
Prescription de : – Spiramycine - ou – Association spiramycine + métronidazole	[Substance X] n'est pas recommandée en pratique bucco-dentaire. Les antibiotiques recommandés sont listés dans la recommandation « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » (HAS, 2026).

ou – Doxycycline	
Substances rarement recommandées	
Prescription de : – Association amoxicilline + acide clavulanique ou – Métronidazole en monothérapie (le message ne doit être déclenché que lorsque le métronidazole est prescrit seul. Prescrit en bithérapie avec un autre antibiotique, le message ne doit pas s'afficher) ou – Clindamycine	[Substance X] est rarement recommandé(e) en première intention. Les modalités de prescription sont détaillées dans la recommandation « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » (HAS, 2026).
Prescription de : – Pristinamycine	La pristinamycine est rarement recommandée en première intention. Les modalités de prescription sont détaillées dans les recommandations « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » (HAS, 2026) et « Prise en charge bucco-dentaire des patients à risque d'endocardite infectieuse » (HAS, 2024).
Prescription de : – Cefpodoxime proxétil	Le cefpodoxime proxétil est uniquement recommandé pour la sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire, en cas d'allergie aux pénicillines. Les modalités de prescription sont détaillées dans la recommandation « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » (HAS, 2026).
Prescription de : – Céfuroxime axétil	Le céfuroxime axétil est uniquement recommandé pour la sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire chez l'adulte, en cas d'allergie aux pénicillines. Les modalités de prescription sont détaillées dans la recommandation « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » (HAS, 2026).
Prescription de : – Association sulfaméthoxazole + triméthoprim	L'association sulfaméthoxazole + triméthoprim est uniquement recommandée pour la sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire chez l'enfant, en cas d'allergie aux β -lactamines. Les modalités de prescription sont détaillées dans la recommandation « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » (HAS, 2026).

Tableau 1. Messages relatifs aux durées de prescription

Conditions de déclenchement		Message à afficher
Molécules	Durée de prescription	
Prescription de : – Azithromycine	> 3 jours	La durée de prescription recommandée de l'azithromycine en pratique bucco-dentaire ne devrait pas dépasser 3 jours. Les modalités de prescription sont détaillées dans la recommandation « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » (HAS, 2026).
Prescription de : – Amoxicilline* – Association amoxicilline + acide clavulanique – Clarithromycine* – Pristinamycine – Métronidazole* – Clindamycine	> 5 jours	La durée de prescription recommandée de [substance X] en pratique bucco-dentaire ne devrait pas dépasser 5 jours, sauf cas particuliers. Les modalités de prescription sont détaillées dans la recommandation « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » (HAS, 2026).

* Il est attendu que les coprescriptions amoxicilline et métronidazole, et clarithromycine et métronidazole produisent également cette alerte, vu que les molécules seules produisent les alertes.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Aassociation françaises des polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques (AFPric).

Collège de la Pharmacie d'Officine et de la Pharmacie Hospitalière

Collège de Médecine Générale (CMG)

Collège des Bonnes Pratiques en Médecine Bucco-Dentaire

Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique

Collège Français de Médecine d'Urgence – Conseil National Professionnel de Médecine d'Urgence

Collège National des Enseignants en Parodontologie (CNEP)

Conseil National Professionnel d'Anesthésie Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

Conseil National Professionnel d'Infectiologie Maladies Infectieuses et Tropicales

Conseil National Professionnel de Chirurgie Orale

Conseil National Professionnel de la Pharmacie (CNP Pharmacie)

Conseil National Professionnel de Pédiatrie

Conseil National Professionnel de Stomatologie Chirurgie Orale et Maxillo-Faciale

Conseil National Professionnel des Chirurgiens-Dentistes

Coordination des Associations et Sociétés Savantes en Odontologie (CORASSO)

Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)

Société Française de Chirurgie Orale (SFCO)

Société Française d'Endodontie (SFE)

