

RETOUR SUR LES CONGRES

SF2H et JNi 2026

 25 JUIN 2026
 14h-16h

LILLE
3-5 JUIN
2026



Alexa Debard
Agnès Lavigne et Blandine Garric



et la région Île-de-France
Palais des Congrès de Paris

Journées Nationales d'infectiologie

du jeudi 18 juin 2026
au samedi 20 juin 2026

1/ Retour sur les groupes SPILF

BUA - Bon Usage Diagnostique

Groupe recommandations :

Infections Urinaires

Ostéo-articulaires

Clostridium

Tuberculose

Grossesse et Listeria

2/ Sessions marquantes :

infections SNC

infections Osseuses

3/ bactériémie / EI

RODEO - TEPSTAR

4/ Allergie pénicilline

5/ Posters

BUA

EHPAD

allergie pénicillines

Teleconsultations en médecine de ville

BUA => BUD bon usage diagnostique

JNi 2026
PARIS

et la région Ile de France Palais des Congrès



Journées Nationales d'Infectiologie

du jeudi 18 juin au samedi 20 juin 2026

Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie

Vendredi 19 juin 2026

Quelles pistes pour éliminer les ECBU inutiles ?



F. Jaureguy, CA. Hobson

Qu'est-ce qu'un ECBU inutile, selon nous ?

- ECBU **non indiqué**
- ECBU indiqué mais de **mauvaise qualité**
- ECBU indiqué, bien réalisé, mais **rendu inadéquat**
- ECBU indiqué, bien réalisé, rendu adéquat, mais **antibiothérapie inappropriée**

JNI 2026, PARIS

Pour dissuader les prescripteurs "écologiques"



1 ECBU : empreinte carbone entre 1,1 kgCO₂e et 2,6 kgCO₂e (données J. Brunier)

...9 millions d'ECBU annuels

soit 9,9 - 23,4 millions kgCO₂

41,360,294 km en voiture thermique



ou **3 000 millions** km en TGV



→ Les ECBU représentent un coût environnemental

JNI 2026, PARIS

Pour dissuader les prescripteurs économes



Prix unitaire d'un ECBU (+/- antibiogramme) : $\approx$ 12.5 euros (B50)

Nombre d'ECBU annuels à l'échelle nationale : +/- **9 millions** (données DCIR, 2015)

Soit +/- 113 millions d'euros par an



Parmi lesquels ... feront suite à un examen clinique

Parmi lesquels ... sont pertinents dans l'indication

Parmi lesquels ... sont de qualité suffisante

Parmi lesquels ... le rendu sera adéquat

Parmi lesquels ... vont conduire à une prescription antibiotique justifiée



→ Les ECBU représentent un coût financier

JNI 2026, PARIS

Pour dissuader les prescripteurs anxieux



Que faire d'un ECBU positif, sans motif de prescription initial,
et sans contexte clinique ?

**Savoir résister à la tentation de prescrire des antibiotiques
sans contexte clinique**



→ Les ECBU favorisent le mésusage antibiotique

JNI 2026, PARIS

Importance d'interroger et examiner les patients: identifier les symptômes

Insister sur les règles de bonnes pratiques des ECBU pour diminuer le nombre d'ECBU non interprétables car mal réalisés

- Respecter un temps de stase vésicale avant de réaliser l'ECBU: 4 h (en théorie)
- Se laver les mains avant de faire la toilette pelvienne
- Toilette pelvienne
- Faire l'examen AVANT l'initiation de l'antibiothérapie (en cas de prescription anticipée)

La clinique c'est très chic



L'examen clinique doit toujours primer sur la prescription d'examen complémentaire

Phase pré-analytique : analyse non réalisée

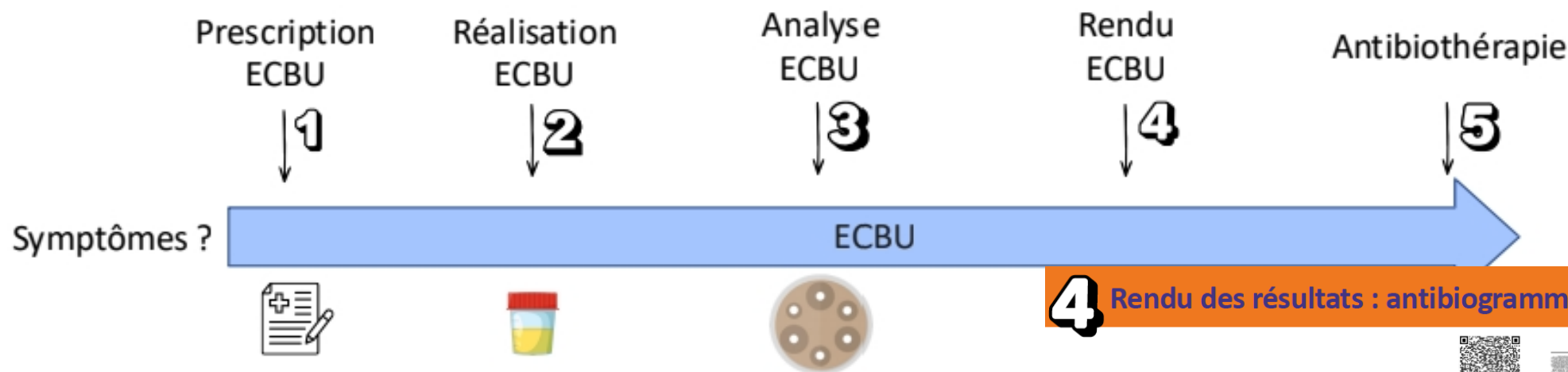
- ECBU avec **délai d'acheminement** > 48 h
- ECBU **redondants** en cas de represcription (paramétrage informatique)



Phase analytique

- Dénombrement des leucocytes/ bactéries** (hors immunodépression, femme enceinte) à l'**examen microscopique**
 - Screening avec un **automate de cytologie urinaire** ? (≈ 60-70 % des ECBU reçus au labo négatifs en culture)
 - Ne pas mettre en culture** en fonction de la cytologie ? → éliminer le diagnostic infection urinaire

Ne pas mettre en culture si pas de critère cytologique d'infection



1 Avant de prescrire



Pas de prescription d'ECBU si :

- Absence de symptômes** (en dehors des femmes enceintes, et selon geste urologique programmé)
- Urines colorées et/ou malodorantes** sans signes d'infection
- Si le diagnostic est possible avec une BU
 - Bon usage BU chez la femme (VPN > 95 %) pour limiter les ECBU
 - En l'absence d'immunodépression (ex : neutropénie)
 - Chez une femme symptomatique, une BU positive suffit au diagnostic de cystite aiguë simple

Piste de réduction:

Ne pas prescrire si pas d'indication

A chaque étape :
une opportunité de réduction

- Objectif principal** : Evaluer le rendu d'antibiogrammes ciblés (ECBU à E. coli) sur la prescription d'antibiotiques à large spectre (le amoxicilline-acide clavulanique, C3G et quinolones) en ambulatoire
- Méthode**
 - Etude multicentrique, prospective, contrôlée
 - Avant-après intervention
 - 2 laboratoires
 - Groupe interventionnel (BIOGROUP)
 - Groupe contrôle (ATOU BIO) : antibiogramme complet
- Données de l'assurance maladie avant (2017) et 1 an après la mise en œuvre de l'intervention (2019)
- Critère d'évaluation principal** : proportion de prescriptions d'antibiotiques à large spectre
- Critère d'évaluation secondaire** : complications (J30)
- Antibiogramme complet à la demande du clinicien
- Résultats**
 - Données comparables entre les 2 groupes
 - ↓ **significative** prescriptions de C3G, ATB à large spectre
 - Appels des médecins pour antibiogramme complet : 1.2 %
 - Pas de différence (consultations, hospitalisations) n'a été observé (complications)

↓ prescriptions inappropriées d'ATB



Original article
Impact of selective reporting of antibiotic susceptibility testing results for urinary tract infections in the outpatient setting: a prospective controlled before-after intervention study
Mati Simon ^{1,2*}, Sébastien Fournier ³, Pierre De Meuse ⁴, Alain Duda ¹, Nathalie Thilly ^{1,2,5}, Céline Peloux ^{1,2,5} on behalf of the ANTIIBIO-clinics Scientific Committee

Table 2
Descriptive results of the prescription proportions of broad-spectrum antibiotics, by group and by period

	Before period (2017)		After period (2019)		Difference (after' period - before' period)	
	Intervention group	Control group	Intervention group	Control group	Intervention group	Control group
Total number of antibiotics prescribed	10 000	12 502	11 146	11 805	—	—
Number (%) of prescriptions of amoxicillin-clavulanate	350 (3.6%)	518 (4.1%)	279 (2.5%)	370 (3.1%)	-1.1%	-1.0%
Number (%) of prescriptions of third-generation cephalosporins	2114 (20.9%)	2582 (20.7%)	1379 (12.4%)	2426 (20.6%)	-8.5%	-0.1%
Number (%) of prescriptions of quinolones	2069 (20.8%)	3059 (24.5%)	2325 (20.8%)	2528 (21.4%)	-7.0%	-0.8%
Number (%) of prescriptions of broad-spectrum antibiotics	5382 (53.1%)	6759 (54.1%)	3863 (34.6%)	5324 (45.1%)	-17.6%	-8.0%
Number (%) of prescriptions of the other antibiotics	4717 (46.7%)	5743 (45.9%)	7163 (64.3%)	6481 (54.9%)	+17.6%	+9.0%

The ATC classification [13] of the antibiotic molecules/classes are presented in parentheses: total antibiotics (J01), amoxicillin-clavulanate (J01CR02), third-generation cephalosporins (J01DD), quinolones (J01MA), broad-spectrum antibiotics (J01CR02 + J01DD + J01MA), other antibiotics (J01 + J01CR02 + J01DD + J01MA). The prescription proportions of dispensed antibiotics are presented in parentheses. Prescription proportion = (number of antibiotics/classes prescribed for Escherichia coli-positive urine cultures with AST during year n)/(number of all antibiotics prescribed for Escherichia coli-positive urine cultures with AST during year n) × 100.

Piste de réduction:

Promouvoir le rendu des antibiogrammes ciblés

4

Rendu des résultats : non rendu des antibiogrammes ?

Etudes	Reducing Antimicrobial Therapy for Asymptomatic Bacteriuria Among Noncatheterized Inpatients: A Proof-of-Concept Study Jeannette A. Leis,^{1,2} Gabriel W. Rebeck,³ Nick Daneman,² Wayne L. Galt,⁴ Susan M. Posternak,^{1,2,4} Pauline Lu,² Michael Laroque,² Karthi G. Shejima,² and Allison McGeer^{1,2,4} 	J Antimicrob Chemother 2017; 72: 1202–1205 doi:10.1093/jac/dkx525 Advance Access publication 19 December 2016 Influence of antimicrobial susceptibility reporting on junior doctors' decision to prescribe antimicrobials inappropriately Lito E. Papanicolaou^{1*}, Renjy Nelson¹ and Morgyn S. Warner¹⁻³ 
Stratégie	- Etude interventionnelle monocentrique : patients sondés (gpe contrôle) vs patients non sondés (gpe interventionnel) - Non rendu des antibiogrammes (ATBg) chez les patients non sondés <u>Critère de jugement principal</u> : taux de traitement des bactériurie asymptomatique (BA) <u>Autres critères</u> : nombre d'appels au laboratoire	- Etude de 5 cas vignettes cliniques (pharyngite , BA, colonisation d'un ulcère de jambe, colonisation respiratoire à BMR d'un patient intubé, et hémoculture contaminée) 70 médecins juniors - Comparaison des comptes rendus de laboratoire avec vs sans ATBg
Résultats	- Taux de traitement des BA dans le groupe <u>avec sonde</u> avant/après : 42 % vs 41 % - Taux de traitement des BA dans le groupe <u>sans sonde</u> avant/après : 48 % vs 12 % (p=0,002) → réduction du risque absolu de traitements non justifiés : - 36 % 5 appels au labo /37 (groupe sans sonde) (13,5%)	Taux de traitement des BA : 47 vs. 81% (p=0.003) ↓ prescriptions inappropriées d'ATB

4 Rendu des résultats : antibiogrammes ciblés

- **Objectif principal** : Evaluer le rendu d'antibiogrammes ciblés (ECBU à *E. coli*) sur la prescription d'antibiotiques à large spectre (ie amoxicilline-acide clavulanique, C3G et quinolones) en ambulatoire
- **Méthode**
 - Etude multicentrique, prospective, contrôlée
 - Avant-après intervention
 - 2 laboratoires
 - **Groupe interventionnel** (BIOGROUP)
 - **Groupe contrôle** (ATOUBIO) : antibiogramme complet
 - Données de l'assurance maladie avant (2017) et 1 an après la mise en œuvre de l'intervention (2019)
 - **Critère d'évaluation principal** : proportion de prescriptions d'antibiotiques à large spectre
 - **Critère d'évaluation secondaire** : complications (J30)
 - Antibiogramme complet à la demande du clinicien
- **Résultats** :
 - Données comparables entre les 2 groupes
 - ↓ **significative** prescriptions de C3G, ATB à large spectre
 - Appels des médecins pour antibiogramme complet : 1,2 %
 - Pas de différence (consultations, hospitalisations) n'a été observé (complications)

↓ prescriptions inappropriées d'ATB



Original article

Impact of selective reporting of antibiotic susceptibility testing results for urinary tract infections in the outpatient setting: a prospective controlled before-after intervention study

Maïa Simon^{1,2,*}, Sébastien Fougnot³, Patrice De Monchy⁴, Alain Duda¹, Nathalie Thilly^{1,2,†}, Céline Pulcini^{4,5,†} on behalf of the ANTIBIO-ciblés Scientific Committee

Table 2

Descriptive results of the prescription proportions of broad-spectrum antibiotics, by group and by period

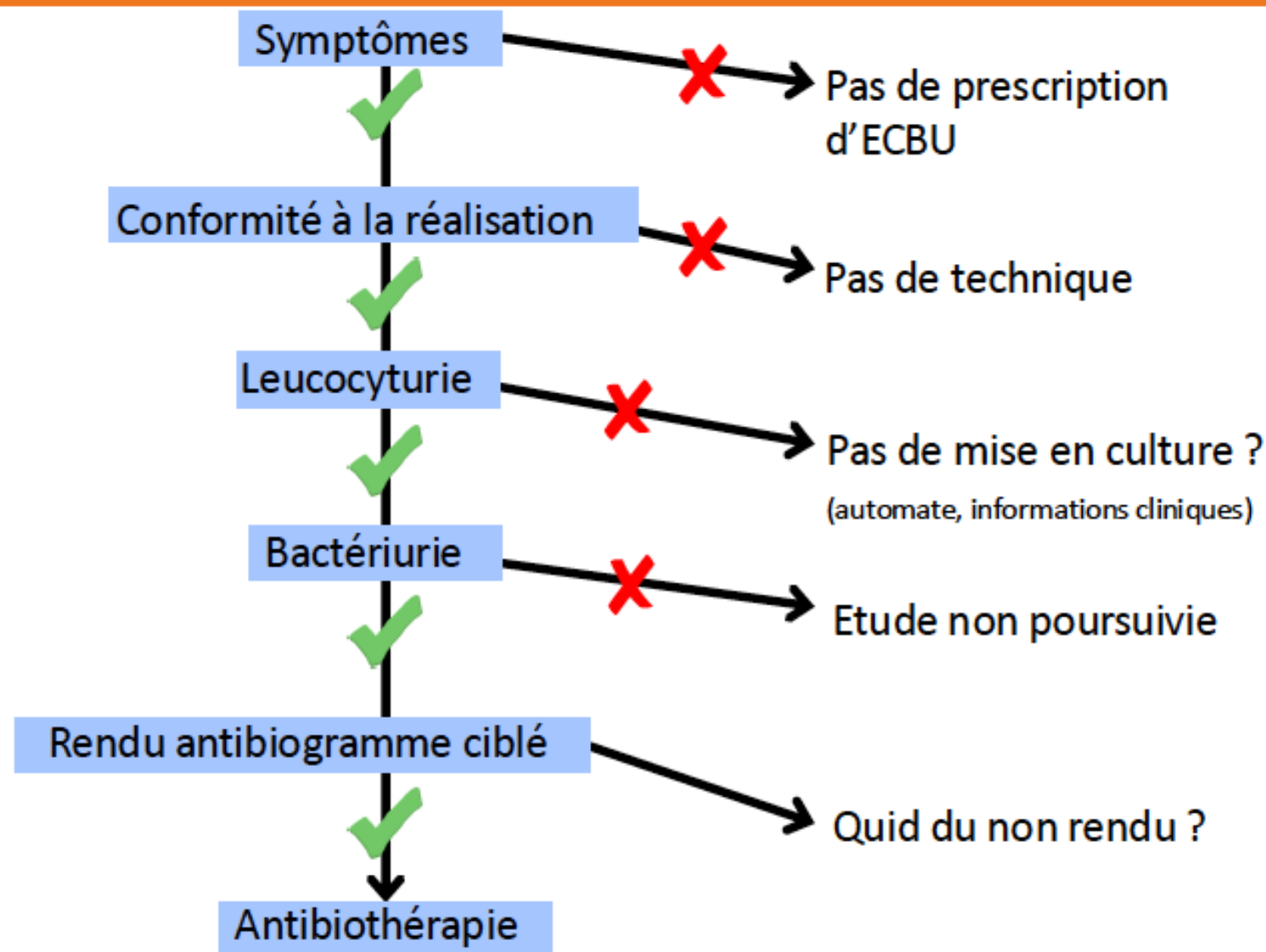
	'Before' period (2017)		'After' period (2019)		Difference ('after' period – 'before' period)		
	Intervention group	Control group	Intervention group	Control group	Intervention group	Control group	
Total number of antibiotics prescribed	10 099	12 502	11 146	11 805	—	—	
Number (%) of prescriptions of amoxicillin-clavulanate	359 (3.6%)	518 (4.1%)	279 (2.5%)	370 (3.1%)	-1.1%	-1.0%	p = 0.30
Number (%) of prescriptions of third-generation cephalosporins	2114 (20.9%)	2582 (20.7%)	1379 (12.4%)	2426 (20.6%)	-8.5%	-0.1%	p < 0.0001
Number (%) of prescriptions of quinolones	2909 (28.8%)	3659 (29.3%)	2325 (20.9%)	2528 (21.4%)	-7.9%	-7.9%	P = 0.8
Number (%) of prescriptions of broad-spectrum antibiotics	5382 (53.3%)	6759 (54.1%)	3983 (35.7%)	5324 (45.1%)	-17.6%	-9.0%	p < 0.0001
Number (%) of prescriptions of the other antibiotics	4717 (46.7%)	5743 (45.9%)	7163 (64.3%)	6481 (54.9%)	+17.6%	+9.0%	p < 0.0001

The ATC classification [19] of the antibiotic molecules/classes are presented in parenthesis: total antibiotic (J01, amoxicillin-clavulanate (J01CR02); third-generation cephalosporins (J01DD); quinolones (J01M); broad-spectrum antibiotics (J01CR02 + J01DD + J01M); other antibiotics (J01 – (J01CR02 + J01DD + J01M)). The prescription proportions of dispensed antibiotics are presented in parentheses. Prescription proportion = [(number of antibiotics/classes prescribed for *Escherichia coli*-positive urine cultures with AST during year n)/(number of all antibiotics prescribed for *Escherichia coli*-positive urine cultures with AST during year n)] x 100.

Piste de réduction:

Promouvoir le rendu des antibiogrammes ciblés

Algorithme de Bon Usage ECBU



BU-32



Enquête sur la pertinence des Examens Cytobactériologiques urinaire (ECBU) à l'hôpital

Bruno Le Falher¹, Josiane Pastorelli¹, Amandine Henry², Caroline Humbert³, Charlotte Wemmert³, Marie Dubert³, Florence Lemann¹

1 : Equipe prévention du risque infectieux, Centre Hospitalier d'Argenteuil

2 : Laboratoire de microbiologie, Centre Hospitalier d'Argenteuil

3 : Equipe multidisciplinaire en antibiothérapie, Centre Hospitalier d'Argenteuil

Contexte

La réalisation inappropriée ou de mauvaise qualité d'un ECBU expose à des surdiagnostics associés à des traitements inappropriés, des surcoûts économiques et un impact écologique.

Objectif : évaluer la pertinence de la réalisation des ECBU sur l'ensemble de l'hôpital

Objectifs secondaires :

- identifier les modalités de prescription,
- étudier la corrélation entre ECBU positifs, le diagnostic d'infection urinaire (IU) et traitement antibiotiques (ATB).

Matériel et méthodes

Etude rétrospective sur 7 jours consécutifs en avril 2025.

Services exclus de l'analyse : réanimation, pédiatrie, consultation



Données recueillies : caractéristiques des patients, signes cliniques spécifiques ou non spécifiques présents, résultat microbiologique de l'ECBU, prescription médicale, diagnostic final retenu par le médecin.



Validation de la pertinence de l'ECBU et de l'IU par un infectiologue.

