



Nouvelles recommandations HAS et SPILF : application pratique

Eric Bonnet et Philippe Serayet.
Coordonnateurs CRAtb. Occitanie





Recommandations 2024

- Posologie standard et forte posologie (SPILF, SFPT & CA-SFM)
 - Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (SPILF-SFAR)
 - Antibiothérapie des enfants en ville (guide GPIP)
 - Coqueluche (HAS-SPILF-GPIP)
 - Pneumonie à *M. pneumoniae* en ambulatoire chez l'enfant et l'adulte (HAS-SPILF-GPIP)
 - Infections cervicales profondes d'origine pharyngée. (SFORL-SPILF)
 - Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite (HAS-SPILF-GPIP)
 - Prévention et prise en charge de l'infection par le VZV chez la femme enceinte et en périnatalité (SPILF, CNGOF...)
 - VIH et Hépatites virales (ANRS CNS HAS)
- 



Recommandations 2025

- 2025
 - Antibiotiques IV : perfusion prolongée et perfusion continue (SPILF)
 - Prise en charge du sepsis du nouveau né, de l'enfant et de l'adulte (HAS, SRLF, SFAR, SMU, SPILF...)
 - Médicaments écrasables (OMEDIT Normandie en partenariat avec la SFPC)
 - Antibiothérapie et antibioprophylaxie des endocardites infectieuses (SPILF-AEPEI)
 - Tuberculose (SPILF, SPLF)
 - Pneumonie aigue communautaire (SPILF-SPLF)
 - Pneumonie d'inhalation (SPILF)
 - Fluoroquinolones (SPILF)
- A venir :
 - Infections urinaires masculines
 - Administration des antibiotiques par voie sous-cutanée
 - [Vaccination des personnes immunodéprimées et/ou aspléniques](#)
 - IST
 - Paludisme

Applicabilité des recommandations en pratique



Comment évaluer l'applicabilité des recommandations en pratique...de ville (à domicile) et dans les ESMS (EHPAD +++) ?



Comment rendre les recommandations applicables en pratique, en restant fidèle à leurs formulations ?



Qui travaille sur l'applicabilité ?

- HAS
- SPILF (GBUA)
- R-CRA**t**b
- GT locaux (CRA**t**b)



Exemple de la prise en charge des pneumonies aiguës communautaires à domicile.

Guidelines

Update of guidelines for management of community acquired pneumonia in adults by the French infectious disease society (SPILF) and the French-speaking society of respiratory diseases (SPLF). Endorsed by the French intensive care society (SRLF), the French microbiology society (SFM), the French radiology society (SFR) and the French emergency society (SFMU)

Aurélien Dinh ^a  , François Barbier ^b, Jean-Pierre Bedos ^c, Mathieu Blot ^d,
Vincent Cattoir ^e, Yann-Erick Claessens ^f, Xavier Duval ^g, Pierre Fillâtre ^h, Maxime Gautier ⁱ,
Yann Guegan ^j, Sophie Jarraud ^k, Alban Le Monnier ^l, David Lebeaux ^m, Paul Loubet ⁿ,
Constance de Margerie ^o, Philippe Serayet ^p, Yacine Tandjaoui-Lambotte ^{q r},
Emmanuelle Varon ^s, Yves Welker ^t, Damien Basille ^{r t u v}

Pneumonie aiguë communautaire (PAC) de l'adulte

Messages clés à destination des Médecins Généralistes
à partir des recommandations SPILF-SPLF 2025

DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

3 jours

En cas d'obtention
de **critères de
stabilité*** à J3, une
durée totale de
traitement de 3
jours est
recommandée.

5 jours

En cas d'obtention
de **critères de
stabilité* entre J3
et J5**, une durée
totale de
traitement de 5
jours est
recommandée.

***Critères de stabilité :**

- Température : $\leq 37,8$ °C
- Pression artérielle systolique : ≥ 90 mmHg
- Fréquence cardiaque : $\leq 100/\text{min}$
- Fréquence respiratoire : $\leq 24/\text{min}$
- SpO₂ : ≥ 90 % en air ambiant

7 jours

Dans les autres cas de **PAC non compliquée**, une durée totale de 7 jours est recommandée.

+ 7 jours

Un traitement d'une durée supérieure à 7 jours n'est justifié que s'il existe **une complication telle qu'un abcès ou un épanchement pleural**.

