



La newsletter aussi fait sa rentrée des classes ! Nous vous proposons pour cette nouvelle édition quelques idées d'actions pour préparer dès maintenant la Semaine de l'antibiorésistance 2026 ; mais aussi le best of Journées Nationales d'Infectiologie 2026 et nos rendez-vous habituels. Vous trouverez aussi en annexe un visuel récapitulatif des nouvelles recommandations de traitement des infections urinaires masculines, parues cet été. Bonne lecture à tous !

Le retour d'expérience

Organisation de la Semaine de l'Antibiorésistance

Du 16 au 22 novembre 2026

Les données

Nous préparons au CRAtb un **diaporama régional actualisé** avec les **données de consommation et de résistance issues de PRIMO** (pour la ville) et **SPARES** (hôpital) et d'autres sources comme la **CNAM** (utilisation des TROD angine et BU en officine), que nous diffusons aux EMA et disponible sur notre site dès le lundi !

Une affiche personnalisable

La préparation de cette semaine est évoquée dès la **rentrée des EMA en septembre**, afin que les équipes s'organisent en amont. Une **trame d'affiche** a été préparée avec un pré-remplissage personnalisé pour que les EMA inscrivent les informations qui leur semblent importantes pour communiquer lors de cette semaine : **la composition de l'équipe, les partenaires sur le territoire, les données locales, les actions stratégiques de BUA en cours.**

Communication écrite

Chacun relaye (mail, newsletter) à son réseau intra et extra-hospitalier le démarrage de la semaine et peut identifier à son échelle une ou plusieurs actions phares, comme par exemple une **action décidée en COMAI, ou en lien avec une CPTS**. En 2025 au CRAtb on avait axé la campagne sur **la juste prescription**, en lien avec le **groupe GRINE de la SPILF**, pour faire se rejoindre 2 causes vers un même objectif !

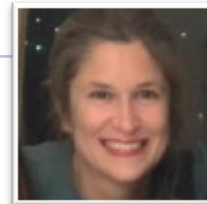
Kit communication pour les EMA

Après plusieurs années de partage d'outils entre équipes, d'utilisation d'outils privés, nous avons décidé cette année de rassembler tous ces outils pour inciter à l'organisation de manifestations ! Ce kit contient :

- ☐ un kakemono
- ☐ une **roue de questions** avec deux listes de 14 questions VRAI/FAUX, une pour les professionnels de santé et une pour le grand public
- ☐ une **frise temporelle** issue de celle de SPF sur le développement des familles d'antibiotiques et l'apparition des résistances
- ☐ un **jeu de carte ANTIBIO/PAS ANTIBIO** (plutôt pour grand public) selon un pathogène ou un symptôme
- ☐ des **cocottes en papier** téléchargeables sur notre site <https://cratb-ile-de-france.fr/outils-pedagogiques/>
- ☐ des **cartes postales**
- ☐ et des **fiches de questions/réponses** (type Incollables®)

Il permet de cibler différents public/lieux : Autres soignants, patients et visiteurs, maisons de santé, EHPAD, et nous irons même dans un centre commercial !

Mon retour et celui des EMA l'ayant déjà testé : c'est vrai que c'est un peu d'organisation, mais c'est toujours un bon moment en équipe et qui permet de faire passer des messages autrement, dans une bonne ambiance, de se remettre en question sur des façons de faire et des objectifs qu'on s'est fixés, et aussi de toucher des professionnels avec lesquels on n'arrivait pas à avoir un contact par ailleurs (tant médicaux ou soignants que des directeurs!)



Par Florence Stordeur
du CRAtb, Île de France
florence.stordeur@aphp.fr



Quelques autres actions du CRAtb pour sensibiliser à l'antibiorésistance ...

Fête de la science 2026

Cet événement national organisé par le ministère de l'enseignement et de la recherche vise à faire découvrir les sciences au grand public, notamment aux plus jeunes. Les porteurs de projet peuvent être des associations, des universités, organismes de recherche. Le CRAtb a répondu à l'appel à projet lancé par l'AP-HP pour labelliser une intervention qui aura lieu en octobre 2026. **Quatre ateliers seront proposés, répétés dans 2 écoles primaires (classes de CM1-CM2).** Le kit pour animer les 4 ateliers sera ensuite mis à disposition des EMA pour reproduire l'intervention, possible aussi en dehors de la fête de la science.

