

# ANTIBIOTHÉRAPIE EN EHPAD

## Recommandations pour le traitement des infections

L'application des précautions  
standard permet de contrôler  
la transmission croisée  
des infections en collectivité.



# Infections urinaires

## Cystite homme ou femme

- Cystite = signes fonctionnels urinaires sans fièvre
- L'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des signes d'infection
- **ECBU indispensable avant traitement** (ne pas faire de bandelette urinaire). Se référer au [Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD](#)
- Autant que possible, ne traiter qu'après documentation microbiologique

**Seulement si symptômes mal tolérés**, le traitement peut être débuté avant le résultat de l'ECBU :

- 1<sup>re</sup> intention : fosfomycine-trométamol PO 3 g
- 2<sup>e</sup> intention : nitrofurantoïne PO 100 mg x 3/j ou pivmécillinam PO 400 mg x2/j

puis adapter selon l'antibiogramme :

**Cystite femme** : privilégier selon sensibilité (ordre à respecter) :

1. Amoxicilline PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)
2. Pivmécillinam PO 400 mg x 2/j (DTT = 7j)
3. Nitrofurantoïne PO 100 mg x 3/j (DTT = 7j)
4. Fosfomycine-trométamol PO 3 g à J1 - J3 - J5 (= 3 prises)
5. Triméthoprime PO 300 mg/j (DTT = 7j)

**Cystite homme** : sans ordre de priorité (prescriptions hors AMM) :

- Fosfomycine-trométamol PO 3 g à J1 - J3 - J5 (= 3 prises)
- Nitrofurantoïne PO 100 mg x3/j (DTT=7j)
- Pivmécillinam PO 400 mg x2/j (DTT=7j)
- Triméthoprime PO 300 mg/j (DTT = 7j)



**Cystites récidivantes de la femme** :  
se référer au poster du CRATB

## Pyélonéphrite aigüe, sans antécédent documenté d'EBLSE

**Avant résultats de l'ECBU** : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j

Si allergie à la ceftriaxone : lévofloxacine PO 500 mg/j  
+ amikacine IV/IM 15 mg/kg, dose unique (ou si non disponible, gentamicine IV/IM 5 mg/kg, dose unique).

**Relai selon antibiogramme, par ordre de préférence** :

1. Amoxicilline PO 1 g/j x 3/j (DTT = 10j)
2. Cotrimoxazole PO 160 / 800 mg 1 cp x 2/j (DTT = 10j)
3. Amoxicilline + ac. clavulanique PO 1 g/j x 3/j (DTT = 10j)

Si allergie aux pénicillines : cotrimoxazole PO 160 / 800 mg, 1 cp x 2/j (DTT = 10j) ou lévofloxacine PO 500 mg/j (DTT = 7 j) si souche résistante ou contre-indication au cotrimoxazole.

## Prostatite aigüe, sans antécédent documenté d'EBLSE

**Avant résultats de l'ECBU** : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j

Si allergie à la ceftriaxone : lévofloxacine PO 500 mg/j + amikacine IV/IM 15 mg/kg, dose unique (ou si non disponible : gentamicine IV/IM 5 mg/kg, dose unique).

**Relai selon antibiogramme, par ordre de préférence** :

1. Cotrimoxazole PO 160 / 800 mg, 1 cp x 2/j (DTT = 14j)
2. Lévofloxacine PO 500 mg/j (DTT = 14j)

Si résistance ou contre-indication au cotrimoxazole et aux FQ : ceftriaxone SC 1g/j (DTT 14j) ou fosfomycine trométamol PO 3 g/j (3 g 1 jour sur 2 si mauvaise tolérance digestive) (DTT = 14j)  
*Prescription hors AMM*

## Pyélonéphrite / prostatite, antécédent documenté d'EBLSE

**Avant résultats de l'ECBU** : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j

+ amikacine IV/IM 15 mg/kg dose unique (ou si non disponible : gentamicine IV/IM 5 mg/kg, dose unique).

**Relai selon antibiogramme** : cf. « pyélonéphrite aigüe ou prostatite aigüe sans BLSE ».



**Si traitement oral impossible** : avis infectiologue.



## Infections cutanées

Vérifier statut vaccinal anti-tétanique en cas d'effraction cutanée.