Société Française de Microbiologie

Société Française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP)

Société Française d'Orthopédie Dento Faciale

Société Française de Parodontologie et Implantologie (SFPIO)

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)

Société Française de Stomatologie de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Orale (SFSCMFCO)

Fédération française des diabétiques

Association Cerhom

Alk+ France cancer poumon

Association des patients porteurs d'un cancer localisé de la prostate

Association française des malades du myélome multiple

Association mélanome sans angoisse

Association nationale des malades du cancer de la prostate

Association Rose up

Collectif mobilisation triplètes

Corasso*

Ensemble leucémie lymphomes espoir

Fédération française de la peau

France côlon

Initiative des malades atteintes de cancers gynécologiques

Ligue nationale contre le cancer

Patients en réseau

Vaincre le mélanome

Alliance du cœur

Association santé respiratoire France

De l'air

Demain la greffe

France greffe cœur et/ou poumons

France rein

Insuffisance cardiaque cardiomyopathies transplantations

Renaloo

Trans forme

Vaincre la mucoviscidose

Association asthme et allergies

Action contre les spondylarthropathies

Adolescents et jeunes adultes atteints d'arthrite juvénile idiopathique

Association de défense nationale contre l'arthrite rhumatoïde

Association des asthmatiques sévères

Groupe de travail

Pr Julie Guillet, présidente, chirurgien-dentiste qualifiée en chirurgie orale, Nancy

Dr Alexandre Baudet, chargé de projet, chirurgien-dentiste, Nancy

Dr Claire Amaris Hobson, chargée de projet, infectiologue, Paris

Dr Lilian Alix, chargé de projet, médecine interne, Rennes

Mme Albane Mainguy, cheffe de projet HAS, Saint-Denis

Avec la participation de M. Frédéric Nahmias, chef de projet HAS, de Mme Hoang-Anh Eva Dam Van, stagiaire HAS et de M. Louis Dantec, chef de projet HAS

Dr Mélanie Arnaud-Brachet, chirurgien maxillo-faciale et stomatologue, Marseille

Dr Yordan Benhamou, chirurgien-dentiste, Nice

Dr Pierre Brun, chirurgien-dentiste, Grenoble

Dr Mehdi Chibli, chirurgien oral et stomatologue, Paris

Dr Laure Domisse, médecin urgentiste, Amiens

Pr Xavier Duval, infectiologue, Paris

Mme Pascale Escaffre, usagère du système de santé, La Côte-Saint-André

Dr Maud Guivarc'h, chirurgien-dentiste, Marseille

M. Vincent Kuntz, pharmacien officinal, Strasbourg

Dr François Lacoïn, médecin généraliste, Aix-les-Bains

Mme Sabrina Le Bars, usagère du système de santé, Melun

Dr Elvire Le Norcy, chirurgien-dentiste qualifiée en orthopédie dento-faciale, Paris

Pr Philippe Lesclous, chirurgien-dentiste qualifié en chirurgie orale, Nantes

Pr Sarah Millot-Guard, chirurgien-dentiste qualifiée en médecine bucco-dentaire, Lyon

