

Mission nationale de Surveillance et Prévention de
l'AntibioRésistance incluant le bon usage des antibiotiques
en Etablissement de Santé
SPARES

Webinaire "Prêt pour la certif" Outil voie injectable / per os

21 octobre 2025

Florence COLAS, Simon GRAVIER, Emma KITTLER, Yasmine NIVOIX, Céline PULCINI



BUA EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

> Les outils proposés par l'équipe SPARES BUA

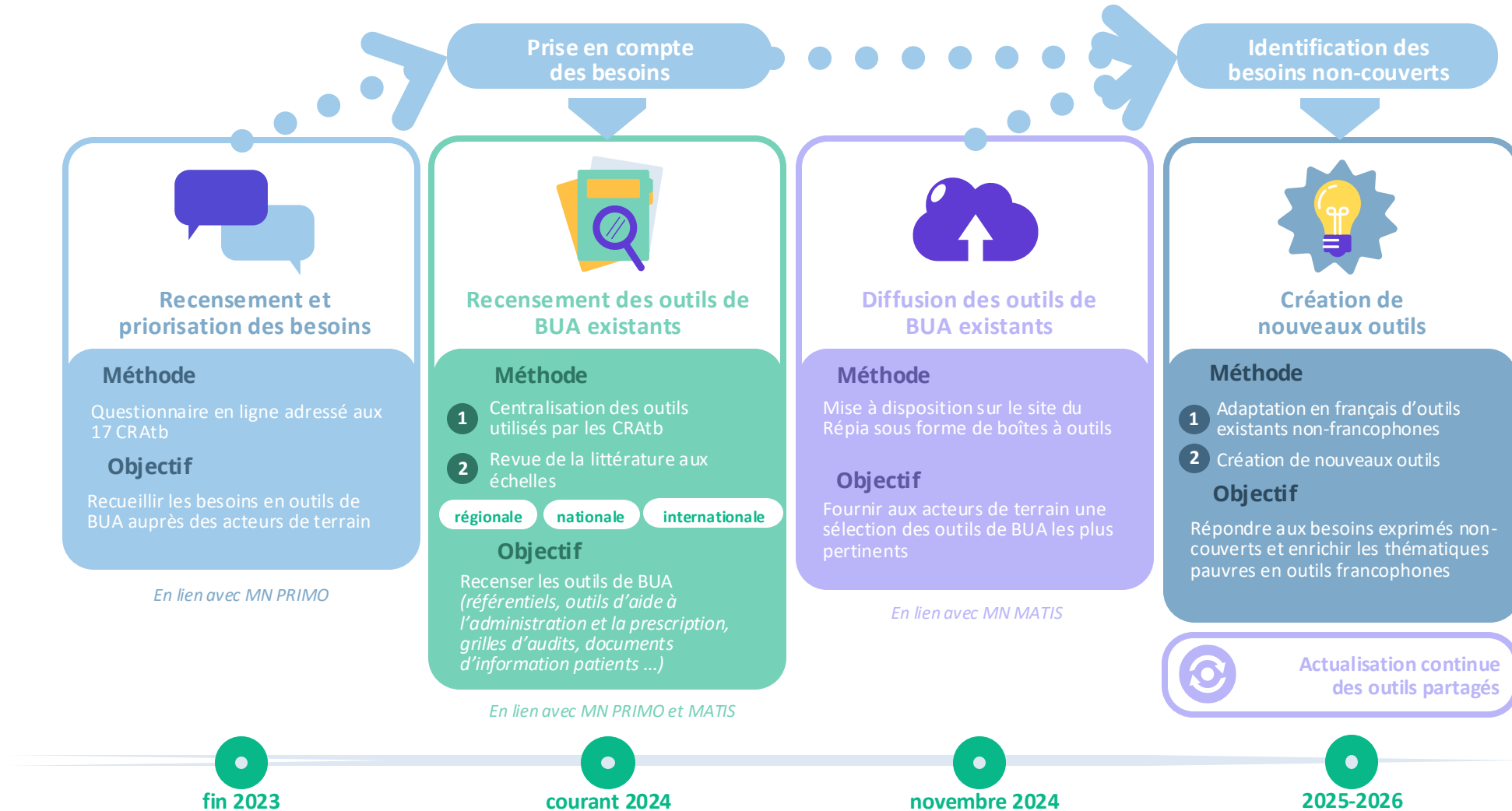
Depuis 2023, le Bon Usage des Antibiotiques (BUA) a été inclus au cahier des charges de la mission nationale SPARES et s'inscrit dans la vision de la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance.



L'équipe SPARES de l'axe BUA propose ci-dessous quelques outils et ressources indispensables à intégrer dans vos pratiques au quotidien :

i Ces outils sont destinés à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le BUA dans les établissements de santé.

Recensement et catégorisation des outils en cours en lien avec PRIMO et MATIS



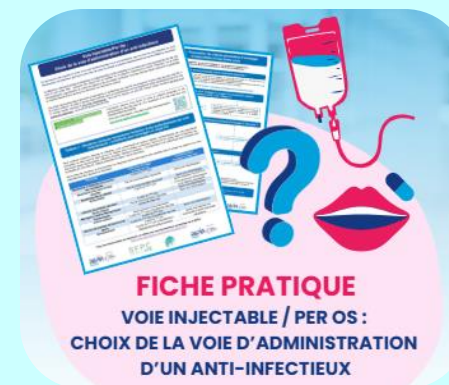


Kit d'outils de BUA en Établissement de Santé

(Re)découvrez les outils utiles au BUA en établissement de santé dans le kit SPARES.

Facile à prendre en main, ce kit vous permet de **trouver rapidement l'outil dont vous avez besoin** grâce à un système de filtres.

Pour disposer en permanence d'une sélection pertinente & actualisée, ce kit d'outils est **mis à jour régulièrement**. → [Regardez la mini-vidéo de prise en main](#) et adoptez le kit d'outils SPARES, votre allié pour promouvoir des actions de BUA et améliorer la prise en charge des patients.



Fiche pratique | Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Un outil incontournable pour guider le choix de la voie d'administration des anti-infectieux !

Grâce à cet outil SPARES innovant co-construit avec la [SFPC](#), la [SPILF](#) et la [mission PRIMO](#), **identifiez rapidement les situations compatibles avec une initiation de traitement ou un relais per os**, en tenant compte des critères cliniques et des propriétés pharmacocinétiques des antibiotiques.

Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Ce document vise à aider au choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux, que ce soit lors de l'initiation ou de la réévaluation du traitement, quel que soit le lieu de prise en charge du patient (établissement de santé, ESMS ou domicile).