Résultats



266 ECBU effectués du dimanche au lundi
232 étudiés selon les critères d'inclusion

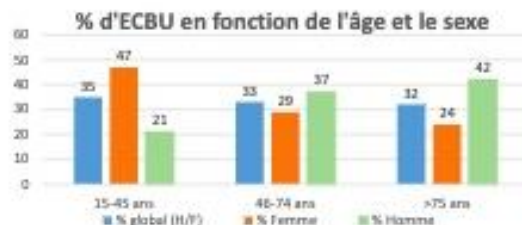


211 patients

15 patients ont eu plusieurs ECBU (2 à 4)

11 % porteurs de sonde urinaire

74 % ECBU notés « milieu de miction »



232 ECBU - 211 patients

29 % ECBU + (n=66)
37 (56 %) monomicrobiens
29 (44 %) polymicrobiens

69 % (n=169)
Signe clinique
spécifique ou non
spécifique

60 % prescrits
40 % à l'initiative de
l'IDE

16 % (34 patients) Infections urinaires / médecin
et ATB justifié pour IU par le médecin

10 % (22 patients) infections urinaires validées par l'infectiologue
15 femmes et 7 hommes
Moyenne âge = 70 ans
18 ECBU + (4 ECBU négatifs car ECBU sous ATB ou ininterprétables)



52 % (n=121) ECBU pertinents
7% d'antibiothérapie inappropriée

Conclusion

Presque un ECBU sur 2 non pertinent

40 % ECBU à l'initiative de l'IDE

30 % effectué sans aucun signe clinique

Discordance entre ECBU positifs et diagnostic
d'infection urinaire : qualité du prélèvement !



- Journée d'échanges sur les pratiques (professionnels hospitaliers, de la ville, d'EHPAD)
- Rappels sur les bonnes pratiques des prélèvements auprès des infirmiers et patients
- Sensibilisation des médecins

1/ Retour sur les groupes SPILF

BUA - Bon Usage Diagnostique

Groupe recommandations :

Infections Urinaires

Ostéo-articulaires

Clostridium

Tuberculose

Grossesse et Listeria

2/ Sessions marquantes :

infections SNC

infection Osseuses

3/ bactériémie / EI

RODEO - TEPSTAR

4/ Allergie pénicilline

5/ Posters

BUA

EHPAD

allergie pénicillines

Teleconsultations en médecine de ville

Infections Urinaires Masculines Aiguës Communautaires de l'Adulte (IUMACA)

Mise à jour des recommandations

Jeu de diapositives réalisé par le comité des référentiels de la SPILF

le ...20/06/2026

A partir de ...publication

Journal Pre-proof

Updated guidelines for management of community-acquired urinary tract infections in adult men by the French infectious disease society (SPILF)

Matthieu Lafaurie^{1*}, Franck Bruyère², Willy Boutfol³, Yvan Caspar⁴, Vincent Cattoir⁵, Aurélien Dinh⁶, Manuel Etienne⁷, Emmanuel Forestier⁸, Antoine Hamon⁹, Vincent Jullien¹⁰, Agnès Lefort¹¹, Philippe Lesprit¹², Florian Lemaitre¹³, Hélène Milacic¹⁴, Véronique Orcel¹⁵, Alain Putot¹⁶, Claire Roubaud¹⁷, Benjamin Soudais¹⁸, Maxime Vallée¹⁹.

Cystite et Pyélonéphrite chez l'homme



Info-antibio N°109 v1 provisoire au: 24/06/26 - Juin 2026

Lettre d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur www.infectiologie.com et sur ce [lien](#)

Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

Infections Urinaires Masculines: antibiothérapie

Recommandation SPILF 2026: [en anglais](#) – en français à venir – diaporama à venir

Cystite

- Traitement probabiliste si le traitement ne peut être différé: Fosfomycine trométamol ou nitrofurantoïne ou pivmécillinam
 - Si S: Poursuivre le même ATB.
 - Si R: Amoxicilline ou fosfomycine-trométamol ou nitrofurantoïne ou pivmécillinam ou triméthoprime
- Si le traitement peut être différé: adapter à l'antibiogramme: Amoxicilline ou fosfomycine-trométamol ou nitrofurantoïne ou pivmécillinam ou triméthoprime

Infection urinaire fébrile, traitement probabiliste

- Patient ambulatoire: Céftioxime ou ciprofloxacine ou lévofloxacine (FQ si pas de FQ dans les 6 mois)
- Patient hospitalisé, forme sans gravité: Céftioxime ou céftazidime
- Patient hospitalisé, sepsis sans choc septique: Céftioxime ou céftazidime PLUS amikacine une fois
- Choc septique sans FdR BLSE (vie en EHPAD, infection/colonisation avec une Enterobacterales C3G-R dans les 3 mois, voyage à l'étranger dans les 3 mois, prise de FQ/C3G/amox-clav dans les 3 mois): Céftioxime ou céftazidime PLUS amikacine une fois
- Choc septique avec au moins un FdR BLSE: Imipénème ou mérépénème PLUS amikacine une fois

Relai oral selon antibiogramme:

Pyélonéphrite aiguë par priorité: Amoxicilline, triméthoprime-sulfaméthoxazole, amox-clav, FQ (cipro, lévo ou ofloxacine), céfixime
Prostatite aiguë par priorité: triméthoprime-sulfaméthoxazole, FQ (cipro, lévo ou ofloxacine).

Si résistance ou CI des précédents: Fosfomycine-trométamol, amoxicilline, amox-clav

Poursuite du traitement si un relais oral ne peut être fait:

- Enterobacterales sensibles aux C3G: Céftioxime ou céftazidime
- Enterobacterales résistantes aux C3G par céphalosporinase hyperproduite: Céfépime ou témocilline
- Enterobacterales productrices de BLSE:
 - Premier choix: Céfixime (uniquement si E. coli ou Proteus) ou pipéracilline-tazobactam ou témocilline
 - Deuxième choix: Ertapénème ou imipénème ou mérépénème

Relais oral si R C3G

- Pyélonéphrite aiguë par préférence: triméthoprime-sulfaméthoxazole, amox-clav, FQ (cipro, lévo ou ofloxacine)
- Prostatite aiguë par préférence: triméthoprime-sulfaméthoxazole, FQ (cipro, lévo ou ofloxacine), fosfomycine-trométamol
- Si pas de relais oral possible, continuer comme Enterobacterales productrices de BLSE.
- Enterococcus sp: Amoxicilline. Si contre-indication ou résistance amoxicilline: avis spécialisé

Si allergie avec CI à toutes les bêta-lactamines et infection fébrile

- Pas de sepsis/choc et pas de FQ dans les 6 mois: Ciprofloxacine ou lévofloxacine
 - Pas de sepsis/choc et prise de FQ dans les 6 mois ou CI FQ: Amikacine une seule fois puis avis spécialisé
 - Sepsis, ou choc: Amikacine une seule fois PLUS ciprofloxacine ou lévofloxacine une dose puis avis spécialisé
- Relais PO, par préférence: triméthoprime-sulfaméthoxazole, FQ (ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine), (uniquement si prostatite) fosfomycine-trométamol
- Si pas de relais PO possible: avis spécialisé

Durée totale d'antibiothérapie active sur le pathogène:

- Pyélonéphrite aiguë: 7 jours, si bêta-lactamine parentérale et/ou FQ et/ou triméthoprime-sulfaméthoxazole
 - Autres molécules/voies: 10 jours
 - 5 jours si amikacine exclusivement
- Prostatite aiguë: 14 jours
- Cystite 7 jours sauf fosfo-trométamol 3 doses

Posologies recommandées

Amikacine: 30/mg/kg/j en 30 min, amoxicilline+/clav 1 g/8h, céfepime 1à2 g/8h, céfixime 200mg/12h, céftazidime 1à2 g/8h, céftioxime 6g/24h, céftazidime 1à2 g/24h, ciprofloxacine 300 mg/12h, ertapénème 1g/j, fosfomycine-trométamol cystite 3g à j1-j3/prostatite 3g/j, imipénème 300mg à 1g/8h, lévofloxacine 300 mg/24h, mérépénème 1à2 g/8h, nitrofurantoïne 100 mg/8h, ofloxacine 200mg/12h, pipéracilline-tazobactam 4g/8h, pivmécillinam 400 mg/12h, témocilline 2g/8h, triméthoprime 300 mg/24h, triméthoprime-sulfaméthoxazole 160/800: 1cp/12h.

Les fortes posologies (C3G et carbapénème) sont si sepsis ou choc uniquement.

Un service de Médecine et Maladies Infectieuses Formation & de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Rédigé par le Dr S. Allardet.

Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques: Recommandations: infectiologie.com - ANSM - HAS - Ministère de la Santé, CRATB (Centre Régional en Antibiothérapie): Auvergne Rhône Alpes - Bourgogne Franche-Comté - Bretagne - Corse - Grand Est - Hauts de France - Île de France - Normandie - Nouvelle Aquitaine - Pays de la Loire - Provence Alpes Côte d'Azur



ECBU



- Non recommandé dans les situations suivantes :
 - Rétention aiguë d'urine isolée
 - Signes généraux non spécifiques du sujet âgé (confusion, dépendance aiguë, altération brutale de l'état général, décompensation d'organe, chute) lorsqu'il n'y a pas de signes d'infection urinaire associés
 - Après un traitement antibiotique curatif conduisant à la guérison clinique

Cystite aiguë bactérienne, diagnostic



- Diagnostic clinique : présence de signes cliniques locaux, d'apparition aiguë, et absence de fièvre
- Signes locaux : brûlures urétrales per-mictionnelles, pollakiurie, urgenturie, dysurie, nycturie, douleur de l'hypogastre. L'association d'une hématurie macroscopique est possible
- ECBU : seul examen complémentaire recommandé pour confirmer le diagnostic
- Prélèvement sanguin : non recommandé (pas de dosage du PSA ni des marqueurs de l'inflammation)

Cystite aiguë bactérienne, antibiothérapie initiale



- Si bonne tolérance ou diagnostic douteux : attendre les résultats de l'ECBU pour débuter un traitement antibiotique adapté à la documentation microbiologique et l'antibiogramme
- Dans le cas contraire, traitement oral probabiliste
 - Fosfomycine-trométamol (3 g à J1-J3-J5)
 - Ou nitrofurantoïne 100 mg x3/j
 - Ou pivmécillina 400 mgx2/j

Cystite aiguë bactérienne, antibiothérapie après documentation



- Poursuite du traitement probabiliste si uropathogène sensible
- Sinon, adaptation selon antibiogramme :

Par ordre alphabétique: amoxicilline 1gx3/j OU fosfomycine-trométamol 3g/prise OU nitrofurantoïne 100 mg x3/j OU pivmécillina 400 mgx2/j OU triméthoprime 300 mgx1/j

- Durée du traitement :
 - 7 jours
 - Sauf fosfomycine-trométamol J1-J3-J5

Prostatite aiguë, diagnostic



- Signes cliniques de cystite + fièvre ou manifestations systémiques d'infection + ECBU positif
- Toucher rectal : uniquement si doute diagnostique entre cystite et prostatite
- Dosage du PSA : non recommandé
- Si prise en charge en ville :
 - Dosage de la créatinine sérique non recommandé sauf facteurs de risque d'insuffisance rénale aiguë (insuffisance rénale chronique, antécédents urologiques, déshydratation, traitements à risque : diurétiques, IEC, AINS, aminosides...)
 - Dosage des marqueurs inflammatoires et hémocultures non recommandés

Prostatite aiguë, imagerie



Recommandée uniquement dans les situations suivantes :

- En urgence :
 - Si sepsis ou choc septique : scanner abdomino-pelvien injecté
 - Si doute sur une rétention aiguë d'urine : bladder scanner ou échographie sus-pubienne, pour un drainage en urgence si rétention d'urine
- Après 72h d'une antibiothérapie adaptée :
En cas de mauvaise évolution clinique (persistance de la fièvre ou aggravation des signes urinaires) → IRM ou TDM injectée ou échographie prostatique par voie endo-rectale à la recherche d'un abcès prostatique

Prostatite aiguë, antibiothérapie initiale (1)



- Absence de signe de gravité
 - Traitement initié en milieu hospitalier : céfotaxime IV 3g/jour OU ceftriaxone IV 1g/jour
 - Traitement initié en ambulatoire :
 - Ceftriaxone IV ou IM ou SC 1g/jour
 - Ou ciprofloxacine PO 500 mgx2/jour OU lévofloxacine PO 500 mg/jour (en l'absence de prise de fluoroquinolones dans les 6 mois, nausées, vomissements, malabsorption, observance incertaine...)

- Sepsis

Céfotaxime IV 6g/jour OU ceftriaxone IV 2g/jour et amikacine 30 mg/kg, dose unique

Prostatite aiguë, antibiothérapie initiale (2)



- Choc septique*
 - Pas de facteurs de risque d'infection à Enterobacterales résistantes aux C3G **: Céfotaxime IV 6g/jour OU ceftriaxone IV 2g/jour et amikacine 30 mg/kg, dose unique
 - Au moins 1 facteur de risque d'infection à Enterobacterales résistantes aux C3G **: Imipénème IV 3g/jour OU méropénème IV 6g/jour et amikacine 30mg/kg, dose unique

*Sepsis + défaillance hémodynamique nécessitant un vasopresseur et lactatémie > 2 mmol/l

** Patient vivant dans un EHPAD - Infection et/ou colonisation à Enterobacterales résistant aux C3G dans les 3 mois - Voyage à l'étranger dans les 3 mois - Prise de fluoroquinolones, amoxicilline-acide clavulanique ou C3G dans les 3 mois

Prostatite aiguë, antibiothérapie, relais (1)



- Relais oral possible, par ordre préférentiel
 - Sulfaméthoxazole-triméthoprim PO 800/160 mg 1 cpx2/jour
 - Ciprofloxacine PO 500 mgX2/jour OU lévofloxacine PO 500 mg/jour OU ofloxacine PO 200 mgx2/jour
 - Si résistance ou contre-indication à l'association triméthoprim-sulfaméthoxazole et aux fluoroquinolones, après retour à l'apyrexie et par ordre préférentiel :
Fosfomycine-trométamol 3g tous les jours OU amoxicilline PO 1gx3/jour OU amoxicilline-acide clavulanique PO 1gx3/jour
- Pas de relais oral possible : céfotaxime IV 3g/jour OU ceftriaxone IV, IM ou SC 1g/jour

14 jours

Prostatite aiguë, antibiothérapie, relais (2)



Enterobacterales résistantes aux C3G

- Résistance par hyperproduction de céphalosporinase : céfépime IV 4g/jour OU témocilline IV 6g/jour
- Résistance par production de BLSE :
 - 1^{er} choix, par ordre alphabétique : céfoxitine IV 6g/jour (seulement si *E. coli* ou *Proteus*) OU pipéracilline-tazobactam IV 12g/jour OU témocilline IV 6g/jour
 - A défaut, par ordre alphabétique : ertapénème IV 1g/jour OU imipénème IV 3g/jour OU méropénème IV 3 g/jour
- Puis relais oral, par ordre de préférence : Sulfaméthoxazole-triméthoprim, ciprofloxacine OU lévofloxacine OU ofloxacine, fosfomycine trométamol

Pyélonéphrite aiguë, antibiothérapie, relais (1)

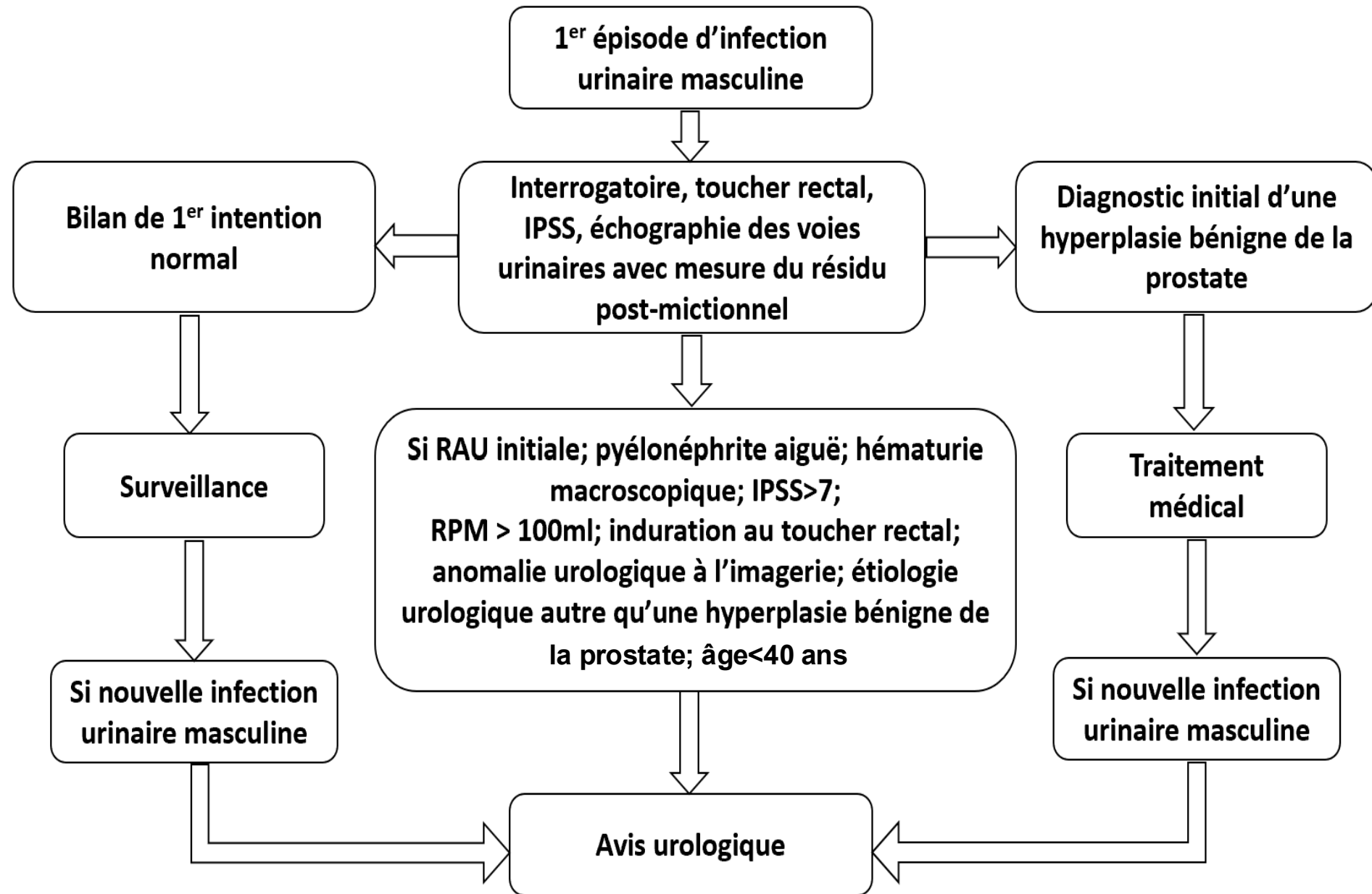


- Relais oral possible, par ordre préférentiel
 - Amoxicilline 1gx3/jour
 - Sulfaméthoxazole-triméthoprim 800/160 mg 1 cpx2/jour
 - Amoxicilline-acide clavulanique 1 gx3/jour
 - Ciprofloxacine 500 mg x2/jour OU lévofloxacine 500 mg/jour OU ofloxacine 200 mg x2/jour
 - Céfixime 400 mgx2/jour
- Pas de relais oral possible : céfotaxime IV 3g/jour OU ceftriaxone IV, IM ou SC 1g/jour

- 7 jours : si traitement par bêta-lactamine parentérale et/ou fluoroquinolone et/ou sulfaméthoxazole-triméthoprim
- 10 jours : si autre(s) antibiotique(s) utilisé(s)

Prostatite et Pyélonéphrite aiguës, allergie contre-indiquant l'utilisation de toute bêta-lactamine

- Traitement probabiliste
 - Absence de sepsis ou choc septique :
Ciprofloxacin PO OU lévofloxacin PO, en l'absence de prise de fluoroquinolone dans les 6 mois
 - Sepsis ou choc septique ou contre-indication aux fluoroquinolones
Amikacin dose unique puis avis spécialisé
- Relais oral
Par ordre de préférence : sulfaméthoxazole-triméthoprime, ciprofloxacin OU lévofloxacin OU ofloxacin, fosfomycine-trométamol (uniquement si prostatite)
- Pas de relais oral possible : avis spécialisé



IU Vessie Neurologique

Sur vessie neurologique, le diagnostic d'IU est un défi.

Dans le cas des spina bifida, le profil est mixte avec un défaut de vidange vésical mais une hyperactivité vésicale.

Recos spécifiques pour les IU sur vessie neurologique

Diagnostic de l'IU sur vessie neurologique :

- Augmentation ou apparition de fuites
- Spasticité
- Fatigue
- Dysautonomie réflexe
- Leucocyturie : plutôt VPN mais pas un critère diagnostique en soi
- Bactériurie à différents seuils en fonction de la méthode de recueil

/ !\ Sur la KP : ne PAS utiliser la fosfomycine ni le pivmécillinam

Les recos européennes et américaines évoluent : changement de paradigme, la fin du « tout prostatite » chez l'homme.