### **Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (Erysipèle)**

Amoxicilline PO 50 mg/kg/j en 3 prises (max 6 g/j) (DTT = 7j)

Si allergie : pristinamycine PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)

### **Prévention des récurrences de dermohypodermite**

- Prise en charge des facteurs de risque (lymphœdème, porte d'entrée, obésité).
- Antibioprophylaxie (effet suspensif) si facteurs de risque non contrôlables et après 2 épisodes dans l'année ; durée : selon évolution des facteurs de risque de récurrence.

Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard) IM 2,4 MUI toutes les 2 à 4 semaines, ou pénicilline V (phénoxyéthylpénicilline)

PO 1 à 2 MUI/j selon le poids en 2 prises.



Si allergie : avis infectiologue

### **Pied diabétique**

Atteinte ostéo-articulaire sans signe de gravité :



Pas d'antibiotiques en urgence = avis infectiologue et prélèvements nécessaires.

**Grade 1 :** plaie sans signe d'infection : pas d'antibiotique.

**Grade 2 :** plaie infectée. Au moins 2 signes parmi : chaleur, érythème < 2 cm, tuméfaction, douleur, écoulement purulent :

- Clindamycine PO 600 mg x 3/j (DTT = 7j)
- OU pristinamycine PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)

**Grade 3 :** plaie infectée avec extension péri-lésionnelle en surface > 2 cm : amoxicilline / ac. clavulanique PO/IV 1 g x 3/j (DTT = 7j).  
Si allergie non grave aux pénicillines : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j (DTT = 7j).

**Grade 4 :** toute plaie infectée avec fièvre ou signe de gravité



= avis infectiologue

### **Infection d'escarre**

Une escarre est naturellement colonisée par de nombreuses bactéries. Signes de surinfection : érythème péri lésionnel et/ou écoulement purulent et/ou douleur inhabituelle. Prélèvement : Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD [🔗](#)

**Sans critère clinique de gravité** (sepsis, signes locaux, évolution rapide...) ni atteinte osseuse (contact osseux clinique) :

- amoxicilline/ac. clavulanique PO/IV 1 g x 3/j (DTT = 7j) si évolution favorable, sinon 10j)
- Si allergie non grave aux pénicillines : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j + métronidazole PO/IV 500 mg x 3/j



**Avec signes de gravité clinique** et/ou d'atteinte osseuse : avis infectiologue et prélèvements profonds nécessaires.

### **Furonculose (répétition de furoncles pendant plusieurs mois) / plaie surinfectée**

- Clindamycine PO 600 mg x 3/j (DTT = 3j)
- OU pristinamycine PO 1 g x 3/j (DTT = 3j)

### **Abcès**

Incision nécessaire. Antibiothérapie : pristinamycine PO 1 g x 3/j (DTT = 5 j) ou clindamycine PO 600 mg x 3/j (DTT=5 j)



# Infections ophtalmologiques

## Conjonctivite

Le plus souvent virale (contexte épidémique) : pas d'antibiotiques, rinçage sérum physiologique + collyre antiseptique.

Si échec à 48 h : prélèvement, débuter avant résultats : collyre tobramycine 1 gte x 3/j puis adaptation à l'antibiogramme (DTT = 7j).

## Orgelet et chalazion

**Orgelet** : infection du follicule du cil.

Traitement : antibiotiques en collyre ou en pommade.

Ex. : Tobrex® 1 gte x 3 à 8/j dans le cul-de-sac conjonctival, DTT = 8j.

**Chalazion** : inflammation de la glande de Meibomius, parfois associée à une infection.

Traitement : pommade corticoïde locale + antibiotique associé (Sterdex®, Maxidrol®) 4 applications/j, DTT = 7j, associée à des soins de paupières.




Avis ophtalmologiste si pas d'évolution favorable à 7 jours.



# Infections respiratoires

Les infections respiratoires en EHPAD sont **souvent virales**.

- Prélèvements : [Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD](#) 
- Intérêt préventif de la **vaccination** (grippe, pneumocoque, Covid).