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

De façon générale, que ce soit à l'initiation ou non du traitement anti-infectieux, la réévaluation de la voie d'administration doit se faire quotidiennement.

Sauf exceptions détaillées dans le tableau 1 qui nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés ci-dessous).

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).
Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

2. Le patient est-il en sepsis ou choc septique ou s'agit-il d'une situation clinique nécessitant un traitement intraveineux initial ? (Cf. Tableau 1)

NON, la voie orale est envisageable d'emblée.

OUI, la voie orale ne pourra s'envisager que lorsque les signes de sepsis/choc auront disparu ou selon le délai préconisé dans le tableau en fonction de la situation clinique (Cf. Tableau 1).

3. Le tractus digestif du patient est-il fonctionnel et permet-il d'envisager la voie orale ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable :

- syndrome de malabsorption ;
- diarrhée profuse dans les dernières 24 heures ;
- vomissements répétés dans les dernières 24 heures ;
- troubles de la déglutition, sauf si un dispositif de nutrition entérale est en place et qu'il existe une forme galénique adaptée

OUI, la voie orale est envisageable

4. L'adhésion thérapeutique du patient est-elle bonne ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable.
Si le patient n'est pas en mesure de gérer seul son traitement par voie orale, envisager la mise en place d'un pilulier et/ou le passage d'un IDE à domicile.

OUI, la voie orale est envisageable

Remarque générale :

Proposer autant que possible une alerte automatisable dans le logiciel de prescription.

Si le patient n'est pas en sepsis ou en choc septique et qu'il existe au moins un traitement médicamenteux prescrit par voie orale, considérer la possibilité d'un relais oral de l'antibiotique (hormis pour les situations cliniques listées dans le Tableau 1).

Accompagner la sortie d'hospitalisation du patient :

S'assurer de la disponibilité de l'antibiotique et des modalités de dispensation (rétrocession, officine de ville) afin de garantir la continuité des traitements médicamenteux.

Construction d'un outil sur le choix de la voie d'administration injectable ou orale d'un anti-infectieux

- À l'initiative de la MN SPARES
- En collaboration avec SPILF, SFPC et MN PRIMO
- À destination de tous les professionnels de santé en établissements de santé et EHPAD
- Diffusion fin juin 2025
- Nouvelle version octobre 2025

Flashez pour voir l'outil
ou [cliquez ici](#)



Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Ce document vise à aider au choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux, que ce soit lors de l'initiation ou de la réévaluation du traitement, quel que soit le lieu de prise en charge du patient (établissement de santé, ESMS ou domicile).

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

De façon générale, que ce soit à l'initiation ou non du traitement anti-infectieux, la réévaluation de la voie d'administration doit se faire quotidiennement.

Sauf exceptions détaillées dans le tableau 1 qui nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés ci-dessous).

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).

Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

2. Le patient est-il en sepsis ou choc septique ou s'agit-il d'une situation clinique nécessitant un traitement intraveineux initial ? (Cf. Tableau 1)

NON, la voie orale est envisageable d'emblée.

OUI, la voie orale ne pourra s'envisager que lorsque les signes de sepsis/choc auront disparu ou selon le délai préconisé dans le tableau en fonction de la situation clinique (Cf. Tableau 1).

3. Le tractus digestif du patient est-il fonctionnel et permet-il d'envisager la voie orale ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable :

- syndrome de malabsorption ;
- diarrhée profuse dans les dernières 24 heures ;
- vomissements répétés dans les dernières 24 heures ;
- troubles de la déglutition, sauf si un dispositif de nutrition entérale est en place et qu'il existe une forme galénique adaptée

OUI, la voie orale est envisageable

4. L'adhésion thérapeutique du patient est-elle bonne ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable.
Si le patient n'est pas en mesure de gérer seul son traitement par voie orale, envisager la mise en place d'un pilulier et/ou le passage d'un IDE à domicile.

OUI, la voie orale est envisageable

Remarque générale :

Proposer autant que possible une alerte automatisable dans le logiciel de prescription.

Si le patient n'est pas en sepsis ou en choc septique et qu'il existe au moins un traitement médicamenteux prescrit par voie orale, considérer la possibilité d'un relais oral de l'antibiotique (hormis pour les situations cliniques listées dans le Tableau 1).

Accompagner la sortie d'hospitalisation du patient :

S'assurer de la disponibilité de l'antibiotique et des modalités de dispensation (rétrocession, officine de ville) afin de garantir la continuité des traitements médicamenteux.

Tableau 1 : Exemples de situations cliniques nécessitant l'initiation d'une antibiothérapie par voie intraveineuse + conditions pour envisager un relais PO

Dans certaines situations cliniques ou infections, il est recommandé de toujours débiter l'antibiothérapie par voie parentérale, nécessitant un délai avant le relais per os (cf. Détails dans le tableau ci-dessous).

Toutes les situations détaillées dans le tableau ci-dessous nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, avant un éventuel relais oral. Il est impératif de s'assurer, avec l'expert en antibiothérapie, de l'obtention d'une concentration adéquate de la molécule envisagée, au site de l'infection. En cas d'infection pédiatrique, il faut s'assurer de l'existence d'une forme galénique adéquate.

Dans tous les cas, la documentation du diagnostic précis doit toujours être spécifiée dans le dossier du patient.

Pathologie	Condition pour envisager le relais oral	Délai pour discuter un relais per os*
Bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> non compliquée	Uniquement sur avis spécialisé du référent en antibiothérapie	A partir du 7 ^{ème} jour
Bactériémie sans porte d'entrée identifiée		Pas de recommandation disponible
Bactériémie liée au cathéter		Pas de recommandation disponible
Endocardites		A partir du 10 ^{ème} jour en cas d'ETO récente sans critères de chirurgie et au moins 7 jours post opératoires en cas de remplacement valvulaire
Infection de prothèse vasculaire		A partir du 10 ^{ème} jour
Abscès cérébral		Pas de recommandation disponible
Arthrite septique		Dès que les hémocultures sont stériles et si évolution clinique favorable Si arthrite à CG +** : après exclusion systématique d'une endocardite (même si hémocultures négatives)
Infection de prothèse de hanche et de genou		A partir du 5 ^{ème} jour A partir du 7 ^{ème} jour si bactériémie associée et en l'absence d'endocardite pour les CG+**
Spondylodiscite		A partir du 1 ^{er} jour en l'absence d'une bactériémie et/ou endocardite A partir du 7 ^{ème} jour si bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> associée en l'absence d'endocardite
Méningite à <i>Listéria</i> , Méningocoque, Pneumocoque	Jamais de traitement oral	

* Pour les durées totales de traitement, se référer aux recommandations actualisées de la SPILF

<https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

** CG+ = Cocci Gram positif fait référence dans les recommandations à :
Staphylococcus spp, *Streptococcus* spp ou *Enterococcus* spp

Tableau 2 : Principes généraux d'utilisation des antibiotiques pour une administration orale

Recommandations générales :

Les équivalences de posologies proposées ici sont valables pour les patients adultes avec une fonction rénale normale (lien vers [GPR](#)), hors poids extrêmes (lien vers [ABxBMI](#)). Elles sont données à titre indicatif et doivent être adaptées au site et à la gravité de l'infection, il est recommandé de se référer au référentiel de l'établissement ou guide de prescription, et/ou aux recommandations actualisées de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

Lien vers Posologies "standard" et "fortes posologies" Recommandations CASFM: [Version 2025](#)

Toutes les molécules listées ci-dessous peuvent être envisagées d'emblée par voie orale sous réserve que les critères précédents soient remplis.