On peut traiter une cystite masculine par

- FOSFOMYCINE J1 J3 J5
- NITROFURANTOINE
- PIVMECILLINAM

L'EAU (uro européens) différencie IU localisée = cystite VS IU systémique = avec fièvre

EAU Guidelines on Urological Infections

G. Bonkat (Chair), J. Kranz (Vice chair), T. Cai, S.E. Geerlings, B. Köves, M.M.C Lambregts, G. Mantica, A. Pilatz, J. Medina-Polo, L. Schneidewind, S. Schubert, M. Vallée, R. Veeratterapillay, F. Wagenlehner
Guidelines Associates: K. Bausch, W. Devlies, L. Leitner, F.P. Stangl

Guidelines Office: H. Ali, E.J. Smith

Localised UTI (i.e., cystitis)	Systemic UTI
• Cystitis with typical signs/symptoms (e.g., frequency¹, urgency², suprapubic pain³) • No signs/symptoms of systemic infection • Applies to all sexes⁴ • Risk factors may be present and should be addressed	• UTI with signs/symptoms of systemic infection (e.g., fever⁵, chills⁶) • May also include typical local symptoms (e.g., for pyelonephritis⁷ or prostatitis⁸) • Risk factors may be present and should be addressed
	

Beaucoup moins d'ECBU avant geste en 2026 !



Acte interventionnel ou chirurgical	Indication d'un ECBU préopératoire Références (niveau de preuve) (grade de la recommandation)
ECBU indiqué	
Résection transurétrale de prostate (RTUP)	Oui : [ElMalik et al. 2000] (NP2) / Grade B
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : énucléation (laser holmium [HoLEP], laser thulium [ThuLEP], laser greenlight [GreenLEP], bipolaire [BIPOLEP])	Oui / Grade AE
Résection transurétrale de la vessie (RTUV)	Oui : [Kohada et al. 2019] (NP4) [Kutchukian et al. 2024] (NP3) / Grade C
Cure de jonction pyélo-urétérale	Oui comme JJ -> cf. recommandations du CIAFU [Bey et al. 2021]
Uréthroplastie	Oui : [Noble et al. 2022] (NP4) / Grade C
Urétéroplastie	Oui / Grade AE
Urétéroscopie diagnostique et/ou thérapeutique	Oui : [Martov et al. 2015] (NP2) [Sohn et al. 2013] (NP4) / Grade B -> Cf. recommandations du CLAFU [Raynal et al. 2023]
Uréthrotomie	Oui : [Noble et al. 2022] (NP4) / Grade C
Montée ou changement de sonde de néphrostomie, mono J ou JJ	Oui : cf. Reco AFU 2021
Néphrolithotomie percutanée	Oui / Grade A, et si possible urine pyélique : [Yang et al. 2022] (NP4) [Amier et al. 2022] (NP4) / Grade C -> cf. recommandations du CLAFU [Abid et al. 2023]
Bilan urodynamique	Oui / Accord fort d'après [Egrot et al. 2018]

ECBU non indiqué

Prostatectomie totale	Non : [Bourgi et al. 2025b] (NP4) / Grade C
Adénomectomie chirurgicale	Non / Grade AE
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : pose d'implant intraprostatique (UROLIFT) et embolisation des artères prostatiques	Non / Grade AE
Biopsie de la prostate par voie trans-périnéale	Non -> cf. recommandations du CCAFU [Ploussard et al. 2022]
Biopsie de prostate par voie transrectale	Non -> cf. recommandations du CIAFU [Bruyere et al. 2021]
Cystectomie sustrigonale partielle ou totale, quel que soit le mode de dérivation	Non : [Haider et al. 2019] [Kyoda et al. 2010] (NP4) / Grade C
Cystoscopie	Non : [Herr 2012b] [Herr 2013] [Herr 2015] [Herr 2016] (NP3 -> NP2 car plusieurs études concordantes) / Grade B
Cure d'incontinence urinaire : implantation d'un sphincter urinaire artificiel	Non : [Kavoussi et al. 2017] (NP4) / Grade C
Instillations thérapeutiques endovésicales (BCG, chimiothérapie anticancéreuse, acide hyaluronique, chondroïtine sulfate, ...)	Non : [Bourgi et al. 2025a] (NP4) [Herr 2012a] [Herr 2012b] [Herr 2013] [Herr 2016] [Herr 2020] (NP2) / Grade B
Neuromodulation des racines sacrées	Non / Grade AE
Néphrectomie partielle, totale	Non : [Bruyere et al. 2025] (NP3) [Ayoub et al. 2024] (NP4) / Grade C
Surrénalectomie	Non / Grade AE
Embolisation des artères rénales	Non / Grade AE
Biopsie rénale ou thermoablation de tumeur rénale	Non / Grade AE
Pose ou changement de cathéter de dialyse intrapéritonéale	Non / Grade AE
Uréthrocystographie rétrograde	Non / Grade AE
Pose d'implant pénien	Non : [Kavoussi et al. 2017] (NP4) / Grade C
Pose de prothèse testiculaire	Non / Grade AE
Chirurgie scrotale ou du pénis sans prothèse	Non / Grade AE
Injection de toxine botulinique A	Non / Grade AE
Pose, ablation ou changement de sonde vésicale, cathéter suspubien	Non / Grade AE
Radiothérapie, curiethérapie	Non / Grade AE
Pose de fiduciaires dans la prostate	Non / Grade AE

Ne pas mettre d'antibioprophylaxie si vidange non optimisée ! ++++

WOCA (antibiocycle) chez les patients blessés médullaires

Randomized Controlled Trial > Clin Infect Dis. 2020 Dec 15;71(12):3128-3135.
doi: 10.1093/cid/ciz1207.

Weekly Sequential Antibioprophylaxis for Recurrent Urinary Tract Infections Among Patients With Neurogenic Bladder: A Randomized Controlled Trial

Aurélien Dinh¹, Marie-Charlotte Hallouin-Bernard², Benjamin Davido³, Adrien Lemaignan²,
Frédérique Bouchand³, Clara Duran¹, Alexia Even⁴, Pierre Denys⁴, Brigitte Perrouin-Verbe⁵,
Albert Sotto⁶, Jean-Philippe Lavigne⁷, Franck Bruyère⁸, Nathalie Grall⁹, Elsa Tavernier¹⁰,
Louis Bernard²

> Med Mal Infect. 2016 Sep;46(6):294-9. doi: 10.1016/j.medmal.2016.02.010. Epub 2016 Jun 16.

Prevention of urinary tract infections by antibiotic cycling in spinal cord injury patients and low emergence of multidrug resistant bacteria

C Poirier¹, A Dinh², J Salomon², N Grall³, A Andreumont³, L Bernard⁴

JNI 2026, PARIS

	WOCA Prophylaxis (N = 23)	No Prophylaxis (N = 22)	P
Number of UTIs per year, median [IQR]	12.0 [6.5-12.0]	9.5 [6.0-11.8]	
Outcome			
Number of UTIs, median [IQR]	1.0 [0.5-2.5]	2.5 [1.2-4.0]	.024

The incidence of antimicrobial resistance of isolates from urine cultures between the 2 groups was not different throughout the follow-up period, no MDRO emergence

Variables	N=50 SCI patients	Before WOCA	During WOCA	P
Urinary tract infection per patient per year				
Cystitis		9.45	1.57	0.0001
Febrile UTI		5.25	0.18	0.0001
MDRB colonization				
Percentage of positive urine sample cultures		86	57	<0.0001
MDRB-colonized patients		9	4	NS

WOCA = antibioprophylaxie séquentielle = alternance d'une dose pleine UN SEUL JOUR PAR SEMAINE de deux antibiotiques différents considérés comme à faible impact écologique. Par exemple une dose plein de Selexid puis une dose pleine de fosfomycine un dimanche sur deux.
Eviter à tout prix de faire du continu à petite dose !

Stratégies de prévention antibiotiques

Antibiotique

- Évitez l'utilisation « en continu » d'antibiotiques en cas d'infections urinaires récurrentes. (Recommandation forte)
- Une prophylaxie antibiotique à faible dose et à long terme peut réduire la fréquence des infections urinaires, mais elle augmente la résistance bactérienne. (Niveau de preuve 2a)
- **L'administration hebdomadaire alternée** à titre prophylactique a donné des résultats positifs à long terme, mais ceux-ci doivent encore être confirmés. (Niveau de preuve 2a)
- Proposer un **traitement antibiotique prophylactique hebdomadaire** à patients sélectionnés blésés médullaires sous auto-sondage et qui présentent des infections urinaires récurrentes. (Recommandation forte)

24-25

SEPTEMBRE 2026
TOURS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

JIAFU

JOURNÉES
D'INFECTIOLOGIE
DE L'AFU

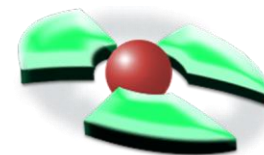


Recommandations pour la pratique clinique: prise en soin de 1^{ère} intention des infections de prothèses articulaires de hanche, genou et épaule chez l'adulte

Etienne Canouï



Société Française
de Microbiologie



SFMN



Epidémiologie des IPOAs en France:

- ❖ **Complication « classique » de toute procédure d'arthroplastie:**
 - 0,8 à 1,5% post-procédure (stable depuis 10 ans)
 - **171 585 PTH, 144 827 PTG et 23 040 PTE implantées en 2024**
 - **Soit 2 500 à 3 500 IPOA/ an**
 - 1/3 dans le premier mois suivant la chirurgie initiale, 1/2 au-delà d'un mois, 10 à 15% d'origine hématogène
 - **Projections pour 2017-2030: doublement du nombre d'IPOA**
- ❖ **Morbidité:**
 - altération durable de la qualité de vie socio-professionnelle
 - **Mortalité:** 15% à 25% à 5 ans
 - fardeau médico-économique important
- ❖ **Diagnostic précoce et prise en soin multidisciplinaire :** amélioration significative du pronostic et des complications
- ❖ **Organisation française:** Estimation : 40 à 50% des IPOA sont expertisées par les CRIOAC

Recommandations SPILF 2026: classification

- ❖ On distinguera les infections de prothèse post-opératoire des infections d'origine secondaire:
- ❖ **Post-opératoire** : survenant au décours de la pose de matériel prothétique, sans intervalle totalement asymptomatique
 - Aigue : survenant dans les 4 semaines après la chirurgie
 - Chronique : survenant au-delà de 4 semaines après la chirurgie
- ❖ **Infection d'origine secondaire** : survenant sur prothèse préalablement asymptomatique, et dans un contexte d'infection aigue (bactériémie ou infection loco-régionale)
 - Aigue : délai de moins de 3 semaines depuis les premiers symptômes
 - Chronique : délai de plus de 3 semaines

Quelle est la place de la ponction articulaire préopératoire dans le diagnostic d'IPOA?

- ❖ Non recommandée au cours de la prise en charge de l'IPOA postopératoire aiguë (AE)
- ❖ En présence de fistule, il n'est pas recommandé de réaliser une ponction
- ❖ Au cours d'un **IPOA post-op chronique ou secondaire sans fistule** :
 - il est recommandé de réaliser une ponction articulaire avant toute antibiothérapie (B2)
 - Une ponction avec culture du liquide articulaire négative n'élimine pas une IPOA (B2)



< 4semaines		3-24 mois	>24 mois	origine secondaire
<i>S. aureus</i> SCN Entérobactérales Polymicrobien		Streptocoques Anaérobies	Entérobactérales Streptocoques Polymicrobien	SCN <i>S. aureus</i> Entérobactérales <i>Cutibacterium sp.</i>
		SCN <i>S. aureus</i> Entérobactérales <i>Cutibacterium sp.</i>	Entérobactérales Streptocoques Polymicrobien	<i>S. aureus</i> Streptocoques Entérobactérales SCN Anaérobies

Recommandations SPILF 2026:

Prélèvements: quand?

Les critères donnant lieux à des POPs (AE)

- ❖ Toute suspicion d'IPOA
- ❖ Réimplantation de prothèse + et constatation per opératoire (incluant les métalloses)
- ❖ Révision prothétique dont la cause n'est pas clairement mécanique ou traumatique + descellement précoce (5 ans)
- ❖ Reprise pour hématome

La réalisation de POPs pour toutes les révisions d'arthroplastie n'est pas justifiée (AE)

- ❖ Risque de contamination: jusqu'à 43% sur des prélèvements effectués en fin de bloc en chirurgie réglée (staphylocoques à coagulase négative, Cutibacterium spp, corynébactéries)
- ❖ vs taux d'infection après prothèse de hanche ou de genou est < 2%
- ❖ en cas d'infection survenant après le changement de prothèse, celle-ci dans la majorité n'est pas liée à l'agent infectieux isolé lors des cultures systématiques
- ❖ MSIS 2025: en faveur de 3 prélèvements systématiques lors de toute révision d'arthroplastie (recommandation modérée)
- ❖ Ni la SPILF, ni le groupe Européen de l'EBJIS ne prennent position en faveur d'une telle proposition.
- ❖ Cette attitude n'est acceptable que si elle est suivie d'une antibiothérapie probabiliste poursuivie jusqu'aux résultats des cultures.

Recommandations SPILF 2026: traitement chirurgical

❖ Les experts proposent d'utiliser l'acronyme SYLAC (SYnovectomie, LAvage et Changement de pièces intermédiaires).

Types d'IPOA	Temporalité	Chirurgie recommandée	Commentaire	Grade
Post-opératoire	aiguë (≤ 4 semaines depuis la pose de prothèse)	SYLAC*	Délai SYLAC poussé à 12 semaines si symptômes ≤ 3 semaines*	B2
	chronique (>4 semaines depuis la pose de prothèse)	R1T		B2
Secondaire	aiguë (≤ 3 semaines depuis le début des symptômes)	SYLAC*	Pas d'urgence absolue symptômes ≤ 1 semaines	B2
	chronique (> 3 semaines depuis le début des symptômes)	R1T		B2

* Utilisation d'un score clinique pour évaluer la possibilité de réaliser une SYLAC (B2)

Recommandations SPILF 2026 : ATB probabiliste

- ❖ Doit avoir un **spectre suffisamment large** pour inclure l'ensemble des bactéries potentiellement responsables de l'infection en s'adaptant à **l'écologie locale** et être définie de **façon multidisciplinaire** avant la chirurgie (B)
- ❖ **L'identification préalable** d'une bactérie pathogène impose de l'intégrer au spectre (B2).
- ❖ La **colonisation digestive à BMR** ne doit pas, influencer le choix de l'antibiothérapie probabiliste (C3)
- ❖ **Doit contenir une molécule anti-Gram positif et une molécule anti-Gram négatif** (B2)

Spectre de la molécule	1 ^{ère} Intention	2 ^{ème} intention/ alternative
Anti- Gram positif	Daptomycine	Linézolide/ vancomycine
Anti-Gram négatif	Pipéracilline-Tazobactam* ou Céfépime\$	Aztreonam [#]

*à privilégier en cas de suspicion d'infection à anaérobies (hors *C.acnes*)

\$ à prioriser en cas de suspicion d'entérobactéries du groupe 3

en dehors des allergies à la ceftazidime et/ou d'allergie grave contre-indiquant l'usage de β -lactamine

Recommandations SPILF 2026 : ATB probabiliste

- ❖ **Administrée en peropératoire**, après la réalisation des POPs, avant l'implantation du nouveau matériel (A1)
- ❖ **En cas de critère de gravité systémique:**
 - Probabiliste avant la chirurgie
 - après réalisation des prélèvements microbiologiques pré-opératoires (hémocultures + ponction articulaire ou d'un abcès) (A1)
- ❖ **Arrêt de l'ATB anti-gram négatif à J5 si:**
 - Pas d'antibiothérapie dans les 14 jours précédant la reprise chirurgicale
 - POPs conformes aux recommandations et cultures ne retrouvant pas de bactérie à Gram négatif (B2)
- ❖ **Relai oral:**
 - Si sensibilité à des molécules administrables par voie orale et efficaces dans cette indication
 - En l'absence de troubles d'absorption
 - Dès la documentation bactériologique définitive obtenue (dès J5 et toujours avant J14)
 - En cas de bactériémie à *S. aureus*, l'antibiothérapie IV doit être prolongée selon les recommandations en vigueur (A1)

Recommandations SPILF 2026 : durée de traitement

Stratégie chirurgicale	Durée recommandée	Grade	Commentaires
Maintien des implants pour IPP aiguë (SYLAC)	12 semaines	A1	8 semaines si IP à <i>Staphylococcus sp</i> , pris en soin précocement, changement des pièces mobiles et traitement par lévofloxacine et rifampicine et évolution favorable (C3)
Changement complet en un temps (R1T)	12 semaines	A1	6 semaines envisagées si geste chirurgical optimal, antibiothérapie de première ligne et absence d'immunodepression (C2)
Changement complet en deux temps (R2T)	12 semaines	B2	Il n'y a pas de consensus sur l'opportunité d'une fenêtre de 2 semaines sans antibiotiques avant le 2 nd temps.
Dépose-arthrodèse (1 ou 2 temps)	6 à 12 semaines	Avis d'expert	6 semaines envisagées si geste chirurgical optimal, utilisation de l'antibiotique recommandé, terrain non complexe
Dépose	6 à 12 semaines	C4	
Amputation	6 semaines	Avis d'expert	

CD. A Bleibtreu.
=> voir recommandation

Définitions

Facteurs pronostiques associés à un haut risque de récurrence (ESCMID 2021)	Niveau d'évidence
Age ≥ 65 ans	Fort, modéré
Episode antérieur d'infection à <i>C. difficile</i>	Fort, modéré
Episode lié aux soins et hospitalisation dans les 3 derniers mois	Faible, bas
Antibiothérapie systémique concomitante après le diagnostic	Faible, très bas
Traitement par IPP pendant ou au décours du diagnostic	Faible, très bas

Molécule	Dosage recommandé	Voie
Fidaxomicine	200 mg/12 h qsp 10j	Per os
Fidaxomicine pulsée	200 mg/12 h qsp de J1 à J5, puis 200 mg toutes les 48h de J7 à J25	
Vancomycine	125 mg/6 h qsp 10j	
Vancomycine pulsée	125 mg/6 h qsp 14j, puis 125 mg/12 h qsp 7j, puis 125 mg/24 h qsp 7j, puis 125 mg toutes les 48 h qsp 7j, puis 125 mg toutes les 72 h qsp 7j	

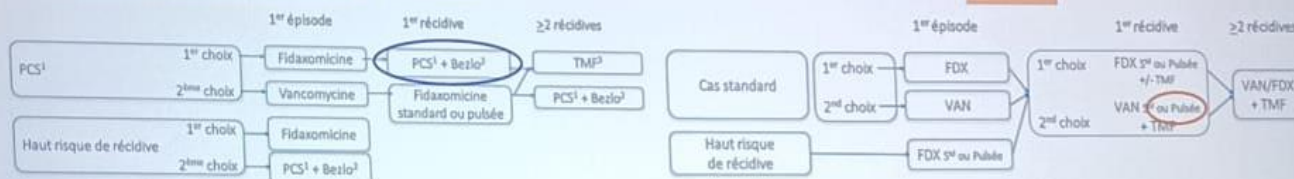
JNI 2026, PARIS

1ère récurrence d'ICD : Vancomycine

1ère récurrence = Pop à Ht risque

2022

2026



❖ La vancomycine pulsée n'est pas recommandée en remplacement de la fidaxomicine (Std ou pulsée) lorsque celle-ci est disponible et accessible (Grade AE).

❖ La vancomycine pulsée est possible en alternative à la vancomycine standard. (Grade AE)

JNI 2026, PARIS PEC: Prise en charge; ICD= Infection à *Clostridioides difficile*; FDX = Fidaxomicine; VAN = Vancomycine; Std= Standard (10 jours); TMF = Transplantation microbiote féc





La Tuberculose pulmonaire multi-sensible

Meet the Expert

Prof. Pierre TATTEVIN
Maladies Infectieuses et Emergentes,
Hôpital Pontchaillou, CHU Rennes





Recommandations « TUBERCULOSE »

Co-portées par la SPLF et la SPILF

(2023-2026)



ADER Florence, **ANDREJAK Claire**, BENNIS Youssef, BLANC François Xavier, BOURGARIT Anne, BOUSSOUAR Samia, CORVOL Harriet, DE CASTRO Nathalie, DELACOURT Christophe, EL HAJJAM Mostafa FILATTRE Pierre, FRAISSE Philippe, GOSSET Marine, GUGLIELMETTI Lorenzo, JACHYM Mathilde, KEÏTA-PERSE Olivia, KERJOUAN Mallorie, KERNEIS Solen, LE PIMPEC BARTHES Françoise, MAITRE Thomas MAZENQ Julie, MANAOUIL Cécile, MECHAI Frédéric, PREVOST Blandine, **TATTEVIN Pierre**, TETART Macha VEZIRIS Nicolas WICKY Marie.