## Pneumonie aigüe

### Pneumonie simple :

- Sans comorbidité : amoxicilline PO 1 g x 3/j
- Avec comorbidité\* : amoxicilline / acide clavulanique PO 1 g x 3/j

Si allergie : pristinamycine PO 1 g x 3/j

Si PO impossible : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j

*\* Hospitalisation dans les 3 mois, antibiothérapie dans le mois précédent, éthylisme, risque de fausses routes, néoplasie active, immunodépression, BPCO sévère ou insuffisance respiratoire chronique (O<sub>2</sub> longue durée ou VNI), insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique, insuffisance rénale chronique (DFG < 30 mL/min)*

### Pneumonie sévère ou échec à 72 heures :

Ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j + clarithromycine PO/IV 500 mg x 2/j  
ou spiramycine PO/IV 1,5 à 3 MUI 3 x j

### Pneumonie d'inhalation :

- Amoxicilline / ac. clavulanique IV/PO 1 g/125 mg x 3/j
- Si PO ou IV impossible : ceftriaxone SC 1 g/j
- Si allergie grave aux Beta-lactamines : cotrimoxazole PO/IV 160/800 mg toutes les 8-12 h
- Échec à 72 h : pipéracilline/tazobactam IV 4 g/8h

**DTT** : si évolution favorable entre J3 et J5\*, arrêt de l'antibiothérapie.

Sinon DTT = 7j

\* Critères d'évolution favorable à J3 et J5 :  $T \leq 37,8^{\circ} C$  et au moins

3 signes de stabilité clinique parmi :

PAS  $\geq 90$  mm Hg - FR  $\leq 24$ /min - FC  $\leq 100$  bpm -  $SpO_2 \geq 90$  %

La persistance de toux n'est pas un critère de non-amélioration.

### **Légionellose confirmée**

Azithromycine PO 500 mg/j (DTT = 5 à 10j)

Ou clarithromycine PO 500 mg 2 x /j (DTT = 14j)

Ou spiramycine PO 3 MUI 3 x /j (DTT = 14j)

### **Exacerbation aiguë de BPCO**

Antibiothérapie : non systématique, à débiter **si augmentation de volume et purulence des expectorations pendant au moins 48 h, ou si BPCO très sévère (VEMS < 30 %) et expectoration importante et purulente.**

### **En l'absence de facteurs de risque d'échec thérapeutique ou de complication\***

Amoxicilline PO 1 g x 3/j (DTT  $\leq 5$ j)

Si allergie : pristinamycine PO 1 g x 3/j (DTT = 4j)

\*  $\geq 2$  exacerbations par an ou 1 épisode ayant nécessité une hospitalisation, VEMS < 50 %, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, antibiothérapies répétées, désaturation / oxygénothérapie à domicile.

### **En cas de facteurs de risque d'échec thérapeutique ou de complication :**

Amoxicilline / acide clavulanique PO 1 g / 125 mg x 3/j (DTT  $\leq 5$ j)

Si allergie : cotrimoxazole PO 160/800 mg x 2/j (DTT  $\leq 5$ j)

Si PO impossible : ceftriaxone IV/IM/SC 1g/j (DTT  $\leq 5$ j)

Si colonisation connue à *Pseudomonas aeruginosa* :  
**avis infectiologue ou pneumologue référent.**





# Infections digestives

Prélèvements : [Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD](#)

## Infection à *C. difficile*

Diarrhée avec exposition récente aux antibiotiques : recherche positive de toxines de *C. difficile* dans les selles.

- Fidaxomicine PO 200 mg x 2/j ou vancomycine PO 125 mg x 4/j (DTT = 10j). Disponibles en rétrocession sur prescription hospitalière.
- Si indisponibles et sans signes de gravité : métronidazole PO 500 mg x 3/j (DTT = 10j)



Récidive (sous 8 semaines) = **avis infectieux ou gastro**

## Diarrhée (hors infection à *C. difficile*)

**Diarrhée +/- vomissement sans fièvre ni glaire ni sang, évolution < 6 jours :**

Pas d'antibiotique, prélèvement : [Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD](#)

**Diarrhée avec fièvre et/ou frissons et/ou durée > 6 jours :**

Coproculture puis :

- Azithromycine PO 1 000 mg une fois (ou 500 mg/j, DTT = 3j)
- 2<sup>e</sup> choix : ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j ou ciprofloxacine PO 500 mg/12h (DTT = 3j)

secondairement adaptée au résultat de la coproculture si persistance de la diarrhée

## Cholécystite et angiocholite / diverticulite, sigmoïdite



**Imagerie + avis chirurgical.**

Diverticulite non compliquée après bilan : traitement symptomatique en 1<sup>re</sup> intention.