Antibiotique – Forme galénique	Biodisponibilité	Équivalence de posologie IV-Voie orale	Commentaires
Amoxicilline gél ou cpr orodispersible	70%	Identique à l'IV	Au-delà d'une prise unitaire de 2 à 3 g, l'absorption est saturable, privilégier une prise toutes les 6 à 8 heures. Ne pas dépasser 6 à 9 g/j par voie orale selon poids et indication, sur avis spécialisé. Si de plus fortes doses sont nécessaires, la voie IV est donc indiquée.
Amoxicilline – Acide clavulanique cpr ou sachet	70%	Identique à l'IV	A prendre de préférence au début des repas. Au-delà d'une prise unitaire de 2 à 3 g, l'absorption est saturable, privilégier une prise toutes les 6 à 8 heures. Ne pas dépasser 1200 mg d'acide clavulanique par jour, si besoin ajouter de l'amoxicilline seule.
Clarithromycine cpr	50%	250 mg IV = 500 mg PO	A prendre de préférence pendant les repas
Clindamycine gél	90%	Identique à l'IV	Les gélules doivent être prises entières.
Ciprofloxacine cpr	70-80%	400 mg IV = 500 mg PO	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (2h avant ou au moins 6h après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.

En cas de difficulté de déglutition, se référer à la liste des médicaments écrasables de l'OMEDIT de Normandie et de la SFPC :
[Liste des médicaments écrasables \(omedit-normandie.fr\)](https://www.omedit-normandie.fr)



Pourquoi la voie orale ?

Bénéfices individuels

- Réduction des risques liés au cathéter (infection, thrombose)
- Réduction de la durée d'hospitalisation
- Amélioration du confort et de la mobilité du patient

Bénéfices collectifs

- Diminution significative du temps infirmier dédié
- Réduction du gaspillage de matériel jetable lié à la perfusion
- Diminution de l'empreinte carbone = Ecoprescription d'antibiotique

Temps moyen/prise d'antibiotique :

10,3 min IV versus 2,4 min PO,

Temps moyen/j/traitement antibiotique :

23,4 min IV versus 5,6 min PO

*Administration parentérale des antibiotiques : chronophage et coûteux ?
C About, F. Meyer, M. Socha, B. Demoré, A. Charmillon. RICAI. 2024*

Pourquoi la voie orale ?

Bénéfices individuels

- Réduction des risques liés au cathéter (infection, thrombose)
- Réduction de la durée d'hospitalisation
- Amélioration du confort et de la mobilité du patient

Bénéfices collectifs

ZOOM SUR L'ÉCOPRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES

L'empreinte carbone d'une forme IV (avec le matériel nécessaire à son administration) peut être plus de 10 X supérieure à la voie orale pour une biodisponibilité équivalente.

Pour plus d'information, consulter le guide d'écoprescription :

[Lien vers le guide d'écoprescription](#)



Situation clinique n°1



- Patient de 67 ans adressé aux urgences par son médecin généraliste pour un érysipèle du membre inférieur droit afin d'initier une antibiothérapie IV.
- Antécédent de diabète de type 2, obésité (130kg pour 1m81, IMC=33.5 kg/m2)
- A l'examen clinique, le patient est fébrile à 38.4°C. Le reste des constantes est normale.
- Le diagnostic de dermohypodermite bactérienne non nécrosante (=érysipèle) est confirmé



Situation clinique n°1

- L'interne s'apprête à prescrire la pose d'une voie veineuse périphérique afin de débiter une antibiothérapie par voie IV.
- Il est interpellé par son sénior qui suggère de consulter un document présenté lors de la dernière commission des anti-infectieux sur le choix de la voie d'administration d'un antibiotique.

Situation clinique n°1

Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Ce document vise à aider au choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux, que ce soit lors de l'initiation ou de la réévaluation du traitement, quel que soit le lieu de prise en charge du patient (établissement de santé, ESMS ou domicile).

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

De façon générale, que ce soit à l'initiation ou non du traitement anti-infectieux, la réévaluation de la voie d'administration doit se faire quotidiennement.

Sauf exceptions détaillées dans le tableau 1 qui nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés ci-dessous).

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).

Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Situation clinique n°1

- L'interne consulte le référentiel de son établissement :

Infections

Dermohypodermes bactériennes non nécrosantes

mise à jour le 30/01/2025

ePOPI

À propos

Ressources

Nous contacter

Rechercher une infecti...

Invité C.

Pathogène

Épidémiologie

Physiopathologie

Traitement

- **Hospitalisation** en cas de signes de gravité locaux ou généraux. risque de décompensation d'une comorbidité, obésité morbide (IMC > 40), sujet âgé > 75 ans polypathologique, âge inférieur à 1 an, évolution défavorable dans les 24 à 48 heures après l'instauration de l'antibiothérapie.
- **Antibiothérapie :**
 - Cibler *S. pyogenes* : amoxicilline (50 mg/kg/24 h *per os* en 3 prises, maximum 6 g/24h)

-->Prescription d'amoxicilline 2gx3 par voie orale

-->Retour à domicile du patient

D'emblée par voie orale ?

Plusieurs types d'infections permettent d'envisager la voie orale dès l'initiation de l'antibiothérapie en l'absence de sepsis/choc septique

- Pneumonie aigue communautaire
- Infections urinaires : pyélonéphrite aigue, infection urinaire masculine
- Infections cutanées
- Diverticulite
- ...

Situation clinique n°2



- Patiente de 38 ans consulte au urgences pour frissons et fièvre à 39°C
- Brûlures mictionnelles depuis 48h. Douleur fosse lombaire gauche
- Vomissements
- PA 80/50, FC 120bpm, FR 28/min, Sat 96% en air ambiant

Diagnostic et conduite à tenir ?