Diagnostic de la TB maladie, 2026

- Confirmation de l'absence d'indication des IGRA *pour le diagnostic de TB maladie chez l'adulte*
- Deux prélèvements 'respiratoires' suffisent (rentabilité du 3^{ème} <5%) 
- Pas de valeur ajoutée si jours différents 
- PCR sur un des prélèvements *si suspicion forte*
- Tubages non recommandés: invasifs, intérêt 'douteux' (rentabilité <5%)
- Privilégier fibro bronchique avec aspi trachéale et expectoration 
précoce post-fibro si bilan initial négatif

Traitement d'une TB pulmonaire à *M. tuberculosis* multi-sensible

Traitement standard 6 mois

Phase intensive : 2 mois

Isoniazide 5 mg/kg/j
Rifampicine 10 mg/kg/j
Ethambutol 20 mg/kg/j
Pyrazinamide 25 mg/kg/j

Corticoïdes si miliaire
hypoxémiante

Phase d'entretien : 4 mois

Isoniazide 5 mg/kg/j
Rifampicine 10 mg/kg/j



**Arrêt éthambutol avant M2 si souche sensible à l'INH et RMP
(OK si test génotypique, en l'absence de suspicion de résistance).**

Rationnel

- Ethambutol inutile si souche multi-sensible
 - Prévalence de la résistance primaire à l'INH en France: 5-10%
 - Sensibilité du test génotypique de résistance à l'INH: 90%
- ⇒ Risque de se tromper si on ne prescrit pas d'EMB sur la base d'un test génotypique négatif pour INH-R dans ces conditions = 1%

Limites:

1. ne s'applique pas si probabilité INH-R pré-test + élevée
(ex. Europe de l'Est, ATCD de traitement anti-TB)
2. test génotypique peu sensible si TB pauci-bacillaire

Supplémentation en vitamine B6

Il est recommandé de prescrire de la pyridoxine (vitamine B6) à toutes les personnes recevant de l'INH et présentant un risque de neuropathie (femmes enceintes, VIH, diabète, malnutrition, insuffisance rénale, personnes très âgées, alcool, neuropathies).
La dose quotidienne nécessaire est **10 mg/jour**.

Prise en charge dans le cadre de l'ALD29 (en théorie)

Becozyne (10 mg/cp), **Becilan (250 mg/cp)**, Princi B (25 mg/cp)

Si pyridoxine > 50 mg/j prolongé : risque de neuropathie secondaire

=> Une prise/semaine de Bécilan (250 mg) est une option raisonnable



Quand raccourcir le traitement d'une TB pulmonaire à *M. tuberculosis* sensible chez l'adulte ?



- En cas de TB maladie pauci-bacillaire avec examen microscopique et cultures négatives, sans caverne, limitée à un lobe, sans suspicion de résistance, chez l'immunocompétent, il est possible **de raccourcir le traitement standard à 4 mois (2 mois de quadrithérapie puis 2 mois de bithérapie)**.
- Ces situations peuvent correspondre notamment aux TB diagnostiquées lors d'une enquête autour d'un cas.
- **Idem pour uvéite avec test IGRA+**



Où débiter le traitement d'une tuberculose pulmonaire ?

- **Il est recommandé** de débiter le traitement des TB respiratoires en hospitalisation, en chambre individuelle, en appliquant les mesures détaillées dans les recommandations de la SF2H, et de les maintenir au minimum **14 jours** à partir du début du traitement, en raison de la contagiosité.
- En cas d'hospitalisation prolongée au-delà de 14 jours, l'isolement doit être maintenu **au moins 30 jours** après le début du traitement en présence **d'excavations et/ou d'une charge bacillaire initiale élevée et/ou de lésions pulmonaires étendues**.



NEW

Mme Z évolue bien, quitte le service à J15, est revue à J30, J60: tout va bien !

■ Que proposez-vous à J60 ?

- a) **Passage au traitement de consolidation INH-RMP**
- b) **Expectorations pour contrôle BK**
- c) **Maintien du traitement d'attaque en attendant résultats cultures**
- d) **Si n'expectore plus, traitement classique 6 mois**
- e) **Si n'expectore plus, je rallonge le traitement de consolidation de 3 mois**

En cas de **culture positive après 2 mois de traitement ou de TB extensive initiale chez un patient n'expectorant pas à M2**, il est recommandé de **prolonger le traitement pour totaliser 9 mois (2 mois de tri/quadrithérapie puis 7 mois de bithérapie).**

Traitement anti-BK 'amputés'

Si INH inutilisable

=> INH remplacé par Levoflo ou Moxiflo (2REZFq + 4 RFq)

Si PZA inutilisable

=> 2 mois RHE + 7 mois RH

Si EMB inutilisable

=> on s'en fou si TB multi-S !

Si RMP inutilisable

⇒ Schéma TB-MDR (BP_aLM)
(alternative, si souche sensible: rifabutine)



Messages à ramener à la maison

- **Diagnostic simplifié et accéléré**
 - 2 prélèvements respi le même jour
 - Une PCR sur 1 des 2 si suspicion forte
 - Fibro + aspi trachéale + expecto post-fibro si toujours neg
- **Pas d'ethambutol si TB multi-S**
- **Pas de contrôle mycobacterio entre J0 et M2**
- **Traitement raccourci TB pauci-bacillaire: 4 mois (2RHZE puis 2RH)**
- **Traitement rallongé TB 'fort inoculum' (culture M2+): 9 mois (2RHZE, 7RH)**

1/ Retour sur les groupes SPILF

BUA - Bon Usage Diagnostique

Groupe recommandations :

Infections Urinaires

Ostéo-articulaires

Clostridium

Tuberculose

Grossesse et Listeria

2/ Sessions marquantes :

infections SNC

infection Osseuses

quelques mots sur le VIH

3/ bactériémie / EI

RODEO - TEPSTAR

4/ Allergie pénicilline

5/ Posters

BUA

EHPAD

allergie pénicillines

Teleconsultations en médecine de ville

Infection SNC

- ❖ Encéphalite Marion Lemaréchal (Grenoble)
- ❖ Ventriculites David Luque Paz (Rennes)
- ❖ *Infection nosocomiale matériel dérivation. Florian Valour. (Lyon)*

Encephalites (1)

Epidémiologie en France (Cohorte ENCEPH publiée en 2022
= cohorte prospective sur 500 patients atteints
d'encéphalites)

1. **HSV 26% (1^{ère} cause y compris chez le voyageur !)**
2. **VZV 13%**
3. **TBEV 5%**
4. **Listeria 5%**
5. **Mtb 2%** (1% des cas de TB sont neuroméningés)
6. Etiologie indéterminée : 1 cas sur 3 (versus 1 cas sur 2 pour la cohorte 10 ans plus tôt, donc il y a du progrès !)

L'étiologie infectieuse a la même incidence que l'étiologie auto-immune pour les encéphalites. ➔ **Score à faire en aigu avec 4 variables évocatrices d'une encéphalite auto-immune :**

- Apparition des symptômes subaigus > 7 jours
- Présence de troubles de la mémoire et/ou troubles psychiatriques
- PL peu inflammatoire, protéinorachie < 0,5 g/L et EN <
- Score de Charlson < 2

➔ **Si au moins 3 caractéristiques présentes, très évocateur d'une encéphalite auto-immune, prélever d'emblée le panel auto-immun**

Encephalites (2)

1. TBEV : flavivirus transmis par une tique Ixodes ou une ingestion de produit laitier non pasteurisé (si l'animal est traité en période de virémie), Souvent asymptomatique

- Si symptomatique, non spécifique, avec sd pseudo-grippal puis atteinte neuro non spécifique : méningite, méningoencéphalite, encéphalite, myélite...
- Davantage présent **en Europe de l'Est, et au Nord Est de la France**
- Saisonnier : en période d'activité de la tique, au printemps et en automne, sauf dans les zones plus froides où le pic est en été
- Diagnostic par sérologie ou PCR

2- Autres arboviroses : dengue et chikungunya Epidémie de chikungunya sur le territoire +++ dont 790 cas autochtones. **Entre 2 et 10% des chikungunya vont faire des formes neurologiques, moins important pour la dengue (2% ?)**

- Pas de signe clinique spécifique
- De nombreuses formes post-infectieuses +++
- Pour une encéphalite virale neurotrope, c'est très précoce (contrairement au TBE) 3-5 jours après le début des symptômes
- Formes neurologiques de dengue plus atypiques : PRESS, syndrome immuno-médié, sd de Guillain-Barré, myélite, neuropathie...

3- Rage : Augmentation du nombre de cas de rages en Europe de l'Est chez les mammifères terrestres, avec un premier cas de décès depuis 2012 en Europe. Recrudescence en Ukraine +++ de rage humaine

Encéphalites (3)

Diagnostic

- **PCR Multiplex** : comment la positionner ?
 - Question de la pertinence de certains pathogènes recherchés : La sensibilité du cryptocoque est très mauvaise donc souvent même non rendue. HHV6 qui peut être positif alors que ce peut être de l'ADN intégré donc difficile à gérer. CMV très rare.
 - La sensibilité globale est entre 89 et 93%, en particulier pour HSV-1 autour de 75% ce qui n'est pas du tout suffisant !
 - Donc risque de faux négatifs trop élevé !
 - L'apport intéressant : se rassurer pour une méningite à entérovirus
 - ➔ Pas en 1^{ère} ligne sauf horaire de garde ?
 - **Dans les recos européennes sous presse : il est dit qu'il faut faire une PCR simplex en 1^{ère} intention pour HSV1, la Multiplex vient en 2^{ème} intention si l'HSV1 est négatif**
- PCR arboviroses : la virémie est très courte ! Les symptômes neurologiques arrivent précocément dans la maladie, la PCR est donc précoce, on peut avoir la chance de tomber sur une PCR LCS positive, en revanche pour la TBE la PCR est très souvent négative, le diagnostic est plutôt fait sur la sérologie. ➔ Donc ne pas éliminer l'étiologie si la PCR est négative
- PCR ARN 16S : sur une étude de 2021, la PCR 16S n'a modifié l'attitude thérapeutique que dans 5% des cas (mais les techniques se sont améliorées depuis)
- Métagénomique shotgun

Limites de toutes les méthodes diagnostiques : certaines infections du SNC ne fonctionnent que si le pathogène est accessible en PL...
penser à la biopsie cérébrale si nécessaire ! Bien meilleure sensibilité que la PL...

Abcès cérébraux et ventriculites communautaires

Reco ESCMID 2024 en résumé

- IRM cérébrale = imagerie de choix
- Délai ATB : attendre neurochirurgie sauf complication
- Neurochirurgie dès que possible et pour tous si réalisable
- ATB probabiliste C3G + MTZ en communautaire
- Durée de 6 semaines, pas de relai oral recommandé dans l'attente du résultat d'ORAL
- DXM utilisable si engagement ou œdème cérébral

Terrain :

- Foyers dentaires → germes oraux
- EI → l'abcès cérébral est une complication rare d'EI, 1-7% des cas : surtout du Staph +++, souvent frontaux et de petite taille
- **Maladie de Rendu-Osler** (génétique autosomique dominante). Les MAV pulmonaires font des shunt droit-gauche, trappant les bactéries, ce qui favorise l'envoi des bactéries directement vers le cerveau. Quasiment tous avaient des MAV pulmonaires, c'était exclusivement des germes de la cavité orale (ceux qui ont le meilleur pronostic)
- Abcès à Staph aureus : EI, post-traumatique sur TC, post-opératoire

Imagerie Etude coréenne : le coefficient ADC bas et l'aspect multiloculé était associé à un moins bon pronostic

Chirurgie : Pas de différence de mortalité ou de séquelles dans la littérature entre la ponction-aspiration et la mise à plat chirurgicale, mais risque de réintervention en cas de ponction-aspiration

Traitement ATB : attente des résultats de l'étude ORAL

Abcès cérébraux et ventriculites communautaires

VENTRICULITE

Définie à l'imagerie par :

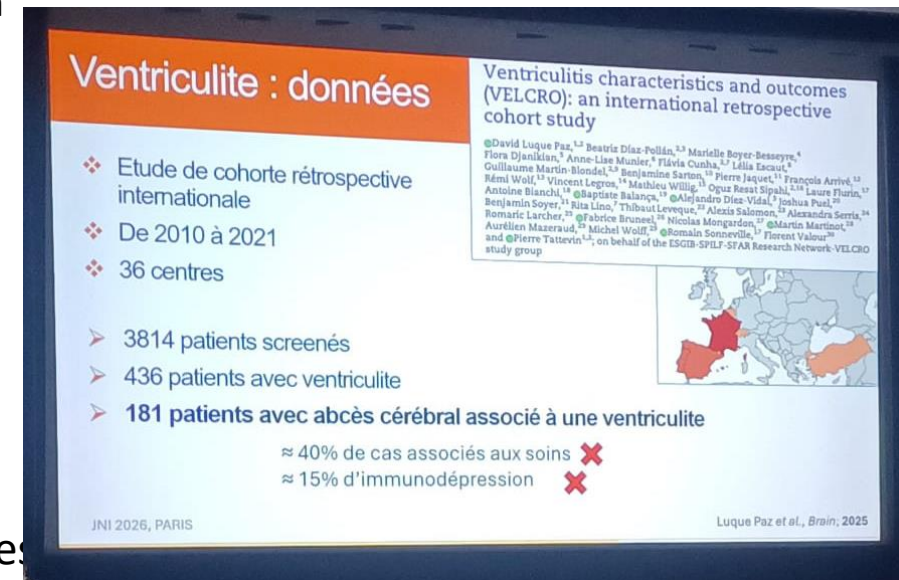
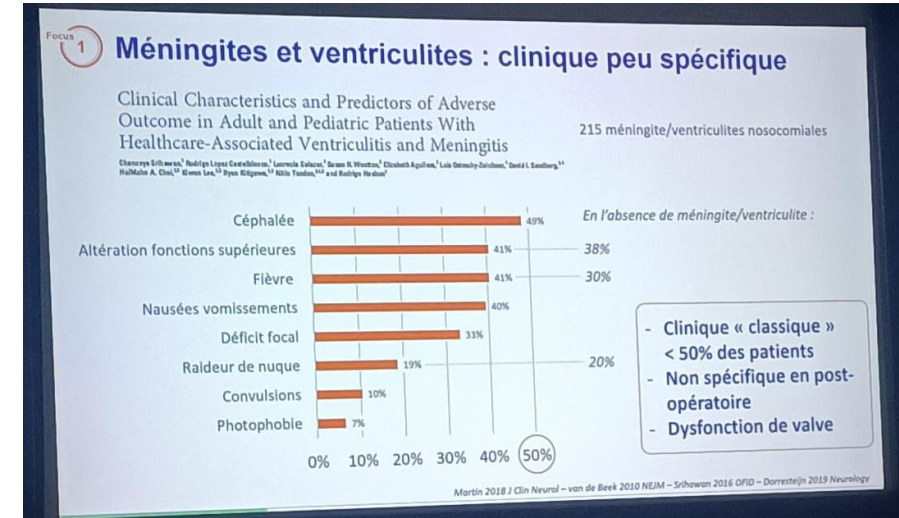
- Pus intra-ventriculaire
- Prise de contraste épendymaire
- Cloisonnement intra-ventriculaire, plus rare 1% et de moins bon pronostic

Etude VELCRO : La PL est rentable à 64% vs 25% dans les abcès sans ventriculite MAIS ne doit pas retarder la prise en charge neurochirurgicale, Complication principale de la ventriculite est l'hydrocéphalie qui nécessite une DVE, Mortalité à 1 an de 28%, supérieure a priori par rapport aux patients sans ventriculite (étude rétrospective en cours de Florian Reizine)

3 possibilités thérapeutiques :

- Soit contiguïté avec menace de fistulisation ou fistulisation débutante → ponction de l'abcès, URGENCE NEUROCHIR ABSOLUE si menace de fistulisation pour ponction de l'abcès
- Soit fistulisation avancée → neurochir et une DVE sera probablement nécessaire

Lavage ventriculaire endoscopique : à discuter avec les neurochir pour les formes cloisonnantes



Session IOA Chirurgie

Deux cadres nosologiques : Infection sur matériel d'ostéosynthèse et Infection sur matériel péri-prothétique

Temps chirurgicaux :

1. Prélèvements +++ : de tous les tissus suspects. Délai d'acheminement au laboratoire le plus court possible.
2. Débridement/parage : des tissus cutanés, des tissus mous et des tissus osseux qui paraissent nécrosés
3. Lavage au sérum physiologique 3 à 12 L. Pas de reco sur si utilisation d'antiseptiques → action mécanique par pulsation pour diminuer l'inoculum bactérien
4. Que faire du matériel ? La fracture est-elle consolidée ou pas ? Si fracture consolidée, on retire le matériel. Si non consolidée, on ne peut pas se passer du matériel, que l'on peut changer mais pas retirer.

IOA sur matériel d'ostéosynthèse

Si pseudoarthrose septique sur matériel, on peut proposer la **technique de Masquelet = technique de la membrane induite** = en 2 temps

1. 1^{er} temps Préparation et induction : résection de tous les fragments osseux et préparation de la membrane. Parage radical, stabilisation, mise en place de l'entretoise en ciment, qui permet de fabriquer une membrane qui sécrète des facteurs de croissance qui augmentent la consolidation de la fracture.
2. Réparation : ablation du ciment en conservant la membrane induite, et greffe osseuse dans la membrane

IOA péri-prothétiques

Descellement : signes indirects à la radio de descellement de la tige ou de la cup, vis cassées, migration de l'implant

Types de chirurgie

1. DAIR = Changement des pièces mobiles ou amovibles (dépend de la disponibilité des pièces mobiles en fonction du type d'implant !) : tête de PIH, les inserts dans la cupule des PTH. Pour les PTG, les inserts en polyéthylène.
2. Changement en 2 temps = retrait de la prothèse et mise en place d'un spacer, puis mise en place d'une prothèse encore plus volumineuse et envahissante ensuite.
3. Changement en un temps

Session Arthrite genou

• Drainage :

Privilégier les **ponctions itératives** jusqu'à assèchement (recos FR/EU). L'arthroscopie est recommandée si le liquide reste purulent ou si la culture reste positive à J5 malgré les ponctions itératives. L'arthrotomie se positionne si hypertrophie synoviale à J15 ou complications osseuses.

• **Médical vs Chirurgie** : Succès clinique comparable, mais le **traitement médical** permet souvent une meilleure récupération fonctionnelle à 1 an.

Etude monocentrique rétrospective de 2019 dans JCR comparant ttt par arthroscopie VS ttt médical. Non infériorité ttt médical vs ttt chirurgical pour la récupération fonctionnelle complète, Pour la hanche et l'épaule, préférer la PEC chirurgicale. Autre étude rétrospective 2021 : pour le genou, plus d'échec de ttt médical, pour la hanche beaucoup d'échec mais un peu plus pour la chirurgie. **Récupération fonctionnelle : les patients traités médicalement ont une récupération totale à 1 an VS 40% des patients opérés par chirurgie.** Méta-analyse Journal of orthopaedics 2025 : pas de différence entre les 2 stratégies Succès clinique meilleur pour le ttt médical mais car les séquelles fonctionnelles étaient prises en compte. Pas de différence sur la durée d'hospitalisation

• Antibiothérapie (ATB) :

- **Relais oral** : Non-inférieur à la voie IV, avec une hospitalisation plus courte (études NEJM 2019 et méta-analyses 2025). Etude NEJM 2019 prospective randomisée britannique : IOA aiguës et chroniques, ostéomyélites, arthrites → durée de 6 semaines pour toutes. Etude randomisée entre groupe par voie orale et groupe par voie IV. → Non infériorité du traitement par voie orale VS IV. Durée d'hospitalisation plus courte et moins d'EI dans le groupe peros. Méta-analyse sur le relai oral en 2025 : le taux d'échec est comparable, la durée d'hospit est plus courte, même conclusions.
- **Stratégie** : Monothérapie ciblée souvent suffisante (ex: Clindamycine pour le Staph doré).
Bithérapie nécessaire en cas d'infection à Staph aureus surtout si comprend une fluoroquinolone. Absence d'études montrant la supériorité de la bithérapie VS la monothérapie ciblée. Dans les recos françaises, pour le Staph doré la clinda en monothérapie pour le relai oral est placée avant la bithérapie orale

Durée : 6 semaines sont nécessaires pour les grosses articulations. L'étude **CHASAR** confirme que 3 semaines de traitement augmentent le risque d'échec. Une durée de 2 semaines d'ATB est suffisante pour les petites

articulations. Etude **CHASAR** = étude française multicentrique randomisée en ouvert terminée 2019-2023 sur 52 centres. 334 patients inclus randomisés entre 3 semaines et 6 semaines de traitement. CJP = guérison. CJS = récupération fonctionnelle. → **Le traitement de 3 semaines n'est pas aussi bon que 6 semaines**

bnAbs = broadly neutralizing antibodies : rôle dans la rémission de l'infection VIH-1

Stratégies futures combinées de rémission du VIH :

1. **Diminution du réservoir (par greffe de moelle par exemple)**
 - Tuer les cellules infectées
 - Réprimer le provirus : renforcer la latence
 - Thérapies géniques pour tenter de retirer le provirus
2. **Renforcer les défenses de l'hôte par la réponse immunitaire**

Stratégies cherchant à renforcer les défenses de l'hôte

- **Immunothérapies** pour renforcer les réponses du SI en s'inspirant des personnes qui contrôlent naturellement le VIH : **vaccins thérapeutiques, thérapies cellulaires, immunomodulateurs comme les Ac monoclonaux . bNabs = Ac neutralisants à large spectre** → barrière large contre un **nombre important de variants viraux du VIH-1** . **1 à 2% des PVVIH développent ce type d'anticorps.**
- **Outil thérapeutique pour maintenir la suppression virale après l'arrêt de l'ART**
- **Autre utilisation pour la prévention**

- Traitements injectables de longue durée d'action

- **CAB/RPV LA** non indiqué en cas de virémie en théorie. Mais au cas par cas, pour des patients virémiques sans résistance à ces deux molécules, chez des patients qui ne peuvent prendre le traitement oral quotidiennement et régulièrement, ou en échec malgré un soutien, peut être indiqué.
- **LENACAPAVIR** indiqué chez les patients multirésistants, dont beaucoup le sont en raison d'une mauvaise observance
→ JAMAIS SEUL !