En cas de limitation de soins, ou en traitement d'attente :

- Ceftriaxone IV/IM/SC 1 g/j + métronidazole PO/IV 500 mg x 3/j (DTT = 7j)
- et si choc : amikacine 30 mg/kg IV/IM 1 dose unique.  
Si non disponible : gentamicine 7 mg/kg IV/IM

## Infection à *Helicobacter pylori*

Traitement adapté à la sensibilité d'*H. pylori*.

Le traitement probabiliste ne doit être qu'exceptionnel.

- Si *H. pylori* sensible à la clarithromycine : IPP une dose matin et soir + amoxicilline 1g x 3/j + clarithromycine 500 mg x 2/j (DTT = 10j)
- Si *H. pylori* résistant à la clarithromycine et sensible à la lévofloxacine : IPP une dose matin et soir + amoxicilline 1g x 3/j + lévofloxacine 500 mg x 1/j (DTT = 10j)
- Si *H. pylori* résistant à la clarithromycine et à la lévofloxacine ou si allergie à l'amoxicilline : IPP une dose matin et soir + association (bismuth 140 mg + métronidazole 125 mg + tétracycline 125 mg : Pylera®) 3 gélules x 4/j (DTT = 10j)
- Traitement probabiliste : IPP une dose matin et soir + amoxicilline 1 g x 3/j + clarithromycine 500 mg x 2/j + métronidazole 500 mg x 2/j (DTT = 14j)



## Infections dentaires

Se référer au document de prise en charge bucco-dentaire en médecine générale Fiche dentaire du CRATB 



## Infections ORL

### Angines

- Score de Mac Isaac\* < 2 ou score  $\geq$  2 et TROD négatif : pas d'antibiotique
- Score  $\geq$  2 et TROD positif : amoxicilline PO 1 g x 2/j (DTT = 6j)
- Si allergie non grave aux pénicillines : céfuroxime axétil PO 250 mg x 2/j (DTT = 4j) ou céfopodoxime proxétil PO 100 mg x 2/j (DTT = 5j)
- Si allergie grave contre-indiquant les  $\beta$ -lactamines : clarithromycine PO 250 mg x 2/j, DTT = 5 j

\* Température > 38° C (+ 1 point), absence de toux (+ 1), adénopathie(s) cervicale(s) antérieure(s) douloureuse(s) (+ 1), augmentation de volume ou exsudat amygdalien (+ 1), âge  $\geq$  45 ans (- 1 point)

### Sinusites

#### Sinusite maxillaire :

Traitement antibiotique si persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré traitement symptomatique prescrit pendant au moins 48 h.

- Amoxicilline PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)
- En cas d'échec ou si associée à une infection dentaire homolatérale supérieure : amoxicilline / ac. clavulanique PO 1 g x 3/j (DTT = 7j) + soins dentaires
- Si allergie non grave aux pénicillines : céfopodoxime proxétil PO 200 mg x 2/j ou céfuroxime axétil PO 250 mg x 2/j (DTT = 5j)
- Si allergie grave aux pénicillines : pristinamycine PO 1 g x 2/j (DTT = 4 j)

#### Sinusite frontale, éthmoïdale, sphénoïdale :



Avis ORL + amoxicilline / ac. clavulanique PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)

- Si allergie non grave aux pénicillines : céfopodoxime proxétil PO 200 mg x 2/j ou céfuroxime axétil PO 250 mg x 2/j (DTT = 5j)
- Si allergie grave aux pénicillines : lévofloxacine PO 500 mg/j ou moxifloxacine PO : 400 mg/j (DTT = 5j)

### Otites moyenne aiguë purulente

Seules les otites moyennes aiguës purulentes confirmées par la visualisation des tympans justifient une antibiothérapie :

- Amoxicilline PO 1 g x 3/j (DTT = 7j)
- Si allergie non grave aux pénicillines : céfopodoxime proxétil PO 200 mg x 2/j ou céfuroxime axétil PO 250 mg x 2/j (DTT = 5j)
- Si allergie grave aux pénicillines : cotrimoxazole PO 160/800 mg x 2/j (DTT = 5j) ou pristinamycine PO 1 g x 2/j (DTT = 5j)

## Otite externe

### Vérifier membrane tympanique intacte et pas de facteurs favorisants ou de signes de gravité évoquant une otite maligne

**externe** : immunodépression, diabète, tissu de granulation ou exposition osseuse dans le conduit auditif externe, douleurs intenses, paralysie d'une paire crânienne (le plus fréquemment VII ou XII), échec de 2 antibiothérapies locales, évolution de plus de 3 semaines.