Situation clinique n°2

- Patiente de 38 ans consulte au urgences pour frissons et fièvre à 39°C
- Brûlures mictionnelles depuis 48h. Douleur fosse lombaire gauche.
- Vomissements
- PA 80/50, FC 120bpm, FR 28/min, Sat 96% en air ambiant

Diagnostic : Pyélonéphrite aigue avec signes de gravité

- Remplissage vasculaire
- Hémocultures, ECBU
- Antibiothérapie par Ceftriaxone IV + Amikacine IV
- Transfert en unité de surveillance continue

Situation clinique n°2

- A 48h d'antibiothérapie : amélioration clinique, arrêt des vomissements, PA 110/80 mmHg, FR 14/min, T° 37.8°C
- Hémocultures et ECBU positifs à *Escherichia coli* multi-sensible

Quelles modalités de poursuite de l'antibiothérapie?

Situation clinique n°2

- A 48h d'antibiothérapie : amélioration clinique, arrêt des vomissements, PA 110/80 mmHg, FR 14/min, T° 37.8°C
- Hémocultures et ECBU positif à *Escherichia coli* multi-sensible

Quelles modalités de poursuite de l'antibiothérapie?

Réduction de spectre : relais ceftriaxone vers amoxicilline

[Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections - ScienceDirect](#)

IV ou per os ?

Situation clinique n°2

Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

De façon générale, que ce soit à l'initiation ou non du traitement anti-infectieux, la réévaluation de la voie d'administration doit se faire quotidiennement.

Sauf exceptions détaillées dans le tableau 1 qui nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés ci-dessous).

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).

Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

2. Le patient est-il en sepsis ou choc septique ou s'agit-il d'une situation clinique nécessitant un traitement intraveineux initial ? (Cf. Tableau 1)

NON, la voie orale est envisageable d'emblée.

OUI, la voie orale ne pourra s'envisager que lorsque les signes de sepsis/choc auront disparu ou selon le délai préconisé dans le tableau en fonction de la situation clinique (Cf. Tableau 1).

Situation clinique n°2

Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

De façon générale, que ce soit à l'initiation ou non du traitement anti-infectieux, la réévaluation de la voie d'administration doit se faire quotidiennement.

Sauf exceptions détaillées dans le tableau 1 qui nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés ci-dessous).

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

1

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).

Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

2. Le patient est-il en sepsis ou choc septique ou s'agit-il d'une situation clinique nécessitant un traitement intraveineux initial ? (Cf. Tableau 1)

NON, la voie orale est envisageable d'emblée.

OUI, la voie orale ne pourra s'envisager que lorsque les signes de sepsis/choc auront disparu ou selon le délai préconisé dans le tableau en fonction de la situation clinique (Cf. Tableau 1).

Situation clinique n°2

Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

De façon générale, que ce soit à l'initiation ou non du traitement anti-infectieux, la réévaluation de la voie d'administration doit se faire quotidiennement.

Sauf exceptions détaillées dans le tableau 1 qui nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés ci-dessous).

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

1

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).

2

Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

2. Le patient est-il en sepsis ou choc septique ou s'agit-il d'une situation clinique nécessitant un traitement intraveineux initial ? (Cf. Tableau 1)

NON, la voie orale est envisageable d'emblée.

OUI, la voie orale ne pourra s'envisager que lorsque les signes de sepsis/choc auront disparu ou selon le délai préconisé dans le tableau en fonction de la situation clinique (Cf. Tableau 1).

Situation clinique n°2

Tableau 2 : Principes généraux d'utilisation des antibiotiques pour une administration orale

Antibiotique – Forme galénique	Biodisponibilité	Équivalence de posologie IV-Voie orale	Commentaires				
Amoxicilline gél ou cpr orodispersible	70%	Identique à l'IV	Au-delà d'une prise unitaire de 2 à 3 g, l'absorption est saturable, privilégier une prise toutes les 6 à 8 heures. Ne pas dépasser 6 à 9 g/j par voie orale selon poids et indication, sur avis spécialisé. Si de plus fortes doses sont nécessaires, la voie IV est donc indiquée.	Lévofloxacine cpr	100%	Identique à l'IV	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (au moins 2 heures avant ou 6 heures après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Amoxicilline – Acide clavulanique cpr ou sachet	70%	Identique à l'IV	A prendre de préférence au début des repas. Au-delà d'une prise unitaire de 2 à 3 g, l'absorption est saturable, privilégier une prise toutes les 6 à 8 heures. Ne pas dépasser 1200 mg d'acide clavulanique par jour, si besoin ajouter de l'amoxicilline seule.	Linézolide cpr	100%	Identique à l'IV	
Clarithromycine cpr	50%	250 mg IV = 500 mg PO	A prendre de préférence pendant les repas	Métronidazole cpr	100%	Identique à l'IV	A prendre de préférence pendant les repas
Clindamycine gél	90%	Identique à l'IV	Les gélules doivent être prises entières.	Moxifloxacine cpr	100%	Identique à l'IV	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (au moins 2 heures avant ou 6 heures après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Ciprofloxacine cpr	70-80%	400 mg IV = 500 mg PO	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (2h avant ou au moins 6h après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.	Ofloxacine cpr	98%	Identique à l'IV	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (au moins 2 heures avant ou 6 heures après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Delafloxacine cpr	60%	300 mg IV = 450 mg PO	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (2h avant ou au moins 6h après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.	Ornidazole cpr	90%	Identique à l'IV	
Doxycycline cpr	90%	Identique à l'IV	A prendre de préférence pendant les repas et au moins 1 h avant le coucher. Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (plus de 2h si possible) des sels de fer et des topiques gastro-intestinaux	Rifampicine gél	100%	Identique à l'IV	A prendre de préférence > 30 min avant les repas, ou 2h après Ne pas dépasser 900 mg par prise
				Spiramycine cpr	30 à 40%	1.5 MUI IV = 3 MUI PO	A prendre pendant les repas
				Sulfaméthoxazole-triméthoprime cpr	90%	Identique à l'IV	A prendre de préférence pendant les repas.



Amoxicilline : possible per os, même dose que IV

Situation clinique n°2

Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

De façon générale, que ce soit à l'initiation ou non du traitement anti-infectieux, la réévaluation de la voie d'administration doit se faire quotidiennement.

Sauf exceptions détaillées dans le tableau 1 qui nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés ci-dessous).

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).

3 Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

2. Le patient est-il en sepsis ou choc septique ou s'agit-il d'une situation clinique nécessitant un traitement intraveineux initial ? (Cf. Tableau 1)

NON, la voie orale est envisageable d'emblée.

OUI, la voie orale ne pourra s'envisager que lorsque les signes de sepsis/choc auront disparu ou selon le délai préconisé dans le tableau en fonction de la situation clinique (Cf. Tableau 1).