Pr Louis Potier, endocrinologue, Paris

Dr Jérôme Siefert, stomatologue, Avranches

Pr Asmaa Tazi, bactériologiste, Paris

Dr Franck Thollot, pédiatre, Essey-lès-Nancy

Dr Michaël Thy, médecine intensive réanimation/maladies infectieuses, Paris

Dr Christian Verner, chirurgien-dentiste, Nantes

Pr Sibylle Vital, chirurgien-dentiste, Paris

Dr Yves Welker, infectiologue, Poissy

Groupe de lecture

Dr Kevimy Agossa, chirurgien-dentiste, Lille

Dr Pierre Albano, pharmacien officinal, Calenzana

Dr Marlène Amara, microbiologiste, Versailles

Dr Lotfi Benslama, chirurgien maxillo-facial et stomatologue, Paris

Dr Chloé Bertolus, chirurgien maxillo-facial et stomatologue, Paris

Dr Claire Billy, gériatre, Rennes

Dr Philippe Brenier, chirurgien-dentiste, Nice

Dr Adrian Brun, chirurgien-dentiste qualifié en médecine bucco-dentaire, Paris

Dr Hervé Buatois, chirurgien-dentiste, Grenoble

Dr Joël Castelli, oncologue radiothérapeute, Rennes

Pr Sylvain Catros, chirurgien-dentiste qualifié en chirurgie orale, Bordeaux

Dr Vincent Cattoir, microbiologiste, Rennes

Dr André Chaine, chirurgien maxillo-facial et stomatologue, Paris

Dr Richard Chocron, médecin généraliste, Paris 15^e

Pr Stéphane Corvec, microbiologiste, Nantes

Pr Sarah Cousty, chirurgien-dentiste qualifiée en chirurgie orale, Toulouse

Dr Matthieu Dalibard, chirurgien-dentiste, Paris

Pr Tiphaine Davit-Beal, chirurgien-dentiste, Rennes

M. François De Oliveira, usager du système de santé
Dr Gwenola Drogou, chirurgien-dentiste, Ploemeur
Dr Frédéric Duffau, chirurgien-dentiste, Orgeval
Dr Francis Dujarric, chirurgien maxillo-facial et stomatologue, Suresnes
Dr Jean-Christophe Fricain, chirurgien-dentiste qualifié en chirurgie orale, Bordeaux
Dr Alexis Gaudin, chirurgien-dentiste, Nantes
Dr Marjolaine Gosset, chirurgien-dentiste qualifiée en médecine bucco-dentaire, Paris 12^e
Dr Geneviève Héry-Arnaud, microbiologiste, Brest
Dr Olivier Huck, chirurgien-dentiste, Strasbourg
Dr Romain Jacq, chirurgien-dentiste, Rouen
Dr Pierre Keller, chirurgien-dentiste qualifié en chirurgie orale, Strasbourg
Dr Matthieu Lafaurie, infectiologue, Paris
Dr Emmanuelle Laurain, néphrologue, Vandœuvre-lès-Nancy
Dr Raphaël Lepeule, infectiologue, Créteil
Dr Géraldine Lescaille, chirurgien-dentiste qualifiée en chirurgie orale, Paris
Pr Serena Lopez, chirurgien-dentiste, Nantes

Dr Julie Lourtet, microbiologiste, Paris
Dr Julien Mahé, pharmacologue, Poitiers
Pr Hélène Marchandin, bactériologiste, Montpellier-Nîmes
Pr Thomas Marquillier, chirurgien-dentiste qualifié en médecine bucco-dentaire, Lille
Dr Vanina Meyssonier, infectiologue, Genève
Mme Nadine Nadal, usagère du système de santé, Juvisy
Dr Cécile Nizou, médecin généraliste, Pocé-sur-Cisse
Pr Emmanuelle Noirrit-Esclassan, chirurgien-dentiste, Marseille
Dr Claire Pernier, chirurgien-dentiste qualifiée en orthopédie dento-faciale, Caluire-et-Cuire
Dr Delphine Poitrenaud, infectiologue, Ajaccio
Pr Loredana Radoi, chirurgien-dentiste qualifiée en chirurgie orale, Colombes
Pr Hélène Rangé, chirurgien-dentiste, Rennes
Dr Raphaël Richert, chirurgien-dentiste, Lyon
Dr François Vandenesch, infectiologue, Lyon
Dr Margaux Vignon, chirurgien-dentiste qualifiée en médecine bucco-dentaire, Montpellier

Remerciements

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

Abréviations et acronymes

AE	Accord d'Experts
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AIS	Anti-inflammatoires stéroïdiens
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire
Gy	Gray
HBA1c	Hémoglobine glyquée
IC	Intervalle de confiance
IG	Index gingival
IM	Intramusculaire
IV	Intraveineux
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