- Trithérapie intermittente en maintenance = 4 ou 5 jours sur 7 → non inférieure à 7j/7. Réévaluation par méta-analyse a confirmé l'absence de différence entre schémas ARV intermittents et prise continue. réduire le nombre de molécules ou le nombre de prises par semaine . Etude française ANRS QUATUOR =

- 4j VS 7j en traitement de maintenance chez des patients indétectables > 1 an et sans résistance, avec un backbone 2 INTI et un INSTI ou IP ou INNTI (névirapine exclue)
- Population incluse : surtout des hommes, nadir de CD4 plutôt haut autour de 300, CD4 élevés, durée de ttt ARV importante, durée de suppression virologique de 6 ans

- / \ **PAS chez des patients infectés VHB ++++ ni chez VIH-2**

- Non infériorité à S48. Pas de différence en fonction du 3^{ème} agent mais peu d'échec (cependant à noter que 3 échecs dans le bras avec un INNTI comme 3^{ème} agent)
- Parmi les échecs : surtout des INNTI, avec des concentrations plasmatiques plutôt basses, mais après reprise d'un traitement 7j/7 suppression virologique chez tous donc pas de perte de chance.
- **Aucun échec sous DOLU et BIC comme 3^{ème} agent → privilégier un 3^{ème} agent INSTI dernière génération**
- La DORAVIRINE n'était pas disponible au moment de cet essai, une étude rétrospective faite après incluant TDF/3TC/DORA a montré que pas plus d'échec.



RODEO

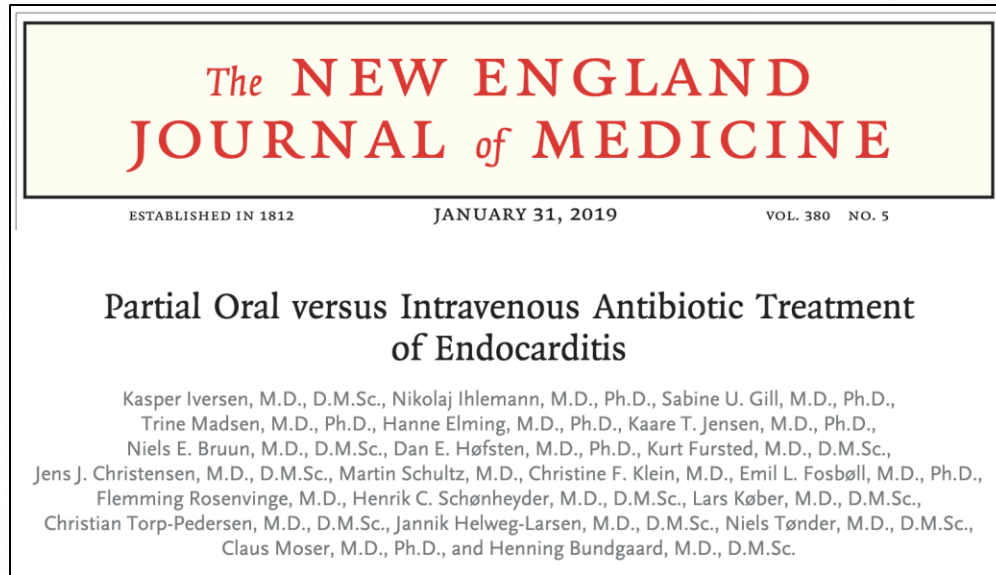
Relais oral dans les endocardites infectieuses à Cocci Gram Positif

Essai randomisé contrôlé de non-infériorité

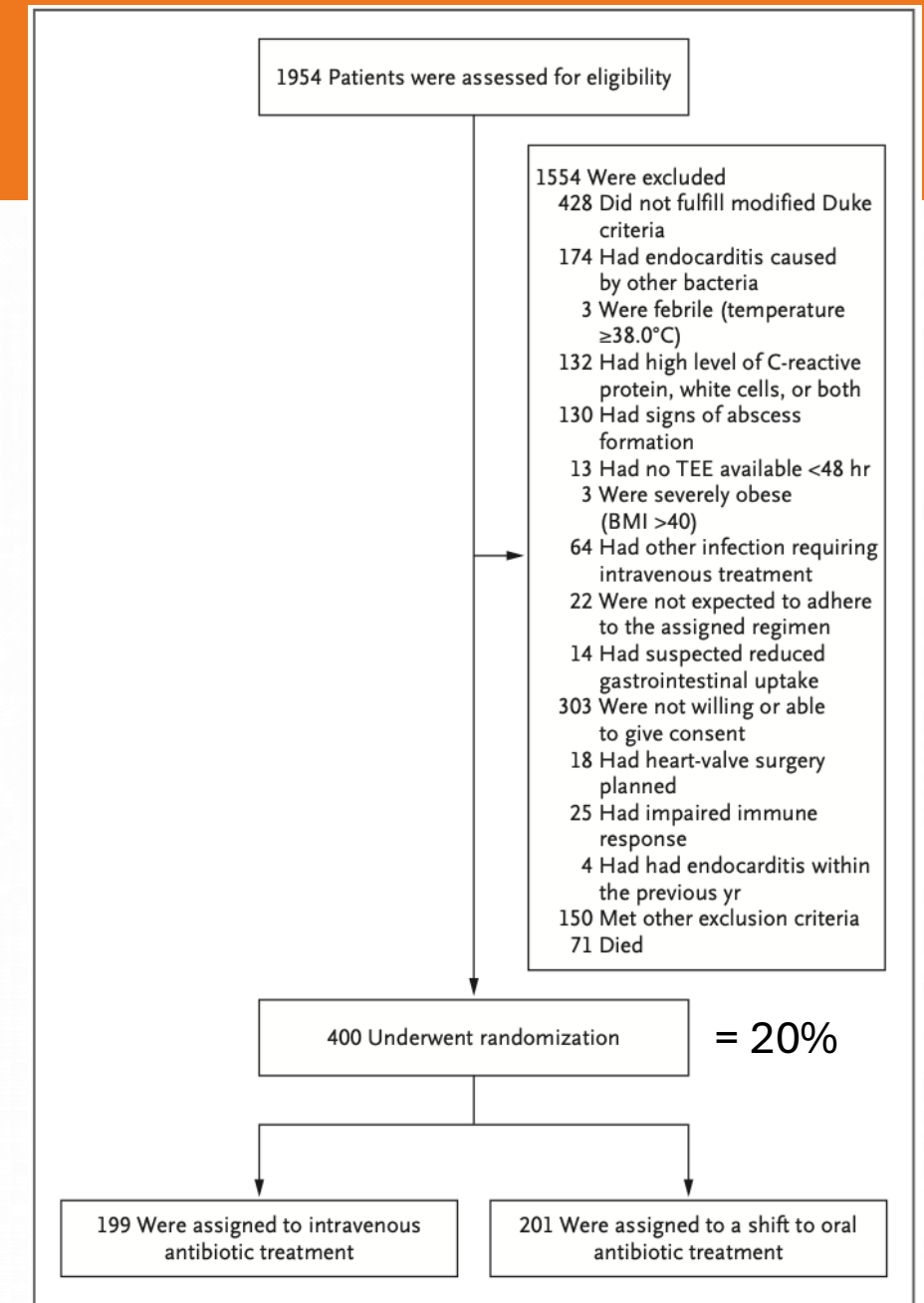
A. Lemaigen, F. Le Villain Abraham, F. Goehringer, D. Boutoille, E. Demonchy, R.
Lepeule, V. Dubée, O. Epaulard, A. Lesourd, E. Botelho-Nevers, P. Tattevin, X. Duval, A.

Caille, **L. Bernard**
RODEO Study group

The POET Study



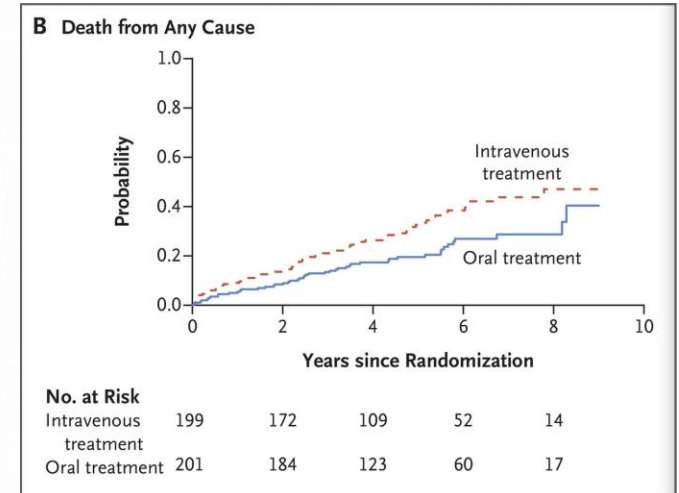
- ❖ Essai danois multicentrique randomisé en ouvert
- ❖ EI certaines du cœur gauche à CG+
- ❖ Au moins 10 jours de traitement IV
- ❖ Evolution favorable : clinique et **ETO**



The POET Study

Table 2. Distribution of the Four Components of the Primary Composite Outcome.*

Component	Intravenous Treatment (N=199)	Oral Treatment (N=201)	Difference	Hazard Ratio (95% CI)
	number (percent)	number (percent)	percentage points (95% CI)	
All-cause mortality	13 (6.5)	7 (3.5)	3.0 (−1.4 to 7.7)	0.53 (0.21 to 1.32)
Unplanned cardiac surgery	6 (3.0)	6 (3.0)	0 (−3.3 to 3.4)	0.99 (0.32 to 3.07)
Embolic event	3 (1.5)	3 (1.5)	0 (−2.4 to 2.4)	0.97 (0.20 to 4.82)
Relapse of the positive blood culture†	5 (2.5)	5 (2.5)	0 (−3.1 to 3.1)	0.97 (0.28 to 3.33)



- ❖ Choix du traitement à la discrétion de l'investigateur
 - Grande diversité des schémas antibiotiques, avec bithérapies
 - Sous-étude PK sur 236 patients:
 - PTA de 88-100% pour amoxicilline et linezolide
 - PTA de 71-100% pour moxifloxacinine et rifampicine
 - PTA de 9-17% pour la dicloxacilline !!

Pries-Heje MM et al, NEJM 2022 – Bock M et al, CID 2023

RODEO: Population

RODEO I (staphylocoques)

RODEO II (strepto/enterocoques)

Critères d'inclusion

Endocardite certaine du cœur gauche

Patient adulte

Au moins 10 jours de traitement antibiotique IV approprié
(depuis la négativation des hémoc ou la chirurgie)

Durée de traitement prévue d'au moins 14 jours

Hémocultures stériles depuis 5 jours et Apyrexie depuis 2 jours

Staphylococcus sp
Sensible à Levofloxacin ET rifampicine

Streptococcus sp OR *Enterococcus sp*
Sensible à Amoxicilline (CMI $\leq 0,5$ mg/L)

Critères de non-inclusion

IMC <15 or >40 kg/m²

DFG < 50 mL/mn/1,73m²

DFG < 30 mL/mn/1,73m²

Impossibilité ou refus de prendre un traitement oral OU difficultés attendues de compliance

Contre-indication à un traitement oral du bras expérimental

Autre infection nécessitant un traitement antibiotique IV

Antécédent d'EI dans les 3 derniers mois

Chirurgie valvulaire planifiée dans les 6 mois à venir

Absence de retrait d'un matériel intracardiaque suspect d'être infecté (PM ou DAI)

Espérance de vie < 7 mois lors de la randomisation

Grossesse ou allaitement

RODEO : Caractéristiques des populations

Caractéristiques patients	Bras oral (241)	Bras IV (241)
Âge	65.8±16.2	64.9±14.3
Sexe féminin	53 (22.0%)	60 (24.9%)
IMC	25.5±4.5	25.3±4.4
Score de Charlson	3 (2-6)	3 (2-5)

Valvulopathie	89 (36.9%)	90 (37.3%)
Prothèse valvulaire	57 (23.7%)	50 (20.8%)
Présence de PM/DAI	9 (3.7%)	18 (7.5%)
Matériel endovasculaire	23 (9.5%)	30 (12.5%)
Matériel orthopédique	37 (15.4%)	25 (10.4%)

Caractéristiques endocardite à la rando	Bras oral (241)	Bras IV (241)
Aortique	121 (50.6%)	128 (53.8%)
Mitrale	91 (38.1%)	91 (38.2%)
2 localisations	27 (11.3%)	19 (8.0%)
Abcès	21 (9.0%)	20 (8.5%)
Insuffisance cardiaque	35 (14.5%)	35 (14.5%)
Emboles	100 (41.5%)	117 (48.6%)
Choc septique	16 (6.6%)	12 (5.0%)
Clairance médiane	88 (71-107)	88 (70-106)
CRP médiane	22 (10-45,3)	21 (9-40)
Durée ttt IV avant rando (j)	15.5±5.9	15.4±5.1
Chirurgie	86 (35.7%)	87 (36.1%)

RODEO : Résultats à M3

Analyse principale	Relais oral de l'antibiothérapie	Poursuite du traitement IV	Différence de risque (95% CI)
	no. d'échecs/total no. (%)		Pourcentages
Analyse principale			
analyse en ITT	31 / 241(12.9%)	35 / 241(14.5%)	-1.66 [-7.80;4.48]
Analyses de sensibilité			
Analyse Per protocol	25 / 216 (11.6%)	23 / 227 (10.1%)	1.44 [-4.36;7.24]
Analyse en cas complets	27 / 237 (11.4%)	24 / 230 (10.4%)	0.96 [-4.70;6.61]
Analyse ajustée	31 / 241(12.9%)	35 / 214 (14.5%)	-1.15 [-6.27;3.97]

Analyse en sous-groupes	Relais oral de l'antibiothérapie	Poursuite du traitement IV	Différence de risque (95% CI)	p-value interaction
	no. d'échecs/total no. (%)		Pourcentages	
Chirurgie pour le contrôle de l'EI				
Non	23/155 (14.8%)	27/154 (17.5%)	-2.69 [-10.90;5.52]	0.645
Oui	8/86 (9.3%)	8/87 (9.2%)	0.11 [-8.53;8.74]	
Bactérie responsable de l'EI				
Staphylococcus sp.	10/82 (12.2%)	15/80 (18.8%)	-6.55 [-17.66;4.55]	0.280
Streptococcus/Enterococcus sp.	21/159 (13.2%)	20/161 (12.4%)	0.79 [-6.54;8.11]	

RODEO : Analyses secondaires

❖ Pronostic à 6 mois et selon les critères d'échec

	Relais oral de l'antibiothérapie	Poursuite du traitement IV	Différence de risque (95% CI)
	no. d'échecs/total no. (%)		Pourcentages
Analyse en ITT	49/241 (20.3%)	45/241 (18.7%)	1.66 [-5.41;8.73]
Analyse Per protocol	39/216 (18.1%)	33/227 (14.5%)	3.52 [-3.36;10.40]
Analyse en cas complets	40/232 (17.2%)	32/228 (14.0%)	3.21 [-3.42;9.84]
	Relais oral de l'antibiothérapie	Poursuite du traitement IV	Différence de risque (95% CI)
	no. d'échecs/total no. (%)		Pourcentages
Composantes du critère d'échec à 3 mois			
Mortalité toute cause	6/237 (2.5%)	8/230 (3.5%)	-0.95 [-4.05;2.15]
Emboles symptomatiques	4/237 (1.7%)	5/230 (2.2%)	-0.49 [-2.98;2.01]
Chirurgie cardiaque non planifiée	18/237 (7.6%)	9/230 (3.9%)	3.68 [-0.52;7.88]
Récidive microbiologique	5/237 (2.1%)	7/230 (3.0%)	-0.93 [-3.81;1.94]
Composantes du critère d'échec à 6 mois			
Mortalité toute cause	13/232 (5.6%)	10/228 (4.4%)	1.22 [-2.76;5.20]
Emboles symptomatiques	7/232 (3.0%)	7/228 (3.1%)	-0.05 [-3.19;3.09]
Chirurgie cardiaque non planifiée	25/232 (10.8%)	16/228 (7.0%)	3.76 [-1.43;8.95]
Récidive microbiologique	7/232 (3.0%)	8/228 (3.5%)	-0.49 [-3.74;2.76]

RODEO : Analyses secondaires

❖ Tolérance

	Relais oral de l'antibiothérapie	Poursuite du traitement IV
Effets secondaires liés au catheter à M3	3/241 (1,2%)	18/241 (7,5%)
Infections associées aux soins à M3	6/241 (2,5%)	17/241 (7,1%)
Dont colite à <i>Clostridioides difficile</i>	1/241 (0,4%)	3/241 (1,2%)
Dont bactériémie ou fongémie liée au cathéter	1/241 (0,4%)	3/241 (1,2%)
Au moins 1 effet secondaire grave – no. %	76/241 (31,5%)	72/241 (29,9%)
En lien avec le traitement de l'étude	12/241 (4,9%)	10/241 (4,1%)
Nausées/Vomissements	5/76	0/72
Insuffisance rénale aigue	4/76	3/72
Conduisant à l'arrêt du traitement antibiotique	10/241	8/241
Au moins 1 effet secondaire non grave – no. %	170/234 (72.7%)	159/226 (70.4%)

❖ Durée médiane d'hospitalisation

- Bras oral : 18 jours (14-25)
- Bras IV : 20 jours (15-28)

RODEO : Discussion

❖ Principaux résultats

- Non-infériorité démontrée du relais oral dans les endocardites du cœur gauche à staphylocoques ou streptocoques sensibles, y compris au sein des sous-groupes
- Antibiothérapie standardisée
 - Dont monothérapie pour streptocoques/entérocoques si CMI $\leq 0,5$
- Après évaluation clinique de l'évolution favorable
 - Indications plus large que pour POET

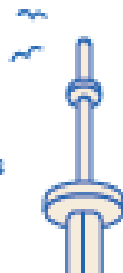
❖ Principales limites

- Difficultés de recrutement, longue durée d'étude (staph ++)
- Puissance insuffisante pour conclure pour entérocoques

Congrès ISCVID 2026 – AEPEI

ISCVID

18th International Symposium
On Modern Concepts in Endocarditis
And Cardiovascular Infections



2026

JUNE 28-30
RENNES, FRANCE



Université
de Rennes



Tous les 2 ans, 100% anglophone

- Endocardites & autres infections cardio-vasculaires
- Infectiologues/Cardiologues/microbios/chir cardiaque/imagerie
- 250/300 participants, Sessions plénières + posters

Programme et inscription via <https://www.iscvid2026-rennes.com/>



Intérêt d'une ^{18}F FDG-PET-TDM systématique chez les patients atteints de bactériémie à *Staphylococcus aureus* : résultats de l'essai randomisé TEPSTAR.

Vincent Le Moing, Aurélie Bourdon, Hélène Huguet, Lionel Piroth,
Joshua Puel, Catherine Chirouze, Hugues Aumaître, Simon Ray,
Marine Morrier, Besma Mahida, Elisabeth Botelho-Nevers,
Pierre Tattevin, Marie-Christine Picot, Xavier Duval
et le Groupe TEPSTAR.

Contexte

- ❖ La bactériémie à *Staphylococcus aureus* (BSA) est une infection fréquente, grave et associée à une forte morbi-mortalité.
- ❖ Les foyers infectieux profonds sont fréquents et souvent multiples.
- ❖ Leur détection optimale est considérée comme essentielle pour diminuer l'inoculum bactérien et adapter l'antibiothérapie dans sa nature et sa durée.

JNI 2026, PARIS

Pourquoi la TEP-TDM ?

- ❖ La TEP-TDM au ^{18}F -FDG permet une exploration corps entier en une seule procédure.
- ❖ Elle peut détecter des foyers infectieux asymptomatiques ou non suspectés cliniquement.
- ❖ Les études observationnelles non contrôlées suggèrent un impact sur la prise en charge.
- ❖ L'effet sur la survie décrit dans les premières études semble largement expliqué par un biais de temps immortel.