CADRE DES RECOMMANDATIONS

Pneumonies aiguës supposées bactériennes, de l'adulte, prises en charge en ambulatoire et à l'hôpital hors soins critiques-réanimation.

Source : [Recommandations SPILF-SPLF 2025](#)

Messages clés à destination des Médecins Généralistes _ Avril 2025

Pneumonie aiguë communautaire (PAC) de l'adulte

SITUATIONS CLINIQUES



DÉFINITION D'UN PAC GRAVE

Au moins un des critères majeurs suivants :

- **Choc septique** nécessitant des amines
- **Détresse respiratoire** nécessitant le recours à la ventilation mécanique

OU

Au moins 3 des critères mineurs suivants :

- **Fréquence respiratoire** > ou = 30 cycles/minute
- **PaO2/FiO2 < ou = 250** [estimation FiO2 : FiO2 = 0,21 + 0,03 x débit O2 (L/min)]
- **Infiltrats multi-lobaires** (au moins 2 lobes atteints)
- **Confusion-désorientation**
- **Leucopénie** (leucocytes < 4000 éléments/ml), hors contexte de chimiothérapie
- **Thrombocytopénie** (plaquettes < 100 000 éléments/ml)
- **Hypothermie** (t° < 36°C)
- **Hypotension artérielle** nécessitant une expansion volémique

COMORBIDITES ET FACTEURS ANAMNÉSTIQUES À CONSIDÉRER DANS LE CHOIX D'UNE ANTIBIOTHÉRAPIE PROBABILISTE POUR UNE PAC

Anamnèse :

- Hospitalisation dans les 6 mois
- Antibiothérapie dans le mois précédent

Terrain et comorbidités :

- **Ethylisme** chronique
- Troubles de la **déglutition**
- **Maladie neurologique** grave avec risque de fausses routes (AVC, Parkinson, démence, SEP...)
- **Néoplasie** active
- **Immunodépression** (corticothérapie > 10 mg/j, autres traitements immunosuppresseur, asplénie, agranulocytose, infection à VIH avec CD4 < 200/mm³, déficit immunitaire primitif...)
- **Insuffisance respiratoire** chronique
- **Insuffisance cardiaque** congestive
- **Insuffisance hépatique**
- **Insuffisance rénale chronique** (DFG < 60 mL/min)



QUAND SUSPECTER UNE PAC À BACTÉRIE « ATYPIQUE » ?

EN FAVEUR D'UNE PAC À MYCOPLASMA PNEUMONIAE

- Plusieurs cas dans une famille ou une institution
- **Non réponse**, à 48-72H, à une antibiothérapie par bêta-lactamine bien conduite
- **Sujets jeunes**
- **Contexte algique** : myalgies, arthralgies, céphalées
- **Tableau progressif** : toux fébrile trainante, présence de signes respiratoires hauts
- **Signes cliniques extra-respiratoires** : cutanéomuqueux, digestifs, neurologiques
- **Signes biologiques** : anémie hémolytique, insuffisance rénale
- **Signes radiologiques** : infiltrat non systématisé des 2 bases, syndrome interstitiel micronodulaire, centrolobulaire, bronchiolite + infiltrats alvéolaires)

EN FAVEUR D'UNE LÉGIONELLOSE

- Notion de **voyage récent**, d'exposition à de l'eau en aérosols
- **Non réponse**, à 48-72H, à une antibiothérapie par bêta-lactamine bien conduite
- Existence de **comorbidités**, d'une immunodépression
- **Installation assez rapidement progressive** (2 à 3 jours)
- **Pouls dissocié**
- **Contexte algique** : myalgies, céphalées
- **Signes extra-respiratoires** : digestifs (douleurs abdominales, diarrhées, vomissements), neurologiques (troubles de conscience, céphalées)
- **Signes biologiques** : hyponatrémie, insuffisance rénale, cytolyse, rhabdomyolyse
- **Signes radiologiques** : opacités alvéolaires uni ou bilatérales

L'ATHME ET L'ÂGE AVANCÉ

L'asthme en soi n'est pas une comorbidité justifiant une modification de l'antibiothérapie probabiliste par amoxicilline. Un âge avancé (en l'absence d'au moins une des comorbidités listées) non plus.

CADRE DES RECOMMANDATIONS

Pneumonies aiguës supposées bactériennes, de l'adulte, prises en charge en ambulatoire et à l'hôpital hors soins critiques-réanimation.