Situation clinique n°2

Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

De façon générale, que ce soit à l'initiation ou non du traitement anti-infectieux, la réévaluation de la voie d'administration doit se faire quotidiennement.

Sauf exceptions détaillées dans le tableau 1 qui nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés ci-dessous).

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).

3 Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis, (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

-PA 110/80 mmHg

-FR 14/min

2. Le patient est-il en sepsis ou choc septique ou s'agit-il d'une situation clinique nécessitant un traitement intraveineux initial ? (Cf. Tableau 1)

NON, la voie orale est envisageable d'emblée.

OUI, la voie orale ne pourra s'envisager que lorsque les signes de sepsis/choc auront disparu ou selon le délai préconisé dans le tableau en fonction de la situation clinique (Cf. Tableau 1).

Situation clinique n°2

Voie Injectable/Per Os :
Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

RÉPIA - Voie Injectable/Per Os : choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Pas de
vomissements

3. Le tractus digestif du patient est-il fonctionnel et permet-il d'envisager la voie orale ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable :

- syndrome de malabsorption ;
- diarrhée profuse dans les dernières 24 heures ;
- vomissements répétés dans les dernières 24 heures ;
- troubles de la déglutition, sauf si un dispositif de nutrition entérale est en place et qu'il existe une forme galénique adaptée

OUI, la voie orale est envisageable

4. L'adhésion thérapeutique du patient est-elle bonne ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable.

Si le patient n'est pas en mesure de gérer seul son traitement par voie orale, envisager la mise en place d'un pilulier et/ou le passage d'un IDE à domicile.

OUI, la voie orale est envisageable

Situation clinique n°2

Voie Injectable/Per Os :
Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

RéPIA - Voie Injectable/Per Os : choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

3. Le tractus digestif du patient est-il fonctionnel et permet-il d'envisager la voie orale ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable :

- syndrome de malabsorption ;
- diarrhée profuse dans les dernières 24 heures ;
- vomissements répétés dans les dernières 24 heures ;
- troubles de la déglutition, sauf si un dispositif de nutrition entérale est en place et qu'il existe une forme galénique adaptée

OUI, la voie orale est envisageable

Pas de vomissements

4. L'adhésion thérapeutique du patient est-elle bonne ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable.

Si le patient n'est pas en mesure de gérer seul son traitement par voie orale, envisager la mise en place d'un pilulier et/ou le passage d'un IDE à domicile.

OUI, la voie orale est envisageable

Patiente sans troubles des fonctions supérieures

Situation clinique n°2

Voie Injectable/Per Os :
Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

RÉPIA - Voie Injectable/Per Os : choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

3. Le tractus digestif du patient est-il fonctionnel et permet-il d'envisager la voie orale ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable :

- syndrome de malabsorption ;
- diarrhée profuse dans les dernières 24 heures ;
- vomissements répétés dans les dernières 24 heures ;
- troubles de la déglutition, sauf si un dispositif de nutrition entérale est en place et qu'il existe une forme galénique adaptée

OUI. la voie orale est envisageable

Pas de vomissements

Patiente sans troubles des fonctions supérieures

4. L'adhésion thérapeutique du patient est-elle bonne ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable.

Si le patient n'est pas en mesure de gérer seul son traitement par voie orale, envisager la mise en place d'un



envisageable

Relais per os validé par amoxicilline

Situation clinique n°3



- Patient de 76 ans consulte aux urgences pour frissons et fièvre à 39°C
- PA 140/90, FC 110bpm, FR 24/min, Sat 96% en air ambiant
- Pas de point d'appel

Diagnostic et conduite à tenir ?

Situation clinique n°3

- Patient de 76 ans consulte aux urgences pour frissons et fièvre à 39°C
- PA 140/90, FC 110bpm, FR 24/min, Sat 96% en air ambiant
- Pas de point d'appel

Diagnostic : Syndrome infectieux d'étiologie inconnue

- Prélèvements : Hémocultures, ECBU
- Début ceftriaxone 1g/j IV
- Hébergement en service de chirurgie

Situation clinique n°3

- Le lendemain, les hémocultures reviennent positives à *Staphylococcus aureus* méticilline sensible
- Le patient s'améliore
- A J4, l'interne de chirurgie veut faire un relais per os par amoxicilline-acide clavulanique pour faciliter le retour à domicile
- Son co-interne doute de cette possibilité et lui recommande de vérifier dans le document voie injectable/Per os dont lui a parlé le référent en antibiothérapie récemment

Situation clinique n°3

- Le lendemain, les hémocultures reviennent positives à *Staphylococcus aureus* méticilline sensible
- Le patient s'améliore
- A J4, l'interne de chirurgie veut faire un relais per os par amoxicilline-acide clavulanique pour faciliter le retour à domicile
- Son co-interne doute de cette possibilité et lui recommande de vérifier dans le document voie injectable/Per os dont lui a parlé le référent en antibiothérapie récemment

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

De façon générale, que ce soit à l'initiation ou non du traitement anti-infectieux, la réévaluation de la voie d'administration doit se faire journalièrement.

Sauf exceptions détaillées dans le tableau 1, qui nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés ci-dessous).

Situation clinique n°3

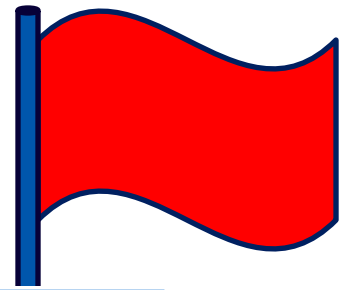


Tableau 1 : Exemples de situations cliniques nécessitant l'initiation d'une antibiothérapie par voie intraveineuse + conditions pour envisager un relais PO

Pathologie	Condition pour envisager le relais oral	Délai pour discuter un relais per os*
Bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> non compliquée	Uniquement sur avis spécialisé du référent en antibiothérapie	A partir du 7 ^{ième} jour
Bactériémie sans porte d'entrée identifiée		Pas de recommandation disponible
Bactériémie liée au cathéter		Pas de recommandation disponible
Endocardites		A partir du 10 ^{ième} jour en cas d'ETO récente sans critères de chirurgie et au moins 7 jours post opératoires en cas de remplacement valvulaire
Infection de prothèse vasculaire		A partir du 10 ^{ième} jour
Abcès cérébral		Pas de recommandation disponible
Arthrite septique		Dès que les hémocultures sont stériles et si évolution clinique favorable Si arthrite à CG +** : après exclusion systématique d'une endocardite (même si hémocultures négatives)
Infection de prothèse de hanche et de genou		A partir du 5 ^{ième} jour A partir du 7 ^{ième} jour si bactériémie associée et en l'absence d'endocardite pour les CG+**
Spondylodiscite		A partir du 1 ^{er} jour en l'absence d'une bactériémie et/ou endocardite A partir du 7 ^{ième} jour si bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> associée en l'absence d'endocardite
Méningite à Listéria, Méningocoque, Pneumocoque		Jamais de traitement oral