JNI 2026, PARIS

Revest MMI 2014, Ghanem-Zoubi Clin Infect Dis 2021, Van der Wart, Clin Infect Dis 2023
JNI 2026, PARIS

Objectifs

Comparer la réalisation d'une TEP-TDM au ^{18}F -FDG à la prise en charge habituelle guidée par les symptômes chez les patients ayant une bactériémie à *S. aureus* sans endocardite initiale.

- ❖ Étudier son impact sur la détection des foyers infectieux profonds
- ❖ Étudier son impact sur la survie, les rechutes et la prise en charge diagnostique et thérapeutique

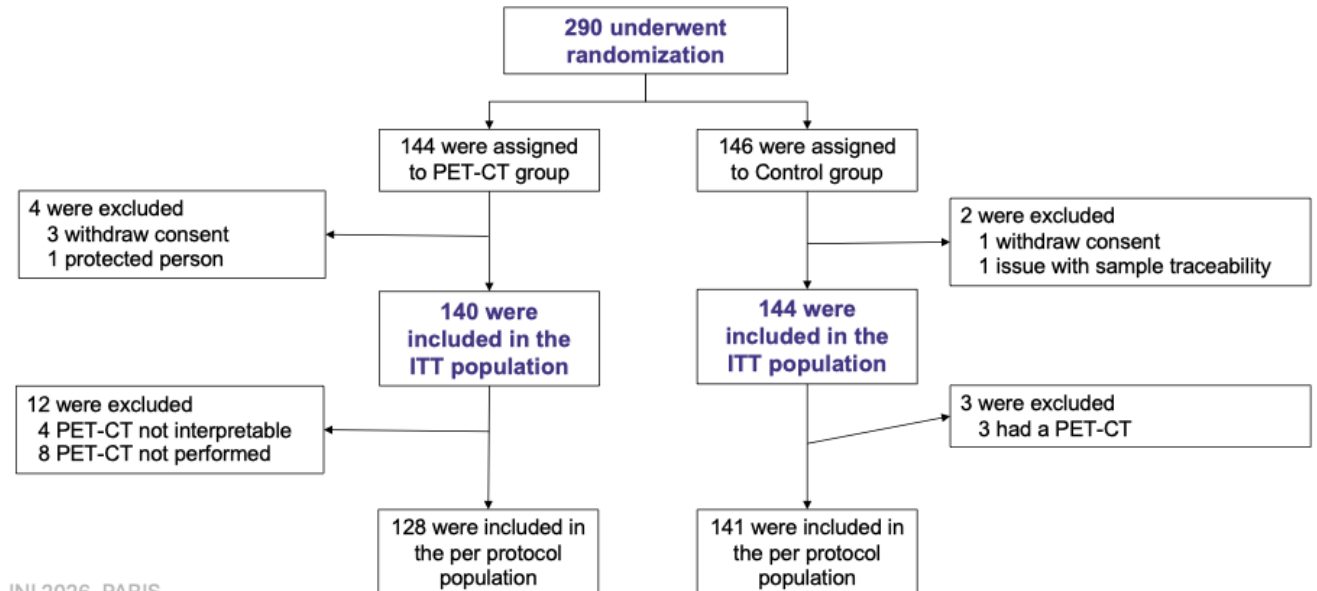
Méthodes

- ❖ Essai randomisé contrôlé, ouvert, de supériorité (PHRC 2016).
- ❖ Patients hospitalisés avec BSA (16 centres: 11 CHU, 5 CH)
- ❖ EI exclue via ETT/ETO guidées par le score VIRSTA
- ❖ Intervention: TEP-TDM avant J14 (J0 = 1^{ère} hémoculture positive)
- ❖ Groupe témoin: investigations guidées par l'anamnèse et les symptômes
- ❖ Des recommandations consensuelles ont été élaborées entre investigateurs pour guider explorations et antibiothérapie dans les deux bras

Critères de jugement

- ❖ Principal: présence d'au moins un foyer infectieux profond à J14 selon un comité de validation des événements
- ❖ Secondaires:
 - Mortalité à M6
 - Rechutes avant M6
 - Durée d'antibiothérapie
 - Durée d'hospitalisation
 - Analyse médico-économique (en cours)

Diagramme de flux



JNI 2026, PARIS

Détection des foyers infectieux profonds

- ❖ TEP-TDM réalisée en médiane 11 jours après le début de la bactériémie
- ❖ Supériorité démontrée de la TEP-TDM pour la détection de foyers infectieux profonds en ITT et en per-protocole

Critères de jugement	TEP-TDM (n= 140)	Témoins (n = 144)	Différence (95% CI)	p
Principal				
Au moins un foyer (%)	119 (85.0)	99 (68.8)	16.25 (6.64 à 25.86)	<0.01
Secondaires				
≥ 2 foyers (%)	60 (43.0)	36 (25.0)	17.86 (7.03-28.68)	<0.01
Délai médian de detection du 1 ^{er} foyer (jours) (IQR)	10 (7-12)	6 (5-13)	-2.00 (-4.00-0.00)	0.07

Analyse de l'impact spécifique de la TEP-TDM

- ❖ 128 patients ayant eu une TEP-TDM dans le bras A dont 112 avaient au moins un foyer à J14
- ❖ TEP-TDM =
 - 1^{er} examen ayant permis de visualiser un foyer chez 21%, pas d'examen d'imagerie supplémentaire chez ces patients
 - Visualisation d'un foyer non détecté auparavant chez 25%
- ❖ Changement de prise en soin pour 33/112 patients (29%)
 - 11 explorations invasives (10%)
 - 31 modifications d'antibiothérapie (28%)
 - Prolongation 30 (27%)
 - Modification des molécules 21 (19%)

Conclusions

- ❖ La TEP-TDM améliore la connaissance du patient atteint de bactériémie à *S. aureus*
- ❖ Elle a un coût et est souvent difficile d'accès
- ❖ Compte-tenu de son impact au mieux modeste sur l'évolution du patient, ses indications semblent limitées.

**Elle pourrait ainsi être réservée,
comme suggéré par les recommandations euro-américaines de 2026 :**

**1/ aux bactériémies prolongées sans cause évidente
(recherche d'infection endovasculaire, d'abcès...)
pour lesquels il pourrait permettre de décider de la durée
d'antibiothérapie;
hypothèse à explorer...**

2/ aux patients porteurs de matériel intracardiaque ou de prothèse artérielle

AU PROGRAMME JNI 2026

1/ Retour sur les groupes SPILF

BUA - Bon Usage Diagnostique

Groupe recommandations :

Infections Urinaires

Ostéo-articulaires

Clostridium

Tuberculose

Grossesse et Listeria

2/ Sessions marquantes :

infections SNC

infection Osseuses

3/ bactériémie / EI

RODEO - TEPSTAR

4/ Allergie pénicilline

5/ Posters

BUA

EHPAD

allergie pénicillines

Teleconsultations en médecine de ville



Les allergies aux pénicillines sont-elles un facteur de risque d'infection du site opératoire ?

Dr DIEUDONNE
PH CPIAS ARA

Remerciements
Dr BEJAOUI Meriem – Chef Projet HAS

Aucun conflit d'intérêt

Deux problématiques qui se croisent

PAL (Label allergie pénicilline) — Profil allergologique déclaré

Épidémiologie

- Environ 8 à 10 % des patients hospitalisés sont porteurs d'un PAL.
- Le PAL correspond à une allergie déclarée, explorée ou non.
- Le PAL entraîne fréquemment une éviction des β -lactamines.

Réalité allergologique

- Moins de 4 % des PAL présentent une véritable hypersensibilité.
- 80 % perdent leur hypersensibilité après 10 ans.
- La majorité des PAL sont donc probablement erronés ou obsolètes.

Allergies croisées

- Risque d'allergie croisée pénicillines-céphalosporines faible, estimé entre 2 et 4 %.
- La céfazoline possède des chaînes latérales différentes des pénicillines.
- Elle est donc généralement bien tolérée.



Références : Brockow K et al. Allergol Select. 2022;6:33-41. — Macy E. Curr Allergy Curr Allergy Asthma Rep. 2014;14(11):476. — Shenoy ES et al. JAMA. 2019;321(2):188-199. — Sousa-Pinto B et al. JAMA Surgery. 2021;156(4):e210021. 2021;156(4):e210021.

ISO (Infection du Site Opératoire) — Infections du site opératoire

Épidémiologie

- 2e ou 3e IAS en France.
- Incidence moyenne : 2 à 3 %.
- Jusqu'à 6 à 7 % selon les chirurgies.

Impact

- Morbidité.
- Mortalité.
- Durée de séjour.
- Réinterventions.
- Coûts hospitaliers.



Références : Santé publique France. Enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales. — World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. 2nd edition. Geneva; 2018.

Pourquoi le PAL pourrait augmenter le risque d'ISO ?

Recommandations

- Céfazoline = référence de l'antibioprophylaxie (ABP).
- Utilisée dans la majorité des interventions.

En cas de PAL

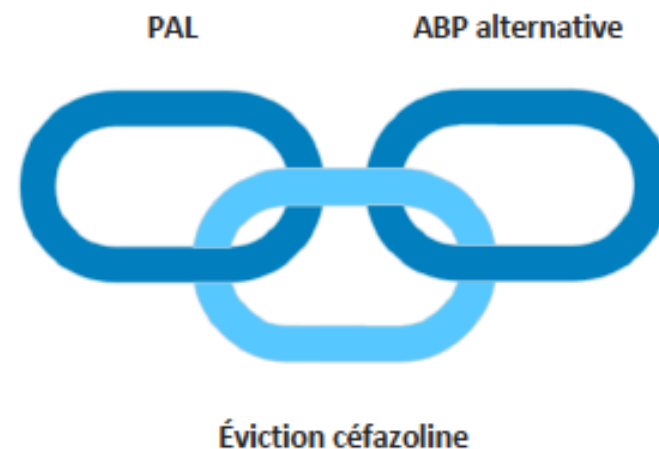
Substitution par :

- Clindamycine
- Vancomycine

Conséquences

- Efficacité prophylactique moindre.
- Plus d'effets indésirables.
- Plus d'antibiorésistance.

Hypothèse physiopathologique



❏ **Références :** RFE Antibioprophylaxie SFAR-SFILF 2024. — Blumenthal KG et al. Clin Infect Dis. 2018;66(3):329-336. — Wyles CC et al. Bone Joint J. 2019;101-B(6 Suppl B):9-15.

Objectifs et méthodologie

 **Objectif :** Évaluer l'association entre PAL et survenue d'ISO.

Design de l'étude

- Étude rétrospective.
- Exposé / non exposé.
- Monocentrique — CHU de Montpellier.
- Période : Janvier 2012 – Juin 2024.

Population

- 13 181 interventions.
- 12 067 patients.

Critères d'inclusion

- Actes surveillés par l'EOH
- ABP recommandée par β -lactamine en première ligne

Critères d'exclusion

- Âge < 18 ans.
- Pas d'indication d'ABP.
- ABP de référence non β -lactamine.

Critères

- **Critère principal :** ISO selon méthodologie SPICMI.
- **Critère d'exposition :** PAL identifié dans le DPI + score de prise en compte par l'anesthésiste.

Résultats principaux

13 181 – 12 067

Gestes chirurgicaux – patients inclus

Après application des critères d'inclusion / exclusion

6,65 %

Taux d'ISO — PAL

67 ISO / 1 007 patients PAL

490

ISO identifiées

Taux global d'ISO : 3,75 %

3,47 %

Taux d'ISO — Non PAL

423 ISO / 12 174 patients non PAL

	PAL	Non PAL	Total
ISO	67	423	490
Non ISO	940	11 751	12 691
Total	1 007	12 174	13 181

Analyse statistique : $\chi^2 = 26,26$ — $p < 0,0001$ — Odds Ratio = 1,98 — IC95 % [1,52 ; 2,58]

Conclusion

Prévalence du PAL

Le PAL concernait 7,5 % des patients de notre cohorte.

Taux d'ISO

6,65 % chez les PAL contre 3,47 % chez les non-PAL.

Association statistique forte

La présence d'un PAL était associée à un doublement du risque d'ISO (OR = 1,98 ; IC95 % [1,52–2,58] ; $p < 0,0001$)

Cohérence internationale

Cette association est cohérente avec les données internationales publiées.

Le PAL pourrait constituer un **facteur de risque potentiellement modifiable**, mais des travaux complémentaires sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

Dans cette large cohorte française, la présence d'un PAL est associée à une augmentation significative du risque d'infection du site opératoire.

COL07-03 - Evaluation de l'utilisation du score PEN-FAST dans les programmes de délabélisation des patients dits allergiques à la pénicilline : étude EvuPen

Les recommandations actuelles encouragent la réévaluation systématique de cet antécédent. Le score clinique PEN-Fast, composé de 5 questions, permet d'identifier un groupe à faible risque (score $\leq 2/5$) et d'envisager une réintroduction orale sans test cutané préalable. Toutefois, son usage en infectiologie en France reste peu documenté.

Cette étude rétrospective multicentrique analyse l'intégration du score en pratique clinique. Les patients adultes dit allergiques à la pénicilline et évalués par PEN-Fast ont été inclus. La réexposition de pénicilline, réalisée à la discrétion de chaque centre, était analysée. L'objectif principal était l'évaluation du taux de délabélisation après réexposition à une pénicilline.

163 patients, majoritairement des femmes (médiane d'âge = 71 ans, IQR (60-80)). La pénicilline incriminée était inconnue chez 59% (n=96) des patients. Seuls 4% (n=7) patients avaient déjà consulté un allergologue. Le score PEN-Fast était $\leq 2/5$ chez 70% (n=114) patients.

Parmi 138 patients considérés infectés, 28% (n=39) recevaient des céphalosporines, 19% (n=26) des pénicillines et 36% (n=50) des non β -lactamines ou aucun antibiotique avant l'avis infectieux. La réintroduction d'une pénicilline a été jugée possible chez 64% (n=105) des patients

Parmi eux, 90% (n=62) présentaient un score $\leq 2/5$. Les molécules réintroduites étaient des pénicillines (81 %) ou des uréidopénicillines (17 %). Dans 87 % des cas, la réexposition était réalisée à pleine dose d'emblée, 57% par voie intraveineuse, 43% par voie orale et ce pour une durée médiane de 7 (3-7) jours. Avec un suivi médian de 11 (6-25) jours, 3 réactions d'hypersensibilité retardées non graves (4 %) ont été observées, dont une chez un patient avec un score $>2/5$, réexposé avant avis infectieux, **permettant de conclure à un taux de délabélisation de 40% (66/163) pour l'ensemble de la cohorte et de 96% pour le groupe identifié à faible risque (score $\leq 2/5$, 60/62).**

Score PEN-FAST

PEN	Penicillin allergy reported by patient	☐ If yes, proceed with assessment
F	Five years or less since reaction ^a	☐ 2 points
A	Anaphylaxis or angioedema	☐ 2 points
S	Severe cutaneous adverse reaction ^b	
T	Treatment required for reaction ^a	☐ 1 point
		☐ Total points

Interpretation	
Points	
0	Very low risk of positive penicillin allergy test <1% (<1 in 100 patients reporting penicillin allergy)
1-2	Low risk of positive penicillin allergy test 5% (1 in 20 patients)
3	Moderate risk of positive penicillin allergy test 20% (1 in 5 patients)
4-5	High risk of positive penicillin allergy test 50% (1 in 2 patients)

COL07-03 - Evaluation de l'utilisation du score PEN-FAST dans les programmes de délabélisation des patients dits allergiques à la pénicilline : étude EvuPen

Les recommandations actuelles encouragent la réévaluation systématique de cet antécédent. Le score clinique PEN-Fast, composé de 5 questions, permet d'identifier un groupe à faible risque (score $\leq 2/5$) et d'envisager une réintroduction orale sans test cutané préalable. Toutefois, son usage en infectiologie en France reste peu documenté.

Cette étude rétrospective multicentrique analyse l'intégration du score en pratique clinique. Les patients adultes dit allergiques à la pénicilline et évalués par PEN-Fast ont été inclus. La réexposition de pénicilline, réalisée à la discrétion de chaque centre, était analysée. L'objectif principal était l'évaluation du taux de délabélisation après réexposition à une pénicilline.

163 patients, majoritairement des femmes (médiane d'âge = 71 ans, IQR (60-80)). La pénicilline incriminée était inconnue chez 59% (n=96) des patients. Seuls 4% (n=7) patients avaient déjà consulté un allergologue. Le score PEN-Fast était $\leq 2/5$ chez 70% (n=114) patients.

Parmi 138 patients considérés infectés, 28% (n=39) recevaient des céphalosporines, 19% (n=26) des pénicillines et 36% (n=50) des non β -lactamines ou aucun antibiotique avant l'avis infectieux. La réintroduction d'une pénicilline a été jugée possible chez 64% (n=105) des patients

Parmi eux, 90% (n=62) présentaient un score $\leq 2/5$. Les molécules réintroduites étaient des pénicillines (81 %) ou des uréidopénicillines (17 %). Dans 87 % des cas, la réexposition était réalisée à pleine dose d'emblée, 57% par voie intraveineuse, 43% par voie orale et ce pour une durée médiane de 7 (3-7) jours. Avec un suivi médian de 11 (6-25) jours, 3 réactions d'hypersensibilité retardées non graves (4 %) ont été observées, dont une chez un patient avec un score $>2/5$, réexposé avant avis infectieux, **permettant de conclure à un taux de délabélisation de 40% (66/163) pour l'ensemble de la cohorte et de 96% pour le groupe identifié à faible risque (score $\leq 2/5$, 60/62).**

1/ Retour sur les groupes SPILF

BUA - Bon Usage Diagnostique

Groupe recommandations :

Infections Urinaires

Ostéo-articulaires

Clostridium

Tuberculose

Grossesse et Listeria

2/ Sessions marquantes :

infections SNC

infection Osseuses

3/ bactériémie / EI

RODEO - TEPSTAR

4/ Allergie pénicilline

5/ Posters

BUA

EHPAD

allergie pénicillines

Teleconsultations en médecine de ville

BMR-01



« Les visages de l'antibiorésistance » : Vidéos de patients en focus group pour sensibiliser à une menace invisible

R-CRAtb
Réseau des Centres de Référence
Antibiotiques de l'Île-de-France

RÉPIA
MATIS



Marie-Anne Bouldouyre^{1,2,3}, Johanna Sombrun^{3,4}, Natacha Roumegoux^{3,4}, Guillaume Miltgen^{3,5}, Line Chapelain^{3,6},
Céline Pulcini^{3,7}, Rebecca Bauer^{1,3}, Willy Boutfol^{3,6}, Yohann Lacotte³, Anne-Gaëlle Venier^{3,4}

PROMISE

¹CRAtb Île-de-France, ²Hôpital Saint-Louis, Paris, ³Métaréseau PROMISE, ⁴Mission nationale MATIS, ⁵CRAtb La Réunion, ⁶CRAtb Pays de Loire, ⁷CRAtb Grand-Est

CONTEXTE

L'antibiorésistance, qualifiée de **pandémie invisible**, constitue une menace dans les 10 priorités de l'OMS. Elle reste pourtant insuffisamment perçue par le grand public et parfois mal comprise par les patients eux-mêmes.

Le recours aux récits de **patients ayant vécu des infections avec complications imputables à la résistance de leurs bactéries** peut constituer un levier particulièrement efficace de sensibilisation, en raison de leur caractère concret et facilement appropriable par le grand public.

Le projet « Les visages de l'antibiorésistance » vise à rendre l'antibiorésistance **visible, compréhensible et émotionnellement accessible** à travers le récit de patients.

OBJECTIF

➔ Sensibiliser le grand public à l'antibiorésistance

- ➔ Montrer que l'antibiorésistance :
 - concerne chacun d'entre nous y compris des personnes sans facteur de risque,
 - touche des infections communautaires fréquentes,
 - peut avoir des conséquences majeures sur la vie quotidienne ainsi que sur le parcours de soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Collaboration R-CRAtb/ Mission MATIS /Méta-réseau PROMISE /Antibiolib /SPILF avec participation d'une infectiologue et une psychosociologue
- Recrutement par l'infectiologue de 3 patients :
 - ✓ Sans comorbidités majeures
 - ✓ Infections communautaires initialement simples
 - ✓ Complications liées à une antibiorésistance
- Par MATIS de 2 personnes témoins, naïves du sujet
- Entretien préliminaire par la psychosociologue



- 6 mois de travail en amont
- Une journée de tournage en décembre 2025
- Préparation de grilles d'entretien
- Recueil du consentement des patients (dédommagement sous forme de bons cadeaux)
- Enregistrement de l'entretien en focus group + d'une interview de l'infectiologue avec messages clés

RÉSULTATS

Profils retenus :

- 35 ans : pneumopathie résistante aux bêta-lactamines
- 50 ans : prostatite compliquée
- 80 ans : infection urinaire à BLSE
- + femmes témoins d'âge différent

➔ Réalisation : (4 mois de montage)

- enregistrement d'une vidéo longue du focus group animé par la psychosociologue
- découpages en formats courts pour réseaux sociaux
- capsules pédagogiques



- ➔ Intégration de messages clés :
 - Prévention des infections
 - Bon usage des antibiotiques
 - Compréhension de l'antibiorésistance
 - Attitudes à adopter /chacun a un rôle à jouer
 - Concept une seule santé

Pour diffusion
numérique multicanale
[A retrouver sur la page du Repia](#)



CONCLUSION - PERSPECTIVES

Cette **approche narrative centrée sur l'expérience des patients** constitue un outil innovant et complémentaire de sensibilisation à l'antibiorésistance auprès du grand public.

