



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RAPPORT
D'ELABORATION

**Durées d'antibiothérapie
préconisées dans les
infections bactériennes
courantes**

Partie 1

Validé par le Collège le 15 juillet 2021

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 en dernière page (fiche descriptive) 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

A	Preuve scientifique établie 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	Durées d'antibiothérapie préconisées dans les infections bactériennes courantes Partie 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, sages femmes, pharmaciens, internistes, chirurgiens-dentistes.
Demandeur	Direction générale de la Santé (DGS) ; mission antibiorésistance.
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS) en partenariat avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et le Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP).
Pilotage du projet	Sabine Benoliel : 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 Benoliel : cheffe de projet HAS
Conflits d'intérêts	Non applicable
Validation	Version du 15 juillet 2021
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 et fiche de synthèse téléchargeables sur www.has-sante.fr .

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 – juin 2021 – ISBN :

Sommaire

Durées d'antibiothérapie préconisées dans les infections bactériennes courantes	1
Partie 1	1
Préambule	5
1. Généralités	6
1.1. État des lieux des connaissances	6
1.2. État des lieux sur les pratiques	6
1.3. État des lieux documentaire	7
1.4. Enjeux	8
1.5. Cibles	9
1.6. Objectifs	9
2. Méthode d'élaboration	10
2.1. Description	10
2.2. Situations cliniques à actualiser	10
2.2.1. Les infections urinaires basses chez la femme et la femme enceinte : mise à jour des fiches mémo HAS de novembre 2016	11
2.2.2. Les infections respiratoires hautes : mise à jour des fiches mémo HAS de novembre 2016	12
2.3. Situations cliniques à créer	14
2.4. Recommandations nationales consultées	15
2.5. Relecture des fiches mémo	15
2.6. Demande de l'avis des parties prenantes	15
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	28
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 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.

La première partie 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.

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 de résistance bactérienne.

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.

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

Aussi, la précision des situations hors AMM est d'intérêt dans un objectif d'actualisation des AMM selon l'évolution des recommandations.

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.

- **Cystite aiguë à risque de complications**

- **Céfixime et fluoroquinolones** : retrait de ces molécules qui ne sont plus recommandées au regard d'un impact écologique conséquent et de résistances.
- Introduction de **fosfomycine-trométamol** 3 g en dose unique en deuxième intention.
- **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 : antibioprophylaxie**

Du fait de son impact écologique individuel et collectif potentiel, une antibioprophylaxie 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.* »
- **Cotrimoxazole** : molécule qui n'a pas d'indication en prophylaxie des cystites récidivantes et post-coïtales : l'usage est hors AMM.

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).
- **Triméthoprim 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 3^e génération par voie parentérale.
- **Ofloxacin** : 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.

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 confortent 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'ofloxacin).

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 de plus de 3 mois (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.

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.

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.

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.

Fiche : Sinusite 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** : l'usage hors AMM dans les sinusites frontales aiguës.

Fiche : Sinusite 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.
 - **Cefotiam hexetil** : retrait suite à l'arrêt de commercialisation des spécialités à base de cette molécule.

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 fiches mémo suivantes :

- Fiche : Prise en charge des dermohypodermites bactériennes non nécrosantes de l'adulte et de l'enfant
- Fiche : Prise en charge des furoncles de l'adulte et de l'enfant
- Fiche : Prise en charge des furonculoses
- Fiche : Prise en charge des abcès cutanés
- Fiche : Prise en charge de l'impétigo

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

La posologie d'amoxicilline a été mise à jour :

- la pharmacocinétique de l'antibiotique est en faveur d'un schéma d'administration de 50 mg/kg/j en 3 à 4 prises par jour à celui de 1 gramme 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 (selon le comité des référentiels de la SPILF, 21 avril 2021).
- Pas de préconisation pour une utilisation préférentielle d'un IPP (esomeprazole et rabéprazole) pour une cohérence avec les autres productions de la HAS sur ce sujet.
- A noter l'usage hors AMM de la lévofloxacine.

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.

2.4. Recommandations nationales consultées

- Durées des traitements anti-infectieux. Recommandations françaises SPILF et GPIP, 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, GPIP, 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 GPIP 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 ** 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 : <ul style="list-style-type: none"> - en cas d'échec de l'antibiothérapie, - dans les formes compliquées : avis ORL ou pédiatrie 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*	<p>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.</p> <p>En cas d'allergie aux bêta-lactamines, les macrolides (ex. : josamycine), facilement utilisables chez l'enfant, me semblent mieux placés que le bactrim.</p>
	Autres commentaires sur cette fiche mémo
SFD**	<p>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.</p> <p>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).</p>

** 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*	<p>à J3 : si persistance des symptômes ajouter « test de guérison par culture de frottis urétral ou cervical »</p> <p>à J14 : test de guérison par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)</p> <p>à M3 : test de non-recontamination par TAAN</p>
CNPGO-GM*	<p>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.</p>
	Autres commentaires sur cette fiche mémo
SFD*	<p>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).</p> <p>À faire apparaître dans les principes généraux après « recherche des autres IST » et « Traitement antibiotique probabiliste »</p>
CNPGO-GM*	<p>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.</p>

* 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. [http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099\(18\)30605-4](http://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. <http://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. <http://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'adulte et de l'enfant 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. <http://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. <http://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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.idnow.2020.12.001>
18. Société française de dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmises ; 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2015.12.003>
20. Antibiocliv [En ligne] 2019. <https://antibiocliv.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_cystite-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

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