* Pour les durées totales de traitement, se référer aux recommandations actualisées de la SPILF

<https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

** CG+ = Cocci Gram positif fait référence dans les recommandations à :
Staphylococcus spp, *Streptococcus* spp ou *Enterococcus* spp

Situation clinique n°3

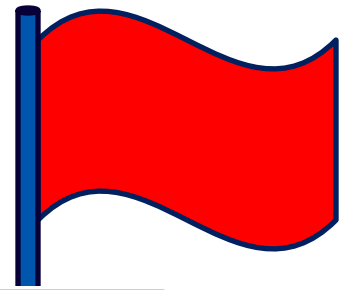


Tableau 1 : Exemples de situations cliniques nécessitant l'initiation d'une antibiothérapie par voie intraveineuse + conditions pour envisager un relais PO

Pathologie	Condition pour envisager le relais oral	Délai pour discuter un relais per os*
Bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> non compliquée	Uniquement sur avis spécialisé du référent en antibiothérapie	A partir du 7 ^{ième} jour
Bactériémie sans porte d'entrée identifiée		Pas de recommandation disponible
Bactériémie liée au cathéter		Pas de recommandation disponible
Endocardites		A partir du 10 ^{ième} jour en cas d'ETO récente sans critères de chirurgie et au moins 7 jours post opératoires en cas de remplacement valvulaire
Infection de prothèse vasculaire		A partir du 10 ^{ième} jour
Abscès cérébral		Pas de recommandation disponible
Arthrite septique		Dès que les hémocultures sont stériles et si évolution clinique favorable Si arthrite à CG +** : après exclusion systématique d'une endocardite (même

--> L'interne de chirurgie change d'avis et décide d'appeler le référent en antibiothérapie de son hôpital

Spondylodiscite		A partir du 7 ^{ième} jour si bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> associée en l'absence d'endocardite
Méningite à Listéria, Méningocoque, Pneumocoque		Jamais de traitement oral

* Pour les durées totales de traitement, se référer aux recommandations actualisées de la SPILF

<https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

** CG+ = Cocci Gram positif fait référence dans les recommandations à :

Staphylococcus spp, *Streptococcus* spp ou *Enterococcus* spp

Situation clinique n°3

- Après avis référent en antibiothérapie
 - Relais ceftriaxone par cloxacilline IVSE 150 mg/kg
 - Pas d'autre localisation clinique, évolution clinique favorable
 - ETT+ETO sans signes d'EI
 - Hémocultures négatives à J2 d'antibiothérapie
- A J8, l'interne souhaite passer de la cloxacilline IV à per os ...
- Son co-interne lui conseille de vérifier à nouveau dans le document voie injectable/Per os

Situation clinique n°3

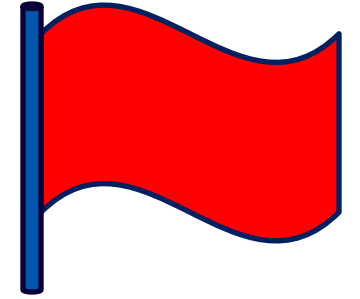


Tableau 2 : Principes généraux d'utilisation des antibiotiques pour une administration orale

Les molécules ci-dessous ne peuvent être utilisées pour un relais oral après une administration intraveineuse.
La fosfomycine peut cependant être prescrite PO d'emblée dans certaines infections urinaires.

Antibiotique – Forme galénique	Biodisponibilité	Équivalence de posologie IV -Voie orale	Commentaires
Cloxacilline gél	70%	Il n'y a pas d'équivalence IV/PO directe.	<i>La forme orale de Cloxacilline ne doit pas être utilisée en alternative à la voie IV</i> (risque d'échec thérapeutique car sous-dosage) : Lien vers le <u>site de l'ANSM</u>
Fosfomycine/trométamol	33 à 53%	Il n'y a pas d'équivalence IV/PO directe.	<i>La forme orale de Fosfomycine</i> est réservée au traitement de certaines infections urinaires et <i>ne doit pas être utilisée en alternative à la voie IV pour les autres indications</i> (risque de sous-dosage).

Situation clinique n°3

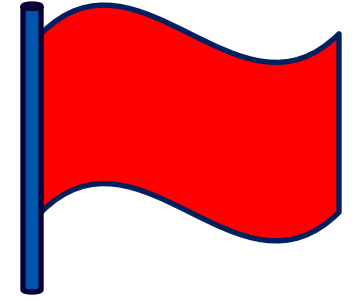


Tableau 2 : Principes généraux d'utilisation des antibiotiques pour une administration orale

Les molécules ci-dessous ne peuvent être utilisées pour un relais oral après une administration intraveineuse.
La fosfomycine peut cependant être prescrite PO d'emblée dans certaines infections urinaires.

Antibiotique – Forme galénique	Biodisponibilité	Équivalence de posologie IV -Voie orale	Commentaires
Cloxacilline gél	70%	Il n'y a pas d'équivalence	La forme orale de Cloxacilline ne doit pas être utilisée en alternative à la voie IV (risque d'échec

--> L'interne de chirurgie change d'avis et rappelle le référent en antibiothérapie
--> Poursuite de l'antibiothérapie par cloxacilline IV pour 14 jours (relais oral discutable)

autres indications (risque de sous-dosage).

Situation clinique n°4



- Patient de 75 ans, consulte au SAU pour fièvre et toux.
- Comorbidité : Insuffisance cardiaque
- PA 140/90, Sat 89% en AA, FR 25/min
- Pas de signes de détresse respiratoire. Foyer de crépitants en base droite.
- Radiographie thoracique : condensation lobaire inférieure droite
- Diagnostic : pneumonie aigue communautaire hypoxémiante sans signes de gravité
- Début Ceftriaxone 1g/j IV et transfert en service de médecine



A J2, Sat 96% sous 2L/min O₂, T°38.4°C

Relais per os ?

Situation clinique n°4

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).
Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

Situation clinique n°4

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

Tableau 1 Définition d'une pneumonie aiguë grave si présence d'un critère majeur ou d'au moins 3 critères mineurs (selon ATS/IDSA) [86–90,131].