Source : [Recommandations SPLIF-SPLF 2025](#)

Messages clés à destination des Médecins Généralistes _ Avril 2025



Pneumonie aigue communautaire (PAC) de l'adulte

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	
BIOMARQUEURS ET MICROBIOLOGIE	DIAGNOSTIC PAR L'IMAGERIE
✖ Ni la CRP, ni la PCT ne sont recommandées pour le diagnostic et/ou le suivi des PAC. ✖ La recherche d'un antigénurie Legionella ou Pneumocoque n'est pas recommandée dans les PAC ambulatoires. ✖ La réalisation d'un ECBC n'est pas recommandée dans les PAC ambulatoires. ✖ La réalisation d'hémocultures n'est pas recommandée dans les PAC ambulatoires. ✖ La recherche de virus respiratoires ainsi que l'utilisation des PCR syndromiques ne sont pas recommandées dans les PAC ambulatoires.	✔ Une radiographie thoracique est recommandée pour diagnostiquer une PAC ambulatoire. Un délai de réalisation inférieur à 3 jours est souhaitable. ✔ Une radiographie thoracique doit être pratiquée en cas d'évolution initiale non favorable. ✔ Une échographie pleuro-pulmonaire peut être utilisée en première intention pour confirmer le diagnostic de PAC ambulatoire en cas de suspicion clinique. ✖ La réalisation d'un scanner thoracique n'est probablement pas recommandée pour le diagnostic d'une PAC en ambulatoire. ✔ La réalisation d'un scanner thoracique paraît justifiée en cas de non-amélioration ou aggravation des signes respiratoires à 48-72 heures de traitement ou, à distance (après un délai d'au moins 2 mois), s'il existe des facteurs de risque de cancer pulmonaire (âge > 50 ans + tabagisme) ✖ La réalisation systématique d'un examen d'imagerie n'est pas recommandée en cas d'évolution clinique favorable.



CADRE DES RECOMMANDATIONS
Pneumonies aigues supposées bactériennes, de l'adulte, prises en charge en ambulatoire et à l'hôpital hors soins critiques-réanimation.

Source : [Recommandations SPILF-SPLF 2025](#)
Messages clés à destination des Médecins Généralistes _ Avril 2025

Pneumonie aigue communautaire (PAC) de l'adulte

CHOIX DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE EN AMBULATOIRE			
PATIENT SANS COMORBIDITÉ		PATIENT AVEC COMORBIDITÉ	
CAS GÉNÉRAL EN DEHORS D'UN CONTEXTE D'INFECTION VIRALE		Sans facteur de risque d'infection à P. aeruginosa	
✓ AMOXICILLINE [1g X 3, PO] reste le traitement de référence chez un patient sans comorbidité* présentant une PAC non grave (cf critères de gravité supra). ✓ En cas d'allergie avérée à l'ensemble des bêta-lactamines, la pristinamycine [1g X 3] est l'antibiotique recommandé. ✓ Lors de la réévaluation à 48-72 heures, en cas d'échec de traitement par l'amoxicilline, il est recommandé de réaliser soit un relais par un macrolide, soit l'ajout d'un macrolide.		✓ AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE [1g X 3, PO] est le traitement probabiliste de premier choix. ✓ En cas d'allergie immédiate (même grave) ou en cas d'allergie retardée non grave à la pénicilline, la ceftriaxone [1g par jour, par voie IV, IM ou SC] peut être utilisée. ✓ En cas d'allergie avérée à l'ensemble des bêta-lactamines ou d'allergie retardée grave à la pénicilline, la lévofloxacine [500 mg par jour, par voie orale si possible] est une option. ✗ Les céphalosporines orales n'ont aucune indication dans le traitement des PAC.	
EN CAS DE DOUTE SUR UNE PNEUMONIE À GERME ATYPIQUE		La corticothérapie dans le traitement des PAC	
✓ Le choix doit se porter sur un macrolide ou la pristinamycine. ✓ Lors de la réévaluation à 48-72 heures, en cas d'échec de traitement par un macrolide choisi en première ligne, en l'absence d'amélioration à 48-72 heures, il est recommandé de réaliser soit un relais par l'amoxicilline, soit l'ajout d'amoxicilline.		✗ Au cours des PAC non graves, l'adjonction de corticoïdes n'est pas recommandée (en l'absence d'une situation pouvant justifier en soi une corticothérapie)	
EN CAS DE SUSPICION DE CO/SUR-INFECTION VIRALE (GRIPPE)			
✓ AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE [1g X 3, PO] est le traitement probabiliste de référence. ✓ En cas d'allergie avérée à la pénicilline, la pristinamycine est l'antibiotique recommandé. ✗ La lévofloxacine (ou une autre fluoroquinolone) n'a pas sa place ici sauf en cas d'impossibilité (allergie ou autre intolérance majeure) d'utiliser les bêta-lactamines ou la pristinamycine (ou les macrolides)			
SYNTHÈSE	Sans comorbidité	Amoxicilline	Pristinamycine
	Au moins une comorbidité*	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale
	Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale ou pristinamycine
	Infection ou mise en évidence de bactérie atypique	Macrolide	Pristinamycine ou doxycycline