### Absence d'argument pour une otite externe maligne, pas de perforation tympanique :

- Antalgiques (pas d'AINS) + nettoyage du conduit auditif externe ± mise en place d'un tampon auriculaire + antibiothérapie locale par instillation auriculaire de néomycine ou polymyxine ou oxytétracycline ou framycétine (DTT = 7j)
- En cas d'échec : instillation auriculaire de ciprofloxacine ou ofloxacine (DTT = 7j)

### Absence d'argument pour une otite externe maligne, perforation tympanique :

- Antalgiques (pas d'AINS) + nettoyage du conduit auditif externe ± mise en place d'un tampon auriculaire + antibiothérapie locale par instillation auriculaire de ciprofloxacine ou ofloxacine (DTT = 7j)

### Suspicion d'otite externe maligne :



Avis ORL pour évaluation clinique, prélèvements bactériologiques et mycologiques, imagerie tomodensitométrie et mise en route d'une antibiothérapie systémique.

## Parotidite aiguë bactérienne

Facteurs favorisants : déshydratation, mauvaise hygiène bucco-dentaire, médicaments.

En faveur d'une cause bactérienne : aspect inflammatoire de la parotide, pus à l'orifice du canal de Sténon

Bactéries les plus souvent en cause : *Staphylococcus aureus*, anaérobies

Antibiothérapie :

- Amoxicilline / ac. clavulanique PO 1 g x 3/j (DTT = 10j)
- Si allergies aux pénicillines ou portage de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) : cotrimoxazole PO 160/800 mg x 2/j (DTT = 10j) OU clindamycine PO 600 mg x 3/j (DTT = 10j)





## Pas d'antibiotique :

Ressource : [affiche « Ne pas prescrire d'antibiotique "SSAUF SI" » du CRATB Normandie](#)

**Notamment dans les situations suivantes,  
donner un traitement symptomatique et réévaluer à 48 h :**

- Bronchite aiguë
- Exacerbation de BPCO légère à modérée
- Angine à TROD négatif
- Rhinopharyngite
- Furoncle isolé
- Panaris
- Morsure / griffure superficielle
- Diarrhée hydrique sans fièvre

**Pas d'antibiotique si pas d'infection objectivée cliniquement :**

- plaie ou escarre colonisée ;
- bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire) en l'absence de geste ou d'intervention urologique prévue.

## Fièvre isolée ?

**Ne pas traiter à l'aveugle sauf retentissement systémique (sepsis ou choc septique) ou patient neutropénique (PNN < 500/mm<sup>3</sup>) ou asplénique**

Sepsis : infection bactérienne suspectée et au moins 3 des 6 critères suivants :

- Âge > 65 ans
- Température > 38° C
- PAS ≤ 110 mm Hg
- FC > 110 bpm
- Saturation périphérique en O<sub>2</sub> ≤ 95 %
- Troubles récents des fonctions supérieures

Choc septique : sepsis + défaillance hémodynamique nécessitant un vasopresseur et lactatémie > 2 mmol/L.

## Sepsis ?

- Prélever ECBU + 1 paire d'hémocultures si possible
- Ceftriaxone 2 g IV + amikacine 30 mg/kg IV (ou Gentamicine 7 mg/kg IV)



**Appel SAMU** pour transfert (selon directives anticipées).


## Allergie aux $\beta$ -lactamines (BL)

**Allergie rare** : 95 % des patients étiquetés allergiques aux pénicillines ne le sont pas. Dans ce cas, la prescription d'un antibiotique de 2<sup>e</sup> intention entraîne un risque de perte de chance pour le patient (efficacité moindre, plus d'effets indésirables, résistance aux antibiotiques).