Critères majeurs	Choc septique Déresse respiratoire nécessitant recours à la ventilation mécanique
Critères mineurs	Fréquence respiratoire ≥ 30 cycles/min $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 250^*$ Infiltrats multilobaires (i.e., ≥ 2) Confusion/désorientation Urée plasmatique $\geq 7,14$ mmol/L Leucopénie (leucocytes $< 4\,000/\text{mm}^3$) [†] Thrombocytopénie (plaquettes $< 100\,000/\text{mm}^3$) Hypothermie (température corporelle $< 36^\circ\text{C}$) Hypotension nécessitant une expansion volémique

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).
Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

Quelle antibiothérapie probabiliste des PAC non graves en hospitalisation ?

	1 ^{er} choix	Alternative
Sans comorbidité	Amoxicilline	
Avec comorbidité(s)	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime)
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	
Tableau évocateur d'infection à bactérie atypique	Macrolide	Lévofloxacine
Réévaluation à 72h		

Lévofloxacine : uniquement si allergie grave aux bêta-lactamines ou si contre-indication aux macrolides en cas de suspicion de bactérie atypique

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

Situation clinique n°4

2. Le patient est-il en sepsis ou choc septique ou s'agit-il d'une situation clinique nécessitant un traitement intraveineux initial ? (Cf. Tableau 1)

NON, la voie orale est envisageable d'emblée.

OUI, la voie orale ne pourra s'envisager que lorsque les signes de sepsis/choc auront disparu ou selon le délai préconisé dans le tableau en fonction de la situation clinique (Cf. Tableau 1).

3. Le tractus digestif du patient est-il fonctionnel et permet-il d'envisager la voie orale ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable :

- syndrome de malabsorption ;
- diarrhée profuse dans les dernières 24 heures ;
- vomissements répétés dans les dernières 24 heures ;
- troubles de la déglutition, sauf si un dispositif de nutrition entérale est en place et qu'il existe une forme galénique adaptée

OUI, la voie orale est envisageable

4. L'adhésion thérapeutique du patient est-elle bonne ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable.
Si le patient n'est pas en mesure de gérer seul son traitement par voie orale, envisager la mise en place d'un pilulier et/ou le passage d'un IDE à domicile.

OUI, la voie orale est envisageable

Situation clinique n°4

Tableau 2 : Principes généraux d'utilisation des antibiotiques pour une administration orale

Antibiotique – Forme galénique	Biodisponibilité	Équivalence de posologie IV-Voie orale	Commentaires
Amoxicilline gél ou cpr orodispersible	70%	Identique à l'IV	Au-delà d'une prise unitaire de 2 à 3 g, l'absorption est saturable, privilégier une prise toutes les 6 à 8 heures. Ne pas dépasser 6 à 9 g/j par voie orale selon poids et indication, sur avis spécialisé. Si de plus fortes doses sont nécessaires, la voie IV est donc indiquée.
Amoxicilline – Acide clavulanique cpr ou sachet	70%	Identique à l'IV	A prendre de préférence au début des repas. Au-delà d'une prise unitaire de 2 à 3 g, l'absorption est saturable, privilégier une prise toutes les 6 à 8 heures. Ne pas dépasser 1200 mg d'acide clavulanique par jour, si besoin ajouter de l'amoxicilline seule.

-->Relais per os validé par amoxicilline - acide clavulanique 1gx3/j

Situation clinique n°5



Suivre avec la fiche

- Patient de 45 ans, hospitalisé pour arthrite septique du genou droit à *Staphylococcus aureus* méticilline sensible. Liquide articulaire et hémocultures positives à la même bactérie
- Antibiothérapie par cloxacilline 150 mg/kg/j IVSE
- Lavage chirurgical à J4
- Absence d'endocardite infectieuse
- Evolution clinique favorable (apyrexie, cicatrice propre, négativation hémocultures à J3)

Relais per os ?

Situation clinique n°5

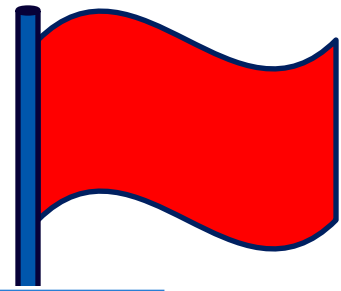


Tableau 1 : Exemples de situations cliniques nécessitant l'initiation d'une antibiothérapie par voie intraveineuse + conditions pour envisager un relais PO

Pathologie	Condition pour envisager le relais oral	Délai pour discuter un relais per os*
Bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> non compliquée	Uniquement sur avis spécialisé du référent en antibiothérapie	A partir du 7 ^{ième} jour
Bactériémie sans porte d'entrée identifiée		Pas de recommandation disponible
Bactériémie liée au cathéter		Pas de recommandation disponible
Endocardites		A partir du 10 ^{ième} jour en cas d'ETO récente sans critères de chirurgie et au moins 7 jours post opératoires en cas de remplacement valvulaire
Infection de prothèse vasculaire		A partir du 10 ^{ième} jour
Abscès cérébral		Pas de recommandation disponible
Arthrite septique		Dès que les hémocultures sont stériles et si évolution clinique favorable Si arthrite à CG +** : après exclusion systématique d'une endocardite (même si hémocultures négatives)
Infection de prothèse de hanche et de genou		A partir du 5 ^{ième} jour A partir du 7 ^{ième} jour si bactériémie associée et en l'absence d'endocardite pour les CG+**
Spondylodiscite		A partir du 1 ^{er} jour en l'absence d'une bactériémie et/ou endocardite A partir du 7 ^{ième} jour si bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> associée en l'absence d'endocardite
Méningite à <i>Listéria</i> , Méningocoque, Pneumocoque		Jamais de traitement oral

* Pour les durées totales de traitement, se référer aux recommandations actualisées de la SPILF

<https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

** CG+ = Cocci Gram positif fait référence dans les recommandations à :
Staphylococcus spp, *Streptococcus* spp ou *Enterococcus* spp

Situation clinique n°5

- Après avis du référent en antibiothérapie, un relais per os par lévofloxacine + rifampicine est proposé.

Quelles consignes sont à donner au patient pour la prise des antibiotiques ?

Situation clinique n°5

- Après avis du référent en antibiothérapie, un relais per os par lévofloxacine + rifampicine est proposé.

Tableau 2 : Principes généraux d'utilisation des antibiotiques pour une administration orale

Antibiotique – Forme galénique	Biodisponibilité	Équivalence de posologie IV -Voie orale	Commentaires
Lévofloxacine cpr	100%	Identique à l'IV	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (au moins 2 heures avant ou 6 heures après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Rifampicine gél	100%	Identique à l'IV	A prendre de préférence > 30 min avant les repas, ou 2h après Ne pas dépasser 900 mg par prise

Tableau 3 : Principes généraux d'utilisation des antifongiques pour une administration orale

Recommandations générales :

Les équivalences de posologies proposées ici sont valables pour les patients adultes avec une fonction rénale normale (lien vers [GPR](#)), hors poids extrêmes (lien vers [ABxBMI](#)).