Enquête GUPIA

Cette enquête est réalisée par les **Représentants des Usagers qui vont à la rencontre des patients dans les services** (hôpital et établissements médico-sociaux) pour échanger avec eux sur la prévention des infections et l'antibiorésistance. Les patients reçoivent ensuite un **flyer résumant les messages clés**. Le questionnaire est ouvert toute l'année à toutes les régions si vous souhaitez le relayer à vos RU et avoir des données locales ! <https://cratb-ile-de-france.fr/enquete-gupia/>

Partenariat du CRAtb IDF avec le Service Sanitaire en Santé (SSE) en pharmacie

Depuis la création du CRAtb fin 2022 un partenariat s'est formalisé avec l'une des deux facs de pharmacie d'IDF, à l'occasion du SSE, destiné aux étudiants de 5A. Chaque année le CRAtb intervient 3 fois et les échanges sont toujours très riches et dans les deux sens, les étudiants ayant plein de questions et de bonnes idées ! Echanger avec des futurs pharmaciens **permet de les compter dans les forces vives futures pour relayer les messages**, tant en officine ou à l'hôpital vis-à-vis des patients et des collègues qu'en industrie pour plaider la cause des anti-infectieux (conditionnements adaptés, R&D par exemple).

A la fin du module les étudiants ont une journée pour réaliser le projet qu'ils ont préparé ; ils sont déjà intervenus notamment :

- Dans des **écoles primaires**
- Dans des **pharmacies**, via un petit stand à côté du comptoir pour échanger avec les patients
- **À la fac**, en tenant un stand avec poster pendant la **fête de la science**, pour échanger avec tous les étudiants et visiteurs

Intervention en IFSI

Certains parmi nous interviennent déjà en IFSI pour différents sujets : notez que cette année une réforme a eu lieu avec un **nouveau référentiel de formation** : c'est le moment de positionner si vous en avez envie un cours AMR/One Health !



Synthèse des points clés des 27^{es} Journées Nationales d'Infectiologie

Les JNI 2026 marquent un tournant majeur vers l'épargne antibiotique, la personnalisation des schémas de traitement (VIH, urologie) et l'intégration de la vision globale "One Health".

Les 4 Axes Clés à Retenir

1. Nouveaux Anti-infectieux & Épargne des Carbapénèmes

- **CÉFÉPIME-ENMÉTAZOBACTAM** : C'est l'alternative stratégique majeure face aux **entérobactéries productrices de BLSE** (>98% d'efficacité *in vitro*).
- **Anticorps neutralisants (bNAbs) dans le VIH** : On passe de la recherche à la pratique clinique avec 22 essais en cours pour **viser la rémission fonctionnelle**.

2. Environnement & Résistances (One Health)

- Pollution & Résistance : **168 polluants environnementaux** analysés présentent une activité antibactérienne exerçant une **pression de sélection**.
- Épidémiologie communautaire : On note une **hausse de +61% des bactériémies à *Klebsiella*** et **diffusion des EPC (notamment OXA-48) en médecine de ville**.

3. VIH : Simplification & Épargne Thérapeutique

- **Injectables d'action prolongée** (Cabotégravir / Rilpivirine) : Plus de **90% de succès virologique en vie réelle**, y compris chez les patients avec observance complexe.
- **Schéma Intermittent 4j/7** (ANRS QUATUOR) : **Validé à 96 semaines** (maintien de l'efficacité **sans rebond virologique**).
- Futur proche : Déploiement prometteur de la **voie orale hebdomadaire** (Islatravir + Lénacapavir).

4. Urologie & Nouvelles Populations à Risque Fongique

- Épargne en Urologie : Fin du dogme de l'infection masculine d'emblée "compliquée". **Épargne stricte des fluoroquinolones et fin des ECBU systématiques sans symptômes**. (+ Sensibiliser sur les ECBU : Rappeler qu'une bactériurie asymptomatique ne se traite pas).
- Infections Fongiques Invasives (IFI) : **Surveillance élargie au-delà de l'hématologie classique** (patients sous CAR-T cells, bispécifiques, anti-BTK et cirrhoses Child C).

Le Chiffre & Le Paradoxe Français

- **65% des prescriptions françaises** appartiennent à la **catégorie **ACCESS**** (bon ciblage qualitatif, 7^e-10^e rang européen).
- >>> Le problème : La France reste le **2^e pays le plus consommateur d'antibiotiques** en volume global en Europe.
- >>> Objectif : **réduire le volume total** tout en maintenant la **précision du ciblage**.

Focus bibliographique

Les nouvelles recommandations pour le traitement des infections urinaires masculines sont sorties cet été !