Une **évaluation de l'impact** après diffusion des "Visages de l'antibiorésistance" sur les réseaux sociaux et les plateformes numériques sera essentielle pour mesurer son efficacité en termes de compréhension, de perception et de changement de comportements.

Une poursuite du projet est prévue avec **de nouveaux focus groups en région** et une **diversification du profil des patients**.



Merci Antibiolib et PROMISE pour leur financement, à la SPILF pour le prêt de la maison de l'infectiologie



Introduction

Les podcasts sont reconnus pour leur portabilité, leur efficacité et leur capacité à combiner divertissement et apprentissage. Ils deviennent de véritables outils pédagogiques au cours des études médicales. La Webradio de l'Infectio, podcast d'infectiologie destiné aux étudiants en médecine, a été lancée le 11 juin 2024.

Saison 1 : programme de connaissances en Maladies Infectieuses et Tropicales du 2^e cycle
 Saison 2 : élargie à la sémiologie en maladies infectieuses pour les étudiants de 1^{er} cycle et préparation aux ECOS

Objectif : dresser un bilan quantitatif de l'utilisation du podcast après deux saisons à partir des données des plateformes de diffusion.



Résultats — Audience & Écoutes au 1^{er} juin 2026

4 447

Abonnés

sur les principales plateformes de diffusion

7 191

Heures d'écoute

durée totale consommée par les auditeurs

Les podcasts constituent un format pédagogique accessible et peu contraignant à la fois pour les enseignants et les étudiants.

Profil des auditeurs



Profil proche des étudiants en médecine de 2^e cycle avec 58, 1% de femmes

Support d'écoute

94 % des écoutes se font à partir d'un smartphone. La majorité des écoutes se font depuis la plateforme Spotify. Près de 10 % des écoutes se font hors de France notamment en Belgique et en Algérie.



Conclusion

Après deux saisons, la Webradio de l'Infectio a trouvé son audience en France dans un public dont le profil est proche de celui des étudiants en médecine de second cycle, mais pas seulement. Elle est écoutée hors de France. A condition d'avoir de l'aide pour la production du support, la réalisation de podcasts par les enseignants est peu contraignante.

Il reste difficile d'évaluer la satisfaction des étudiants et l'impact sur le développement de connaissances et de compétences.

Perspectives & Défis

→ Élargir l'audience
Toucher davantage d'étudiants en France et à l'international

→ Améliorer le taux de rétention
Encourager l'écoute complète des épisodes

→ Développer de nouveaux épisodes
Assurer la pérennité et la richesse du contenu du podcast, apporter une plus value aux podcasts générés par des outils d'IA

Retrouvez le podcast sur :



Méthodes & Production

6 enseignants réguliers

4 enseignants invités

56 épisodes disponibles

~2h de travail / épisode

Le montage a été réalisé par un prestataire privé pour la saison 1 avec le soutien financier de l'université Jean Monnet puis académique, l'ICAP (Université Claude Bernard Lyon 1) pour la saison 2. La mise en ligne sur Spotify est assurée par un enseignant ; un flux RSS permet la diffusion sur les autres plateformes de diffusion.

Saison 1 — 40 épisodes

Programme 2^e cycle — Maladies Infectieuses et Tropicales

Saison 2 — 16 épisodes

Sémiologie infectieuse, 1^{er} cycle, préparation ECOS — diffusion hebdomadaire

Les données présentées sont issues des données d'analyse des 4 principaux plateformes de diffusion. Durée médiane d'un épisode : 10 min 30 s (min : 4 min 02 s — max : 31 min 17 s)



All-in pour le bon usage des antibiotiques : Pok'ATB, une approche ludopédagogique innovante

M. Deschamps (1), D. Jaafar (1), P. Arias (1), P. Caraux-Paz (1), A. Belkacem (1)
 (1) CHI, Villeneuve Saint Georges



Introduction & Objectifs

L'antibiorésistance constitue un enjeu majeur de santé publique. Et pourtant, malgré la multiplication des recommandations, les pratiques restent hétérogènes.

Le problème n'est pas que le prescripteur ne sait pas mais qu'il n'entraîne pas suffisamment son raisonnement antibiotique au Bon Usage des Antibiotiques (BUA).

À l'hôpital, prescrire un antibiotique n'est pas choisir une molécule. C'est articuler Stratégie diagnostique, gravité, hypothèses microbiologiques, impact écologique et réévaluation à 48 heures.

La ludopédagogie, fondée sur la prise de décision en situation, permet de transformer l'apprentissage du BUA en une expérience active et réflexive.



Notre EMA présente POK'ATB, le Poker des Antibiotiques, un jeu de mise en situation clinique en antibiothérapie et BUA

Matériels & Méthodes

Principes :

- Jeu proposant différentes situations cliniques, 9 actuellement développées : Infection urinaire (IU) à BMR et IU masculine, pneumopathie d'inhalation, abcès abdominal post-chirurgical polymicrobien, infection respiratoire à germe atypique, infection à Clostridioïdes difficile, Bactériémie, Erysipèle et fasciite, Arthrite septique
- Chaque joueur dispose de 3 cartes "Antibiotiques"(ATB) et 3 cartes "Conduite à tenir"(CAT)
- L'objectif : Proposer la MEILLEURE main possible pour prendre en charge la situation clinique proposée
- Chaque joueur doit justifier sa main auprès du maître du jeu, qui lui attribue des points (sous forme de jetons de poker) positifs ou négatifs, selon la grille d'évaluation standardisée validée entre pharmaciens et infectiologues et basée sur les principes et recommandations de BUA



Exemple de "main" pour un joueur

Carte	Points	Carte	Points
Amoxicilline	1	Classement	1
Amoxicilline + Acide clavulanique	2	Classement	2
Amoxicilline + Clavulanate	3	Classement	3
Amoxicilline + Clavulanate + Acide clavulanique	4	Classement	4
Amoxicilline + Clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanique	5	Classement	5
Amoxicilline + Clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanique	6	Classement	6
Amoxicilline + Clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanique	7	Classement	7
Amoxicilline + Clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanique	8	Classement	8
Amoxicilline + Clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanate + Acide clavulanique	9	Classement	9

Exemple de grille standardisée d'évaluation pour une situation clinique : "IU à BMR"



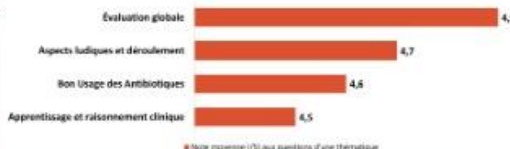
On ne gagne pas avec un antibiotique; on gagne avec un raisonnement

Le jeu a été expérimenté lors de formations auprès de 90 participants (51 médecins/pharmaciens seniors et des 39 internes/ externes) lors de la semaine du BUA de novembre 2025 et une enquête de satisfaction anonyme (échelle de Likert 1-5) a été menée afin d'évaluer l'engagement, la compréhension de la mécanique pédagogique, l'utilité perçue pour la pratique clinique et l'appréciation globale

Résultats



Le questionnaire de satisfaction a été rempli par 45/90 participants (dont 56% de seniors (n=25))
 Composé de 17 questions concernant 4 thématiques :
 • Apprentissage et raisonnement clinique (4 questions)
 • BUA (4 questions)
 • Aspects ludiques et déroulement (5 questions)
 • Evaluation globale (4 questions)
 + Espace de commentaires libres



Format fortement engageant, favorisant la participation active, les échanges et la réflexion collective. Le système de points positifs et négatifs permet de voir l'impact des décisions thérapeutiques et de comparer les stratégies de prise en charge.

L'adhésion est comparable entre internes et seniors → le dispositif dépasse l'effet nouveauté et répond à des besoins pédagogiques transversaux.



Axes d'amélioration: Durée des sessions, ajout de nouveaux cas, extension aux paramédicaux

Conclusion & Perspectives

En mobilisant des cartes ATB et CAT, Pok'ATB transforme la prescription en un processus décisionnel explicite, où l'objectif est de constituer la meilleure "main" possible pour la PEC du patient. Associé à un système de point fondé sur les principes du BUA, ce dispositif dépasse le cadre du jeu pour devenir un outil structurant du raisonnement clinique et un levier innovant de formation efficace au BUA pour toutes les spécialités.



Prochains objectifs :

- Développement de cas cliniques à destination des médecins généralistes et sur des thématiques de ville
- Développement d'une extension destinée aux IDE
- Création d'une application POK'ATB: ne cherchant pas à remplacer les échanges (qui sont centraux) mais pour permettre à tout établissement de déployer le support sans contrainte matérielle et avec des mises à jour régulières

Impact d'un programme de bon usage des antibiotiques sur la résistance chez *P. aeruginosa* et les Enterobacteriaceae du groupe 3 dans deux unités de soins intensifs françaises : étude avant-après avec séries temporelles et groupe contrôle

Diop¹, M Matta¹, O Chokoshvili¹, M Rouyer¹, A Sarr¹, B Siaud², E Ombandza², M Bourcier¹, P Cherrier¹, M Fejjal², F L'Héritier³, M Monchi¹, S Diamantis^{1,2,4}

¹Groupe Hospitalier Sud Ile de France, Melun ²Hôpital Léon Binet, Provins, ³CPIAS Ile-de-France, ⁴UPEC

Introduction

Evaluer un programme de bon usage des antibiotiques (PBUA) dans deux services de soins intensifs (USI) en vie réelle sur une durée prolongée. Les critères de jugements sont la résistance aux antibiotiques des *Pseudomonas aeruginosa* (PA) et des Enterobacterales du groupe 3 (EG3) et le volume de consommation d'antibiotiques.

Matériels et Méthode

Etude de cohorte rétrospective dans deux hôpitaux généraux d'un même territoire de santé où un PBUA en USI a débuté en 2010 dans l'hôpital support (HS) puis en 2014 dans un hôpital périphérique du territoire (HPT). L'intervention d'un infectiologue multi sites et des chefs de services des deux USI, comprend une réévaluation systématique de toutes les prescriptions et une restriction de l'usage des carbapénèmes (Carb), fluoroquinolones (FQ) et céphalosporines de 3ème génération (C3G). La CAB était exprimée en dose définie journalière (DDJ) pour 1000 journées d'hospitalisation et comparées aux CAB d'un groupe témoin de 8 hôpitaux non universitaires de la même région de 2010 à 2018.

Résultats

La consommation des ATB restreints (CABr) durant la période pré-intervention (2007-2010) par rapport à la période de maintien de l'intervention (2019-2022) en USI de l'HS 1 était de 147/5 (-96%) pour les FQ, 38/9 (-76%) pour les Carb, 168/34 (-80%) pour le C3G, avec une diminution constante et significative ($p<0,001$) pour les trois classes. Dans l'USI de l'HPT, la CABr durant la période pré-intervention (2011-2014) par rapport à la période d'entretien (2019-2022) a également diminué de façon significative pour les FQ 307/28 (-90 %) et les Carb 50/20 (-60 %) mais non significative pour les C3G 193/149 (-23 %). Dans le groupe témoin régional, la consommation de C3G est restée stable avec une moyenne de 912 pour les C3G et une moyenne très élevée à 386 pour les Carb. La consommation de FQ a diminué régulièrement et significativement, passant de 695 à 284 (-59%) de 2009 à 2018.

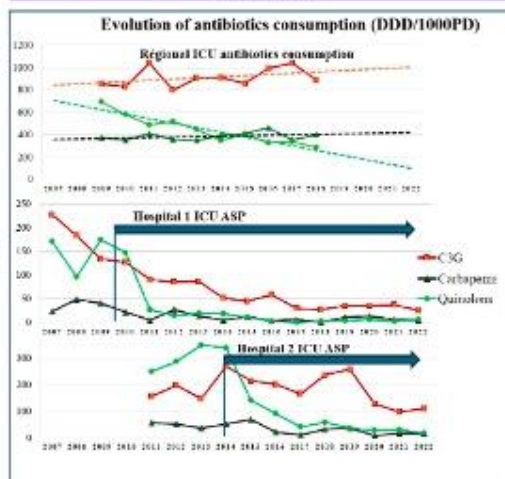
Pour l'HS la résistance aux ATB des PA lors de la période pré-intervention par rapport à la période de maintenance (110 vs 216 souches) était pour la ceftazidime (CAZ) 39 % puis 8 %, pour l'imipénème (IMP) 31% puis 11%, pour la ciprofloxacine (CIP) 66% puis 9%.

Pour l'HPT la résistance des PA (192 vs 230 souches) a diminué pour IMP 33% puis 10% et pour CIP 50 % puis 13 % mais est resté stable pour CAZ à 32% puis 30%. Les taux de résistance des EG3 ont diminué dans les deux USI, avec des taux de résistance aux FQ pour les USI HS et HPT de 36% puis 14% et 31% puis 12%, respectivement, et des taux de résistance aux C3G de 42% puis 11% et 34% puis 14%.

(Figure 1)

	2007-2010	2011-2014	2015-2018	2019-2022
Melun				
Nombre de souche	110	119	153	216
Pipéracilline	48(44)	19(16)	27(18)	30(14)
Ceftazidime	43(39)	37(31)	20(13)	17(8)
Imipénème	34(31)	10(8)	27(18)	24(11)

Figure 1 : Consommation d'antibiotique en réanimation en DDJ/1000JH



	2007-2010	2011-2014	2015-2018	2019-2022
Melun				
Nombre de souche	110	119	153	216
Pipéracilline	48(44)	19(16)	27(18)	30(14)
Ceftazidime	43(39)	37(31)	20(13)	17(8)
Imipénème	34(31)	10(8)	27(18)	24(11)
Ciprofloxacine	73(66)	22(19)	17(11)	19(9)
Amikacine	37(34)	1(1)	1(1)	6(3)
Provins				
Nombre de souche	192	268	230	
Pipéracilline	51(26)	102(38)	79(34)	
Ceftazidime	63(32)	81(30)	68(30)	
Imipénème	64(33)	65(24)	23(12)	
Ciprofloxacine	96(50)	41(15)	30(13)	
Amikacine	43(22)	27(8)	6(3)	

	2007-2010	2011-2014	2015-2018	
Melun				
Nombre de souche	57	108	169	320
Norfloxacine R nb(%)	18(31)	16(15)	20(12)	39(12)
Ampc nb(%)	24(42)	25(23)	34(20)	34(10,6)
Provins				
(nombre de souche)		74	179	191
Norfloxacine R nb(%)		27(36)	25(14)	27(14)
Ampc nb(%)		25(34)	45(20)	27(14)

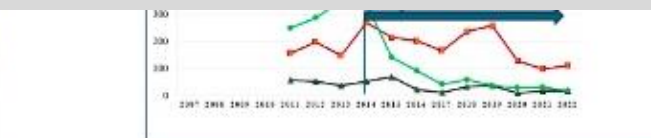
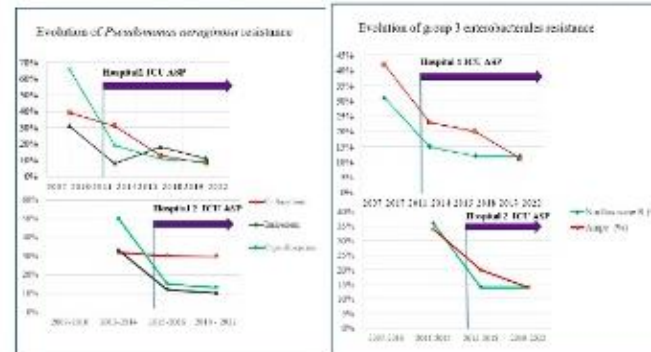


Figure 2 : Evolution des résistances bactériennes en réanimation en % (R+)



Conclusions

Un PBUA en USI basé sur la restriction des carbapénèmes, FQ et C3G permet de réduire de manière significative, reproductible et durable la consommation des antibiotiques des plus générateurs d'antibiorésistance et diminue les taux de résistance à ces ATB chez les PA et les EG3.

Adresse postale: Service des Maladies infectieuses - GH Sud Ile de France - 77000 Melun - France - Mail: sylvain.diamantis@ghsif.fr

L'excès apparent de prescriptions d'antibiotiques en téléconsultation est-il un artefact épidémiologique ? Analyse standardisée sur le motif de recours

Standardisation directe sur 1,6 million d'actes — comparaison TC vs présentiel (ECOGEN)

B. Melot¹, C. Duclos², J. Grosjean³, J. Salomon⁴, P. Thibon⁵

¹CHBA — Vannes (France) · ²LIMICS — Paris (France) · ³CHU — Rouen (France) · ⁴Qare — Paris (France) · ⁵CHU — Caen (France)



1,6 M	18 % vs 12,5 %	13,1 %	Mars 2024 → Jan. 2025
TÉLÉCONSULTATIONS ANALYSÉES	TAUX BRUT TC vs PRÉSENTIEL	TAUX TC STANDARDISÉ SUR LE PRÉSENTIEL	PÉRIODE D'ÉTUDE

INTRODUCTION

- La **téléconsultation (TC)** est en plein essor en soins primaires.
- Risque évoqué de **surprescription d'ATB** en l'absence d'examen clinique.
- Les **taux bruts** ne tiennent pas compte du **case-mix** de la TC (sureprésentation des infections respiratoires).
- Objectif** : analyser la fréquence des prescriptions ATB en TC en ajustant sur le motif de recours.

RÉSULTATS — POINTS CLÉS

IR — TAUX STANDARDISÉ	BRONCHITE	PHARYNGITE	TAUX GLOBAL AJUSTÉ
Taux pondéré en TC	Prescription d'ATB	Prescription d'ATB	TC appliqué à la ville
28 %	23 %	58 %	13,1 %
vs 41 % présentiel	vs 65 % présentiel	vs 67 % présentiel	= 12,5 % réel ville

Lecture : l'inversion du constat apparaît une fois la **structure des motifs** prise en compte — la TC est **plus économe** en ATB pour les IR courantes.

TABLEAU — STANDARDISATION DIRECTE SUR LES INFECTIONS RESPIRATOIRES (QARE vs PRÉSENTIEL)

Diagnostic	Volume Qare	p_i (part respi)	r_{Qare}^i (taux ATB)	$p_i \times r_{\text{Qare}}^i$	$r_{\text{présentiel}}^i$	$p_i \times r_{\text{présentiel}}^i$
Sinusite	25 172	0,0724	79,0 %	0,05720	67,9 %	0,04914
Otite	13 251	0,0381	64,0 %	0,02440	68,1 %	0,02598
Pneumonie	1 284	0,0036	64,0 %	0,00233	80,0 %	0,00291
Pharyngite	44 407	0,1277	58,0 %	0,07411	67,3 %	0,08505
Bronchite	98 323	0,2829	23,0 %	0,06507	66,2 %	0,18439
Laryngite	12 323	0,0355	20,0 %	0,00709	24,1 %	0,00854
Rhinopharyngite	84 040	0,2417	13,0 %	0,03142	16,8 %	0,03819
Bronchiolite	1 937	0,0056	12,0 %	0,00067	36,6 %	0,00198
COVID-19	66 402	0,1911	9,0 %	0,01720	6,7 %	0,01280
Autre	481	0,0014	6,0 %	0,00008	6,0 %	0,00008
Total (respiratoires)	347 600	1,0000	—	0,27957 (27,96 %)	—	0,40906 (40,91 %)

CONCLUSION

- La surreprésentation des **infections respiratoires** en TC explique en grande partie le taux brut élevé.
- Après **standardisation directe**, la prescription en TC **n'est pas plus élevée** qu'en présentiel — voire **inférieure** pour les IR courantes.
- Hypothèses : **meilleure adhésion aux recommandations** (non-prescription dans les IR virales), **prudence accrue** et recours à la **réévaluation** plutôt qu'à une antibiothérapie probabiliste.
- L'excès apparent constitue un **biais de confusion** lié au case-mix. Les **indicateurs de surveillance** doivent être **ajustés sur les motifs** de consultation.