Nouvelles reco pour les Pneumonies Aigues Communautaires : Quelle applicabilité en médecine générale ?

Questionnaire destinée aux Médecins Généralistes pour tester l'applicabilité en vie réelle des nouvelles recommandations de la SPILF.

Ce questionnaire est diffusé par le Groupe "Bon Usage des Antibiotiques" de la SPILF, avec le support de plusieurs CRAtb et EMA.

Après un rappel des nouvelles recommandations, cette enquête vous interroge sur ce que vous feriez en pratique réelle.

L'idée est de répondre à la lumière de ces nouvelles recommandations (et non de dire ce que vous faites actuellement)

Il y a 11 questions dans ce questionnaire.

Suivant

Durée de l'antibio = 3 jours

Rappel de la reco : "La durée de traitement antibiotique est réduite à trois jours si le patient est cliniquement stable à J3"

Après lecture de cette recommandation et en pratique :

Vous diagnostiquez un Pneumonie Aigüe Communautaire (PAC) chez un patient sans critère de gravité, quelle durée d'antibiothérapie prescrivez-vous ?

 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ 3 jours, et on refait une prescription à J3 pour prolonger si besoin
- ☐ 5 jours, on arrête à J3 si ça va mieux
- ☐ 7 jours, et on arrête à J3 si ça va mieux
- ☐ je continue à prescrire pour 5 jours, durée fixe minimale
- ☐ je continue à prescrire pour 7 jours, durée fixe minimale

Comment organisez-vous le suivi à J3 d'une PAC

❓ (et/ou d'une infection respiratoire basse où vous avez prescrit des antibiotiques)

	Impossible / Pas fiable / Ne le fera jamais	Difficile / Peu fiable / Le fera rarement	Réalisable mais com- plexe / Le fera régulièrement	Accessible / Le fera toujours
Consultation de réévaluation programmée à J3	☐	☐	☐	☐
Télémédecine programmée à J3	☐	☐	☐	☐
Réévaluation par l'IDE pour les patients en EHPAD	☐	☐	☐	☐
Consignes d'auto-surveillance : Arrêt de l'antibiotique si ça va mieux à J3	☐	☐	☐	☐
Consignes d'auto surveillance : Consultation du MG si ça ne a pas mieux	☐	☐	☐	☐
Consignes d'auto surveillance : Allez aux urgences si ça ne va pas mieux	☐	☐	☐	☐

IMAGERIE = Radio thoracique souhaitable

Rappel de la reco :

- * Une radiographie thoracique est recommandée pour diagnostiquer une PAC ambulatoire. Un délai de réalisation inférieur à 3 jours est souhaitable.
- * Une radiographie thoracique doit être pratiquée en cas d'évolution initiale non favorable.
- * La réalisation d'un scanner thoracique paraît justifiée en cas de non-amélioration ou aggravation des signes respiratoires à 48-72 heures de traitement ou, à distance (après un délai d'au moins 2 mois), s'il existe des facteurs de risque de cancer pulmonaire (âge > 50 ans + tabagisme)

Dans votre contexte d'exercice professionnelle, dites-nous si vous pouvez effectuer ces conduites à tenir :

	Impossible / Ne le fera jamais	Difficile / Le fera rarement	Réalisable mais com- plexe / Le fera régulièrement	Accessible / Le fera toujours
Radio thoracique dans les 24h	☐	☐	☐	☐
Réévaluation du diagnostic dans les 24h après la radio	☐	☐	☐	☐
Scanner thoracique en cas de non-amélioration des signes respiratoires à 48-72 heures de traitement	☐	☐	☐	☐
Scanner thoracique après un délai d'au moins 2 mois si facteurs de risque de cancer pulmonaire (âge > 50 ans + tabagisme)	☐	☐	☐	☐