- M. Lafaurie, et al. **Updated guidelines for management of community-acquired urinary tract infections in adult men by the French infectious disease society (SPILF)**, Infectious Diseases Now, Vol. 56, Issue 6, Supplement, 2026



Les points marquants de ces nouvelles recommandations :

- ❑ **L'introduction officielle du concept de cystite chez l'homme**
 - ✓ En cas de **symptômes urinaires sans fièvre**
 - ✓ Antibiothérapie équivalente aux **cystites à risque de complication**
 - ✓ **Durée de traitement = 7j** (ou 3 prises pour la FOSFOMYCINE)
- ❑ **La pyélonéphrite chez l'homme n'est pas à considérer comme prostatite**
 - ✓ La différence : les **douleurs lombaires**, présentes dans les PNA
 - ✓ Antibiothérapie qui **ne diffuse pas nécessairement dans la prostate**
 - ✓ Durée de traitement **7 à 10j** selon l'ATB
- ❑ **L'épargne des quinolones**
 - ✓ Cystite : **non recommandées**
 - ✓ Prostatite : **en seconde intention, après le SFX/TMP**
 - ✓ PNA : **en 4^{ème} intention, après l'amoxicilline/ac. clavulanique**



Nous vous avons concocté un **visuel récapitulatif** à la suite de ce document en **ANNEXE** et téléchargeable [ici](#) pour communication au sein de votre institution, affichage/impression (pensez à la planète !)

A vos agendas



Webinaire SPARES
15 octobre



DPC Implémenter un programme de BUA – Monter son EMA
18 – 19 novembre, *Paris 10^e*



Semaine de l'antibiorésistance
16 - 22 novembre

Nous vous proposerons un hashtag # pour partager vos actions au cours de cette semaine !



Réunion du Réseau Infectio
27 novembre



DPC Place du Pharmacien dans le BUA
3 décembre, *Paris 10^e*



Réunion du Réseau Infectio
11 décembre



RICAI
14-15 décembre - *Paris*



Antibiothérapie des infections urinaires MASCULINES

- Nouvelles recommandations 2026 -

Visuel récapitulatif proposé par le Groupe de travail Newsletter du Réseau des Pharmaciens Cliniciens en Infectiologie de la Société Française de Pharmacie Clinique à partir des recommandations 2026 de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française.

Nous vous conseillons de vous référer aux recommandations complètes pour ne manquer aucune subtilité !

✦ M. Lefaurie, et al. Updated guidelines for management of community-acquired urinary tract infections in adult men by the French infectious disease society (SPLI). Infectious Diseases Now Volume 56, Issue 6, Supplement 2026, 105312 ISSN 2666-9919 ✦ [Info-antibio N°107](#)



CYSTITE

- ✓ **Signes fonctionnels urinaires :**
Brûlures mictionnelles ; Polyurie ; Urgenturie ; Dysurie ; Nycturie ; Douleur sus-pubienne
- ✓ Peut être accompagnés d'hématurie macroscopique
- ✓ **SANS** fièvre/frisson, ni sepsis
- ⊗ Des urines troubles et/ou odorantes, des hématuries macroscopiques ainsi qu'une rétention d'urine, si isolées, ne sont pas des signes cliniques d'infection urinaire.

NB : Attendre les résultats de l'ECBU si symptômes bien tolérés (ou diagnostic incertain)

TRAITEMENT EMPIRIQUE

Si ne peut attendre !

FOSFOMYCINE 3g J1 - J3 - J5
NITROFURANTOINE 100mgx3/j
PIVMECILLINAM 400mgx2/j

APRES DOCUMENTATION

On continue l'ATB initial si efficace
Sinon **AMOXICILLINE 1gx3/j**
FOSFOMYCINE 3g J1 - J3 - J5
PIVMECILLINAM 400mgx2/j
NITROFURANTOINE 100mgx3/j
SULFAMETHOXAZOLE 300mg/j

DUREE DE TRAITEMENT

FOSFOMYCINE → 3 prises
autre ATB → 7 jours

PROSTATITE

- ✓ Signes de cystite
- ✓ **ET** fièvre ou signe systémique d'infection
frissons, tremblements ou sepsis
- ⊗ Pas de douleurs lombaires
- NB :** A considérer en cas d'échec d'un ATB bien conduit pour une cystite