Évaluation qualitative des prescriptions d'antibiotiques en téléconsultation de médecine générale

Analyse de 1,6 million d'actes via 12 indicateurs de pertinence

B. Melot¹, P. Thibon², J. Salomon^{3,4}, C. Duclos⁵, J. Grosjean⁶

¹CHBA — Vannes (France) · ²CHU — Caen (France) · ³Hôpital Necker — Paris (France) · ⁴Qare — Paris (France) · ⁵LIMICS — Paris (France) · ⁶CHU — Rouen (France)



1 598 178	20 %	12	Mars 2024 → Fév. 2025
TÉLÉCONSULTATIONS ANALYSÉES	TAUX DE PRESCRIPTION D'ATB	INDICATEURS DE PERTINENCE (2022)	PÉRIODE D'ÉTUDE

INTRODUCTION

- La surveillance **quantitative** seule ne reflète pas l'adéquation thérapeutique.
- Approche **qualitative** via les indicateurs de pertinence (IP) — consensus d'experts 2022.
- La **téléconsultation (TC)** suscite des réserves sur un possible mésusage.
- Objectif** : évaluer la qualité des prescriptions en TC de médecine générale et la comparer aux données nationales.

MATÉRIEL & MÉTHODES

- Étude **rétrospective descriptive** sur une plateforme nationale de TC.
- Population : **adultes**, toutes TC de MG du 01/03/2024 au 01/02/2025.
- Taux de prescription mesuré via les **données structurées (ATC)**.
- Qualité évaluée selon **12 IP** (molécule, durée, sécurité).
- Comparaison aux **cibles d'experts** et aux **données DREES/CNAM**.

RÉSULTATS — POINTS CLÉS

AMOXICILLINE PRIVILÉGIÉE	ÉPARGNE MACROLIDES / C3G	INFECTIONS URINAIRES (H)	DURÉE > 7 JOURS
Ratio Amoxi / ATB 2nde intention	Part des prescriptions	Molécules non recommandées	Part des traitements
12,3	3,3 %	0,001 %	5,8 %
vs 0,87 national	vs 19,8 % national	vs 20,1 % national	vs 20,7 % national

Motifs infectieux prédominants : **respiratoire 37,3 %**, **urinaire 7,4 %**.

TABLEAU — 12 INDICATEURS DE PERTINENCE (QARE VS NATIONAL 2023)

IP	Indicateur	Cible optimale	Cible acceptable	National 2023	Qare
FAVORISER LES ANTIBIOTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION					
PI 1	Amoxicilline / ATB de 2nde intention	>3	—	0,87	12,33
PI 2	Amoxicilline / amoxicilline-acide clavulanique	>3	—	2,90	3,85
PI 3	ATB non indiqués (moxifloxacine, spiramycine-métronidazole, céfatorol)	0 %	<0,5 %	1,4 %	0,23 %
PI 4	Pristinamycine et macrolides	<5 %	<10 %	19,8 %	3,32 %
PI 5	Prescriptions répétées de quinolones	0 %	<10 %	13,9 %	0 %
PI 6	ATB pour infections urinaires chez l'homme	0	<0,5	20,1 %	0,001 %
PI 7	ATB pour infections urinaires chez la femme	>5	—	3,96	5,7
PRESCRIRE À BON ESCIENT					
PI 8	Variations saisonnières des prescriptions totales d'ATB	>20 %	—	21,2 %	2 %
PI 9	Variations saisonnières des prescriptions de quinolones	<5 %	<10 %	10,6 %	0,2 %
PI 10	Durée estimée de prescriptions ATB > 7 jours	5 %	<10 %	20,7 %	5,8 %
ÉVITER LES ANTI-INFLAMMATOIRES EN CAS D'INFECTION					
PI 11	Co-prescriptions ATB + AINS	0 %	<5 %	7,2 %	1,17 %
PI 12	Co-prescriptions ATB + corticoïdes systémiques	0 %	<5 %	21,6 %	3,8 %

CONCLUSION

- Taux brut de prescription en TC (**20 %**) supérieur au présentiel (12,5 %, SPF 2022), expliqué par un **biais de case-mix** : patientèle quasi exclusivement aiguë (infectieuse).
- Une fois ce biais pris en compte, la TC **ne favorise pas le mésusage**.
- Excellente conformité** aux référentiels : épargne des molécules à large spectre (**fluoroquinolones, macrolides, C3G**) et respect des **durées courtes**.
- La **traçabilité numérique** et l'absence d'examen physique semblent paradoxalement favoriser une prescription **plus rigoureuse** qu'en ville conventionnelle.

Introduction

Les podcasts sont reconnus pour leur portabilité, leur efficacité et leur capacité à combiner divertissement et apprentissage. Ils deviennent de véritables outils pédagogiques au cours des études médicales. La Webradio de l'Infectio, podcast d'infectiologie destiné aux étudiants en médecine, a été lancée le 11 juin 2024.

Saison 1 : programme de connaissances en Maladies Infectieuses et Tropicales du 2^e cycle
 Saison 2 : élargie à la sémiologie en maladies infectieuses pour les étudiants de 1^{er} cycle et préparation aux ECOS

Objectif : dresser un bilan quantitatif de l'utilisation du podcast après deux saisons à partir des données des plateformes de diffusion.



Méthodes & Production

6 enseignants réguliers	4 enseignants invités
56 épisodes disponibles	~2h de travail / épisode
Saison 1 — 40 épisodes Programme 2 ^e cycle — Maladies Infectieuses et Tropicales	Saison 2 — 16 épisodes Sémiologie infectieuse, 1 ^{er} cycle, préparation ECOS — diffusion hebdomadaire

Les données présentées sont issues des données d'analyse des 4 principaux plateformes de diffusion. Durée médiane d'un épisode : 10 min 30 s (min : 4 min 02 s — max : 31 min 17 s)



Résultats — Audience & Écoutes au 1^{er} juin 2026

4 447

Abonnés

sur les principales plateformes de diffusion

7 191

Heures d'écoute

durée totale consommée par les auditeurs

74 340

Écoutes totales

875

Écoutes / épisode

médiane (min 227 — max 1 986)

Profil des auditeurs



Profil proche des étudiants en médecine de 2^e cycle avec 58, 1% de femmes

Support d'écoute

94 % des écoutes se font à partir d'un smartphone. La majorité des écoutes se font depuis la plateforme Spotify. Près de 10 % des écoutes se font hors de France notamment en Belgique et en Algérie.



Taux de rétention

51,8%

Médiane

Proportion d'auditeurs écoutant au moins ¼ d'un épisode (Spotify)

Varie de 26,5 % à 100 %.

Non corrélé à la durée de l'épisode

Épisode le plus écouté : « Infection par le VIH » (1 986 écoutes)

Conclusion

Après deux saisons, la Webradio de l'Infectio a trouvé son audience en France dans un public dont le profil est proche de celui des étudiants en médecine de second cycle, mais pas seulement. Elle est écoutée hors de France. A condition d'avoir de l'aide pour la production du support, la réalisation de podcasts par les enseignants est peu contraignante.

Il reste difficile d'évaluer la satisfaction des étudiants et l'impact sur le développement de connaissances et de compétences.

Perspectives & Défis

→ Élargir l'audience
Toucher davantage d'étudiants en France et à l'international

→ Améliorer le taux de rétention
Encourager l'écoute complète des épisodes

→ Développer de nouveaux épisodes
Assurer la pérennité et la richesse du contenu du podcast, apporter une plus value aux podcasts générés par des outils d'IA

Retrouvez le podcast sur :



All-in pour le bon usage des antibiotiques : Pok'ATB, une approche ludopédagogique innovante

M. Deschamps (1), D. Jaafar (1), P. Arias (1), P. Caraux-Paz (1), A. Belkacem (1)
 (1) CHI, Villeneuve Saint Georges



Introduction & Objectifs

L'antibiorésistance constitue un enjeu majeur de santé publique. Et pourtant, malgré la multiplication des recommandations, les pratiques restent hétérogènes.

Le problème n'est pas que le prescripteur ne sait pas mais qu'il n'entraîne pas suffisamment son raisonnement antibiotique au Bon Usage des Antibiotiques (BUA).

À l'hôpital, prescrire un antibiotique n'est pas choisir une molécule. C'est articuler Stratégie diagnostique, gravité, hypothèses microbiologiques, impact écologique et réévaluation à 48 heures.

La ludopédagogie, fondée sur la prise de décision en situation, permet de transformer l'apprentissage du BUA en une expérience active et réflexive



Notre EMA présente POK'ATB, le Poker des Antibiotiques, un jeu de mise en situation clinique en antibiothérapie et BUA

Matériels & Méthodes

Principes :

- Jeu proposant différentes situations cliniques, 9 actuellement développées : Infection urinaire (IU) à BMR et IU masculine, pneumopathie d'inhalation, abcès abdominal post-chirurgical polymicrobien, infection respiratoire à germe atypique, infection à Clostridioïdes difficile, Bactériémie, Erysipèle et fasciite, Arthrite septique
- Chaque joueur dispose de 3 cartes "Antibiotiques"(ATB) et 3 cartes "Conduite à tenir" (CAT)
- L'objectif : Proposer la MEILLEURE main possible pour prendre en charge la situation clinique proposée
- Chaque joueur doit justifier sa main auprès du maître du jeu, qui lui attribue des points (sous forme de jetons de poker) positifs ou négatifs, selon la grille d'évaluation standardisée validée entre pharmaciens et infectiologues et basée sur les principes et recommandations de BUA



Exemple de "main" pour un joueur

Carte	Points	Carte	Points
Amoxicilline	1	Classement	1
Amoxicilline + Acide clavulanique	2	Classement	2
Amoxicilline + Clavulanate	3	Classement	3
Amoxicilline + Clavulanate + Clavulanate	4	Classement	4
Amoxicilline + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate	5	Classement	5
Amoxicilline + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate	6	Classement	6
Amoxicilline + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate	7	Classement	7
Amoxicilline + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate	8	Classement	8
Amoxicilline + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate + Clavulanate	9	Classement	9

Exemple de grille standardisée d'évaluation pour une situation clinique : "IU à BMR"



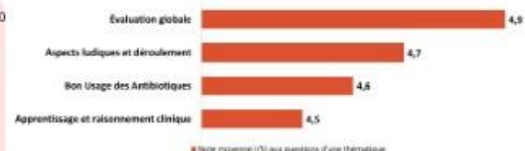
On ne gagne pas avec un antibiotique; on gagne avec un raisonnement

Le jeu a été expérimenté lors de formations auprès de 90 participants (51 médecins/pharmaciens seniors et des 39 internes/ externes) lors de la semaine du BUA de novembre 2025 et une enquête de satisfaction anonyme (échelle de Likert 1-5) a été menée afin d'évaluer l'engagement, la compréhension de la mécanique pédagogique, l'utilité perçue pour la pratique clinique et l'appréciation globale

Résultats



Le questionnaire de satisfaction a été rempli par 45/90 participants (dont 56% de seniors (n=25))
 Composé de 17 questions concernant 4 thématiques :
 • Apprentissage et raisonnement clinique (4 questions)
 • BUA (4 questions)
 • Aspects ludiques et déroulement (5 questions)
 • Evaluation globale (4 questions)
 + Espace de commentaires libres



Format fortement engageant, favorisant la participation active, les échanges et la réflexion collective
 Le système de points positifs et négatifs permet de voir l'impact des décisions thérapeutiques et de comparer les stratégies de prise en charge

L'adhésion est comparable entre internes et seniors → le dispositif dépasse l'effet nouveauté et répond à des besoins pédagogiques transversaux.



Axes d'amélioration: Durée des sessions, ajout de nouveaux cas, extension aux paramédicaux

Conclusion & Perspectives

En mobilisant des cartes ATB et CAT, Pok'ATB transforme la prescription en un processus décisionnel explicite, où l'objectif est de constituer la meilleure "main" possible pour la PEC du patient. Associé à un système de point fondé sur les principes du BUA, ce dispositif dépasse le cadre du jeu pour devenir un outil structurant du raisonnement clinique et un levier innovant de formation efficace au BUA pour toutes les spécialités



Prochains objectifs :

- Développement de cas cliniques à destination des médecins généralistes et sur des thématiques de ville
- Développement d'une extension destinée aux IDE
- Création d'une application POK'ATB: ne cherchant pas à remplacer les échanges (qui sont centraux) mais pour permettre à tout établissement de déployer le support sans contrainte matérielle et avec des mises à jour régulières



Trod angine et cystite en pharmacie en Île-de-France : Adhésion, montée en charge, saisonnalité et impact sur la dispensation d'antibiotiques



Rebecca Bauer¹, Clément Nestrigue², Emilie Médio¹, Louise Nutte¹, Marie-Anne Bouldouyre¹, Florence Stordeur¹

¹Centre Régional en Antibiothérapie - Île-de-France, Paris, France, ²Agence Régionale de Santé Île-de-France, Saint-Denis, France



CONTEXTE

- Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (Trod) angine et cystite en ville = outils clés pour éviter la prescription inutile d'antibiotiques
- Accessibles aux médecins généralistes depuis 2002, les Trod angine sont disponibles en pharmacie depuis 2013
- Depuis l'arrêt de juin 2024, les pharmaciens, sous réserve d'une formation, peuvent effectuer des Trod angine et cystite (bandelette urinaire) en officine et, en cas de Trod positif, prescrire et dispenser directement certains antibiotiques.



OBJECTIFS

- Décrire l'adhésion des pharmaciens aux évolutions réglementaires encadrant l'utilisation des Trod en Île-de-France
- Mesurer l'impact sur la dispensation d'antibiotiques.



MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Données de facturation de l'ensemble des Trod angine et cystite réalisés dans les pharmacies d'Île-de-France entre janvier 2023 et février 2026
- Données extraites du Système National des Données de Santé (SNDS) sous forme agrégée, par mois et par département
- Pour chaque Trod, étaient disponibles :
 - la modalité d'accès au Trod en pharmacie : **directe** (= sans ordonnance médicale) ou **indirecte** (avec une ordonnance conditionnelle),
 - l'information sur la dispensation d'antibiotiques suite au Trod.
- Calcul de la part des pharmacies ayant réalisé au moins un Trod à partir du recensement des pharmacies effectué par l'Ordre national des pharmaciens
- Méthodes d'analyse statistique des séries temporelles pour la saisonnalité du nombre de Trod réalisés et la dispensation d'antibiotiques à la suite d'un Trod

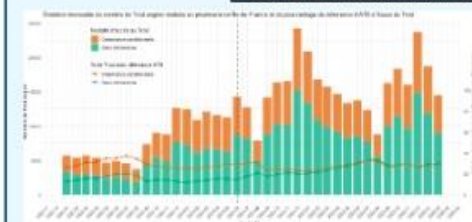


RÉSULTATS

Evolution mensuelle de la part des pharmacies réalisant des Trod



Evolution mensuelle de la dispensation d'antibiotique après un Trod



En 2025:

- 62% des Trod en pharmacie étaient réalisés en accès **direct**.
- Une antibiothérapie était dispensée dans 27% des cas suite à la réalisation d'un Trod et cette part était identique pour les 2 modalités directe et indirecte
- Saisonnalité:
 - Baisse du nombre de Trod réalisés en août
 - Hausse du pourcentage de délivrance ATB en été



En 2024 : quasi aucune ordonnance conditionnelle

En 2025:

- 90% des Trod en pharmacie étaient réalisés en accès **direct**.
- Une antibiothérapie était dispensée dans 85% des cas après la réalisation du Trod.
- On ne notait aucune saisonnalité de la réalisation des Trod ni de la dispensation antibiotique.



CONCLUSION - PERSPECTIVES

- La grande majorité des pharmaciens de la région Île-de-France se sont approprié leurs nouvelles missions concernant les Trod angine et cystite.
- Alors que ce dispositif était déjà possible avant l'arrêt, les médecins ont commencé à prescrire des ordonnances conditionnelles pour les cystites en 2025.
- En IDF en 2025, 27 % des Trod angine et 85 % des Trod cystite ont été suivis d'une dispensation d'antibiotiques et cette part était identique pour les deux modalités d'accès. Pour les angines, la part d'ATB dispensés suite à un accès direct a augmenté depuis la mise en place du dispositif, suggérant une appropriation du dispositif par les pharmaciens et les patients.
- On notait pour les Trod angine un pourcentage de dispensation ATB plus élevé durant les mois d'été, possiblement corrélé à un moindre nombre de Trod réalisés en période estivale et/ou à une moindre circulation virale.
- Ces premiers résultats pourront être complétés par la description du parcours de soins autour du Trod en pharmacie (consultation médicale, prescription d'autre médicaments...)

RETOUR SUR LES CONGRES SF2H-JNI 2026



25 JUIN 2026



14h-16h

LILLE
3-5 JUIN
2026



et la région Île-de-France
Palais des Congrès de Paris

Journées Nationales d'infectiologie

du jeudi 18 juin 2026
au samedi 20 juin 2026

Retour sur les thèmes dédiés aux paramédicaux Journée du 19 juin 2026



Hémocultures et bonnes pratiques (Lyon)

Le bon diagnostic des bactériémies repose sur un prélèvement de bonne qualité, Pas de formation existante au sein du groupement hospitalier autour de la réalisation des hémoc pour les paramédicaux; Réalisation d'une étude

Ccl: intérêt de la formation des IDE sur le bon usage des hémocultures, amélioration de la qualité des prélèvements

Prescription Vaccinale par les Infirmiers (Paris)

Depuis 2023 les ide ont la possibilité de prescrire l'ensemble des vaccins recommandés pour les patients de plus de 11 ans ,
(suite à la réalisation d'une formation spécifique de 10h30 et après déclaration à l'ordre IDE) peu le connaissent

Eude pour mesurer l'appropriation des nouvelles compétences vaccinales par les IDE et d'en analyser les freins et les leviers:
257 ide interrogées, , 16% IPA, 22 % ide interrogées ont suivi la formation ,2,5 % ide en France ont suivi la formation

Appropriation limitée: 59% administrent régulièrement des vaccins ; 19% prescrivent régulièrement des vaccins et 50% maitrisent les indications pour les personnes âgées, + 1/3 pense que la prescription vaccinale par les IDE reste interdite
Les ide en centre de vaccination prescrivent et administrent plus et sont plus à l'aise pour en parler

Principaux freins: manque d'infos sur le nouveau cadre réglementaire et la formation, difficultés opérationnelles (pas de connaissances du statut vaccinal du patient manque de temps et faible valorisation financière

Ccl:

- nécessité d accompagner les IDE dans ses nouvelles compétences vaccinales par campagne d'information ciblée
- concevoir des outils d'aide à la pratique afin de renforcer l'adhésion à cette nouvelle stratégie d'offre de prévention

Vaccination en pédiatrie acceptabilité et enjeux de la coopération interprofessionnelle:

étude qualitative exploratoire, Marina Fauconnier , directrice PMI de Seine st Denis Dre D Lyut Domitille

Protocole pour vaccination enfants < 11 ans, Seine Saint Denis, répond eà des enjeux de santé publique: mortalité infantile 5,4 ‰ vs 4,1‰ en Fr, CV insuffissante et démographie médicale tendue 6,7 med ‰ habitants, PMI: acteur majeur d el aprévention reconnu par la population , qul y a recours ++

132 puer, 30 formées, 5 ont mis en place le protocole

Résultats: peur de la responsabilité , malgré le fait d'etre formé,,

Peur d'une augmenation de ce qui pourrait etre demandé en plus si commence à accepter de vacciner

Infections urinaires récidivantes (Rouen)

Parcours de prise en soins des IUR a été créé :consultation infirmière consultation d'infectiologie et consultation d'urologie = le diagnostic infirmier joue un rôle essentiel dans le bilan initial des Infections urinaires récidivantes contribuant aussi à un diagnostic final. Bénéfice apport qualitatif essentiel et repérage des violences sexuelles.

Parcours structure (IDE, infectiologie, urologie)
Diagnostic Infirmier essentiel
Contribution au diagnostic final
Amélioration du repérage des violences sexuelles

Bon usage des antibiotiques en EHPAD (Angers)

L'infirmière est une sentinelle clinique , rôle dans le repérage des signes d'infection en réalisant une évaluation solide . Cf: « Tu t'es vu sans BU » outils réévaluation en EHPAD .

2 Etudes BUA:

- **Essai Canadien Loeb et al.** =Effet d'une intervention multifactorielle sur le nombre d'antibiotiques pour les infections urinaires suspectées chez les résidents de 2005.= IDE formées diminution du nombre de prescriptions d'antibiotiques.

-**Revue narrative :Cmich C;J et al.** Optimisation de la gestion des ATB dans les EHPAD recommandation d'amélioration 2015 = IDE jouent un rôle déterminant dans la qualité des prescriptions d'ATB par leur expertise dans l'évaluation clinique du résident.



One Health: du concept à la réalité du monde fongique, Jacques Gillot Nantes

- **Définition selon l'OMS**

Une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes

- **Un cadre scientifique**

Comment les interactions entre humains, animaux et environnement influencent-elles l'apparition et la diffusion des maladies et les risques sanitaires ?

- **Dans le monde fongique**

Emergence de la résistance aux antifongiques pour *Aspergillus fumigatus* due à l'utilisation des pesticides dans l'environnement
Pathogènes fongiques liés aux chauves souris,,,

- **Exemple des pathogènes fongiques liés aux chauves-souris**

Comment les interactions entre humains, animaux et environnement influencent-elles l'apparition et la diffusion des maladies et les risques sanitaires ?
Ex: *pseudogymnoascus destructans*