Les posologies sont données à titre indicatif et doivent être adaptées au site et à la gravité de l'infection, il est impératif de se référer au référentiel de l'établissement ou guide de prescription, et/ou aux recommandations actualisées de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

Antifongique – Forme galénique	Biodisponibilité	Équivalence de posologie IV -Voie orale	Commentaires
Fluconazole gél	90%	Identique à l'IV	Les gélules doivent être avalées entières.
Isavuconazole gél	98%	Identique à l'IV	Ne pas mâcher, écraser, dissoudre ou ouvrir les gélules
Posaconazole cpr gastro-résistants	54 à 66%	Identique à l'IV (pour les cprs gastro-résistants seulement)	Les comprimés gastro-résistants ne doivent pas être écrasés, mâchés ou coupés. Forme cpr et buvable non interchangeables.
Voriconazole cpr	96%	200 mg / 12h à adapter au poids et au dosage	A prendre > 1h avant ou 2h après le repas.

En cas de difficulté de déglutition, se référer à la liste des médicaments écrasables de l'OMEDIT de Normandie et de la SFPC :
[Liste des médicaments écrasables \(omedit-normandie.fr\)](#)



À venir



Quick'ÉVAL
ANTIBIO

Réseau piloté par
RéPIA
SPARES
Santé
publique
France

établissements
de santé

Outil Quick ÉVAL Antibio

L'outil Quick'ÉVAL Antibio proposé par la mission nationale SPARES est un **outil simple et rapide d'évaluation des pratiques, standardisé mais flexible**, mis à la disposition des établissements de santé pour évaluer la **documentation dans le dossier et la pertinence des prescriptions d'antibiotiques**.

Il peut être utilisé par tous **quel que soit le motif de prescription de l'antibiotique et quelle que soit la molécule prescrite**.

Un guide méthodologique et diverses ressources d'aide à la prise en main et pouvant aider à l'amélioration des pratiques accompagnent cet outil.

À venir

Fiche conseil

Mission Surveillance et Prévention de l'Antibiorésistance, incluant le bon usage des antibiotiques, en Établissement de Santé

SPARES

Pertinence des prescriptions d'antibiotiques :

Préparer la certification



Fiche conseil | Pertinence des prescriptions d'antibiotiques : Préparer la certification

Ce document élaboré par la mission nationale SPARES avec l'aide de son comité scientifique aide à répondre aux différents éléments de la certification sur le *Critère 2.4-02 : La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée*.

Ce document est destiné aux équipes en charge du programme de BUA de l'établissement de santé.

À venir

PROPOSITIONS CONSENSUELLES DE TERMINOLOGIE sur la thématique du Bon Usage des Anti-infectieux

Document validé par : Missions nationales SPARES, PRIMO et MATIS • SPILF • R-CRAtb



Objectif : Ce document vise à clarifier les termes utilisés par nos organisations dans nos différentes actions, par exemple nos outils, formations ou actions de communication.

Ces principes s'appliquent au bon usage de tous les anti-infectieux, mais peuvent aussi être déclinés plus spécifiquement pour chacune des classes d'anti-infectieux (antibiotiques/antibactériens, antiviraux, antifongiques et antiparasitaires). Dans le langage courant, il faut noter que l'abréviation BUA est préférentiellement utilisée pour le bon usage des antibiotiques.

Bon usage des anti-infectieux

On le définit ici par l'ensemble des stratégies et mesures visant à garantir une **utilisation appropriée des anti-infectieux** (= antibiotiques/antibactériens, antiviraux, antifongiques et antiparasitaires) permettant de **maximiser les bénéfices individuels** pour le patient et de **minimiser les risques individuels et collectifs** (effets indésirables, dont l'antibiorésistance et l'impact sur les microbiotes) dans une perspective « Une seule santé ».

Le bon usage des anti-infectieux (appelé BUA dans ce document) comprend deux dimensions complémentaires :



1 Une dimension **CLINIQUE**¹ individualisée pour un patient donné



Pour le professionnel de santé



Bien prendre en charge le patient.

¹ démarche diagnostique (= un diagnostic clinique minutieux reposant sur l'examen clinique, l'interrogatoire + examen physique) et d'éventuels examens complémentaires adéquats

Propositions consensuelles terminologie du Bon Usage des Anti-infectieux

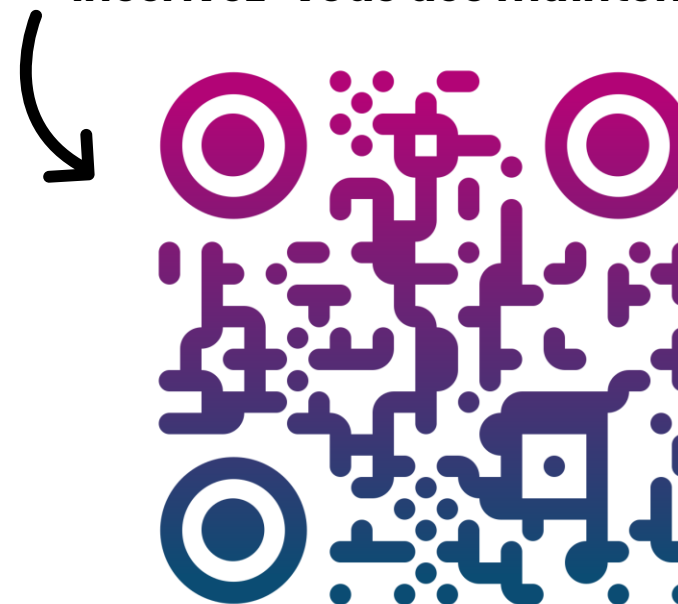
Un document-ressource SPARES co-construit avec la [SPILF](#), les missions nationales [MATIS](#) et [PRIMO](#) ainsi que le R-CRAtb.

Il vise à clarifier et proposer des **appellations consensuelles des termes relatifs au Bon Usage des Anti-infectieux**, pour favoriser une meilleure compréhension de la thématique.



Série de webinaires SPARES

Prochain webinaire le 29 janvier 2026 de 14 à 15h
sur le nouvel outil Quick EVAL Antibio
Inscrivez-vous dès maintenant !



Microsoft Virtual Events Powered by Teams

Nous avons besoin de votre avis



Êtes-vous satisfait.e de ce webinaire ?

Flashez le code et aidez-nous à nous améliorer !



1 minute



<https://framaforms.org/webinaire-spares-votre-avis-nous-interesse-1760517837>

Merci pour votre attention

Questions ?