### À recueillir à l'interrogatoire :

1. S'agit-il de symptômes non compatibles avec une allergie ? (exemple : intolérance digestive) ou présence d'antécédent familial / allergie alimentaire / terrain atopique.
2. Si le patient a repris, depuis la réaction, le même antibiotique sans nouvelle réaction : pas d'allergie à cet antibiotique.
3. Quelle est la chronologie de la réaction : combien de temps après la prise de l'antibiotique a-t-elle eu lieu ?
4. Identifier les symptômes et évaluer la sévérité de la réaction.

→ **Appréciation de la situation et analyse des bénéfices / risques** en fonction des critères suivants : gravité de l'infection, antibiotique choisi substituable ou non et perte de chance induite par une antibiothérapie de 2<sup>de</sup> ligne.

[Algorithme de prise en charge du CRATB Hauts-de-France](#) 

## Antibiotiques et personne âgée

- Fonction rénale altérée : adapter la posologie avec [l'outil d'aide du GPR](#) 
- Polymédication : risque d'interactions majoré.
- Effets indésirables majorés : diarrhées, infection à *C. difficile*, candidose buccale, confusion.
- Limiter la pression de sélection : respecter les indications, privilégier les molécules à spectre étroit, durée courte, limiter les associations.



## Vérifier l'écrasabilité des comprimés

Liste des antibiotiques écrasables produite par [l'OMEDIT Normandie](#), en lien avec la Société française de pharmacie clinique (SFPC).



## Perfusion sous cutanée de ceftriaxone

Voie SC supprimée de l'AMM ([mise à jour de l'ANSM : informations de sécurité Ceftriaxone](#)).

Dans certaines situations, le clinicien peut la juger indispensable (bénéfice/risque et sous réserve d'information patient ou famille). Consultez les modalités d'administration et de surveillance dans le [document des sociétés savantes SPILF/SFGG](#).

La perfusion sous-cutanée gravitaire sur une durée de 20 - 30 min est préférée à l'injection directe en bolus (meilleure tolérance).

## Précautions d'emploi des fluoroquinolones

Ne pas utiliser en probabaliste si prise dans les 6 mois précédents. Prescription réservée à certaines infections bactériennes sévères. Évaluer le rapport bénéfice-risque et informer le patient de la conduite à tenir en cas d'effets indésirables.

[Consultez le dossier thématique ANSM](#)

## Effets indésirables des macrolides

**Utilisation prudente** en curatif mais aussi en prophylaxie. Notamment, ne pas les utiliser en cas d'intervalle QTc long congénital ou de co-médication allongeant le QTc. Ne pas co-administrer avec les statines ou la colchicine. La spiramycine est le seul macrolide qui n'interagit pas avec les cytochromes P450 et 3A4.

## Documenter les infections bactériennes et virales

Se référer au [Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD sur le site internet du CRATB](#)





Recommandations destinées aux professionnels de santé exerçant en EHPAD en Auvergne-Rhône-Alpes, actualisées en janvier 2026 par les CRATB ARA, OMEDIT ARA, CPias ARA, à partir des recommandations de l'ANSM, de la HAS et de la SPILF. Relecture : D<sup>rs</sup> M.-C. Dedienne, I. Martin, H. Bouti, J. Labrosse. Initialement inspirées de la plaquette de recommandations élaborée par les services de maladies infectieuses du CH de Tourcoing et des CHRU d'Amiens et de Lille.

## Sources d'information en ligne :

- CRATB : [cratb-aura.fr](http://cratb-aura.fr)
- SPILF : [infectiologie.com](http://infectiologie.com)
- Antibioclic : [antibioclic.com](http://antibioclic.com)
- GPR : [vidal.fr/gpr/guide-prescription-rein-a-propos.html](http:// Vidal.fr/gpr/guide-prescription-rein-a-propos.html)
- Dentibiotic : [dentibiotic.fr](http://dentibiotic.fr)
- CPias ARA : [cpias-auvergnerhonealpes.fr](http://cpias-auvergnerhonealpes.fr)



Avis et conseils en infectiologie :  
coordonnées régionales des services d'infectiologie :



[cratb-aura.fr/avis-et-conseils-en-antibiotherapie](http://cratb-aura.fr/avis-et-conseils-en-antibiotherapie)