TRAITEMENT EMPIRIQUE

Pas de sepsis ni choc septique

En ambulatoire
CEFTRIAXONE 1g/j
ou par **voie orale** si pas de FQ
dans les 6 mois :
CIPROFLOXACINE 500mgx2/j
LEVOFLOXACINE 500mg/j

En milieu hospitalier
CEFOTAXIME 3g/j
CEFTRIAXONE 1g/j

*Sepsis sans choc septique ou choc septique sans FDR d'Enterobacterales C3G-R**

CEFOTAXIME 6g/j
CEFTRIAXONE 2g/j
+
AMIKACINE 30mg/kg
dose unique

*Choc septique avec FDR d'Enterobacterales C3G-R**

IMIPENEME 3g/j
MEROPENEME 6g/j
+
AMIKACINE 30mg/kg
dose unique

*Facteurs de risque d'Enterobacterales C3G-R

- * Résident de maison de retraite
- * Infection ou colonisation à Enterobacterales C3G-R dans les 3 derniers mois
- * Voyage à l'étranger dans les 3 derniers mois
- * Prise de FQ, /Amox+ac.clav/ C3G dans les 3 derniers mois

Si contre-indication à toutes les bêta-lactamines

LEVOFLOXACINE 500mg/j
CIPROFLOXACINE 500mgx2/j
Si FQ dans les 6 mois :
AMIKACINE dose unique
+ avis spécialisé

LEVOFLOXACINE 500mg/j
CIPROFLOXACINE 500mgx2/j
+ **AMIKACINE** dose unique
+ avis spécialisé

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- ✓ ECBU
Pour le diagnostic de toute IUM avant antibiotique
Seuil de significativité :
 - leucocytes > 30 x 10³
 - bactériurie monomicrobienne ≥ 10³ UFC/mL pour les principaux uropathogènes**NB :** Les signes cliniques priment sur les seuils de leucocyturie et de bactériurie

⊗ Non recommandé en cas de >> **RAU isolée**,
>> signes généraux non spécifiques du sujet âgé sans signe d'infection urinaire associé,
>> contrôle d'un ATB curatif avec guérison clinique

- ✓ Imagerie

En cas de pyélonéphrite, sepsis ou choc septique : scanner abdominopelvien avec phase retardée
En cas de rétention aigue : bladder ou écho suspubienne (drainage en urgence)
Après 72h d'une antibiothérapie adaptée en cas de mauvaise évolution : à la recherche d'un abcès

- ⊗ Pas de bandelette
- ⊗ Pas de toucher rectal sauf doute diagnostic
- ⊗ Pas de PSA

En ambulatoire :

- ⊗ Pas de bilan rénal sauf FDR Ins. rénale aigue
- ⊗ Pas de marqueurs de l'inflammation
- ⊗ Pas d'hémoculture

APRES DOCUMENTATION

SI VOIE ORALE IMPOSSIBLE

Si sensible **CEFOTAXIME 2 à 6g/j**
CEFTRIAXONE 1 à 2g/j

Si Enterococcus sp. **AMOXICILLINE 1g/8h**
si CI ou R : avis spécialisé

Si Enterobacterales C3G-R **CEFEPIME 4g/j**
TEMOCILLINE 6g/j

Si EBLSE → 1^{er} choix
CEFOXITINE 6g/j [si *E. coli* ou *Proteus*]
PIPERACILLINE/TAZOBACTAM 12g/j
TEMOCILLINE 6g/j
→ A défaut
ERTAPENEME 1g/j
IMIPENEME 3g/j
MEROPENEME 3g/j

DÈS QUE RELAIS ORAL POSSIBLE

1. **SFX/TMP 800/160mg x2/j**
2. **FQ orale :**
CIPROFLOXACINE 500mgx2/j
LEVOFLOXACINE 500mg/j
OFLOXACINE 200mgx2/j
3. **FOSFOMYCINE 3g/j tous les jours**
4. **AMOXICILLINE 1gx3/j**
= 1^{er} choix si *Enterococcus sp.*
5. **AMOX+AC.CLAV 1gx3/j**

1. **AMOXICILLINE 1gx3/j**
2. **SFX/TMP 800/160mgx2/j**
3. **AMOX+AC.CLAV 1gx3/j**
4. **FQ orale :**
CIPROFLOXACINE 500mgx2/j
LEVOFLOXACINE 500mg/j
OFLOXACINE 200mgx2/j
5. **CEFIXIME 200mgx2/j**

DUREE DE TRAITEMENT

14 jours

β-lact. IV ou SFX/TMP ou FQ → 7 jours
autre ATB → 10 jours