

MÉMO DURÉES D'ANTIBIOTHÉRAPIE

SEPTEMBRE 2025



Guide Mémo Durée d'Antibiothérapie
réalisé en mars 2018 par les
antibioréférents régionaux en lien
avec l'ARS et MedQual, réactualisé en
2025 par le CRATb Pays de la Loire.

Les durées proposées sont les durées
préconisées dans les recommandations
de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou
de la Société de Pathologie Infectieuse
de Langue Française (SPILF).

Notes : en l'absence de précision, les schémas
proposés concernent les infections de l'adulte.
Les durées recommandées ne concernent que
des patients dont l'évolution est favorable.
Certaines propositions sont des partis pris
régionaux.

SOMMAIRE

URÉTRITE / CERVICITE	4
COLONISATION URINAIRE	4
INFECTION URINAIRE MASCULINE	4
CYSTITE AIGUË GRAVIDIQUE	5
CYSTITE (HORS GROSSESSE)	5
PYÉLONÉPHRITE	6
PNEUMONIE DE L'ADULTE	7
PNEUMONIE DE L'ENFANT	7
EXACERBATION BPCO	8
BRONCHITE AIGUË	9
COQUELUCHE	9
SINUSITE	10
OMA	11
ANGINE À STREPTO A	11
INFECTIONS CUTANÉES	12

URÉTRITE/CERVICITE SYMPTOMATIQUES

Probabiliste	Traitement Chlamydia/gonocoque systématique (voir détail ci-après)		
Documenté	Gonocoque	Ceftriaxone 1g en 1 injection IM ou IV Si CI B-lactamines (selon antibiogramme) : Gentamicine 240mg IM dose unique Ciprofloxacine 500mg PO dose unique Azithromycine 2g PO dose unique (dernier recours) Si séjour Asie-Pacifique: traitement probabiliste Ceftriaxone 1g + Azithromycine 2g	1 jour
	Chlamydia trachomatis	Doxycycline 100mg x2/j (possible au 1^{er} trimestre de grossesse) Si CI cyclines ou 2e-3e trimestre de grossesse : Azithromycine 1g dose unique	7 jours 1 jour
	Mycoplasma genitalium symptomatique	Azithromycine 1g po à J1 puis 500mg à J2-J3	3 jours
	Trichomonas vaginalis	Si résistance macrolides ou échec : Moxifloxacine 400mg/jr Avis spécialisé en cas d'échec	7 jours
		Métronidazole 500mg x2/j	7 jours

COLONISATION URINAIRE

Règle générale	Pas d'antibiothérapie	
Colonisation gravidique	Amoxicilline 1g x3/j	7 jours
	Pivmécillina 400mg x2/j	
Traitement systématique, différé (par ordre de préférence et selon antibiogramme)	Fosfomycine 3g en 1 prise	1 jour
	Triméthoprim ⁽¹⁾ 300mg x1/j	7 jours
	Nitrofurantoïne 100mg x3/j	
	Cotrimoxazole ⁽¹⁾ 800mg/160mg x2/j	
	Amoxicilline-acide clav 1g x3/j	
Geste urologique	Antibiothérapie (avis urologique)	

INFECTION URINAIRE MASCULINE

Éviter fluoro-quinolone en probabiliste si prescrite dans les 6 derniers mois Traitement différé si possible	Probabiliste	Ceftriaxone 1g x1/j Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j	
	Adaptée	Cotrimoxazole 800mg/160mg x2/j Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j Ceftriaxone 1g x1/j	7 jours⁽²⁾ si paucisymptomatique 14 jours⁽²⁾ si symptomatologie bruyante 21 jours ⁽²⁾ si uropathie

*recommandations en cours de révision

BON À SAVOIR : dans le cas des infections urinaires, la CMI est inutile pour déterminer le meilleur antibiotique à utiliser et ne doit pas être prise en compte

CYSTITE AIGÜÉ GRAVIDIQUE

Probabiliste	Fosfomycine 3g en 1 prise	1 jour
Traiter sans attendre l'ECBU	Pivmécillina 400mg x2/j	7 jours
Relai, si échec du traitement probabiliste (par ordre de préférence et selon antibiogramme)	Amoxicilline 1g x3/j Triméthoprim ⁽¹⁾ 300mg x1/j Nitrofurantoïne 100mg x3/j Cotrimoxazole ⁽¹⁾ 800mg/160mg x2/j Amoxicilline-acide clav 1g x3/j	7 jours

CYSTITE (HORS GROSSESSE)

Cystite de la petite fille⁽³⁾	Probabiliste	Amoxicilline-acide clav	
	Adaptée	Amoxicilline-acide clav Cotrimoxazole Céfixime	5 jours
Cystite aiguë simple		Fosfomycine 3g en 1 prise	1 jour
		Pivmécillina 400mg x2/j	3 jours
Cystite aiguë à risque de complication Traitement différé si possible	Probabiliste	Nitrofurantoïne 100mg x3/j Fosfomycine 3g en 1 prise	
	Adaptée (par ordre de préférence)	Amoxicilline 1g x3/j Pivmécillina 400mg x2/j Nitrofurantoïne 100mg x3/j	7 jours⁽²⁾
		Fosfomycine 3g en 1 prise	J1-J3-J5
Cystite sur sonde vésicale Traitement différé si possible. Ablation sonde 24h après début du traitement		<i>Idem</i> cystite aiguë à risque de complication	- Cf ci-dessus - Possible 3 jours ⁽⁴⁾
	Cystites récidivantes (> 1 / mois)	Fosfomycine 3g en 1 prise Triméthoprim 150mg x1/j	par semaine

(1) Déconseillé les 2 premiers mois de grossesse (2) La durée totale de traitement comprend l'antibiothérapie probabiliste si celle-ci était efficace sur le germe retrouvé (3) Cf page 11 pour posologies (4) Si femme < 75 ans et évolution favorable rapide

BON À SAVOIR : dans le cas des infections urinaires, la CMI est inutile pour déterminer le meilleur antibiotique à utiliser et ne doit pas être prise en compte

PYÉLONÉPHRITE

Pyélonéphrite aiguë (PNA) simple	Probabiliste	Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j Ceftriaxone 1g x1/j Si CI : Aminoside	
	Relais après obtention antibiogramme (par ordre de préférence)	Amoxicilline 1g x3/j Cotrimoxazole 800mg/160mg x2/j Amoxicilline-acide clav 1g x3/j	10 jours ⁽²⁾
		Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j Ceftriaxone 1g x1/j	7 jours ⁽²⁾
		Céfixime ⁽⁵⁾ 200mg x2/j	10 jours ⁽²⁾
		Aminoside	5 jours ⁽²⁾
Pyélonéphrite aiguë à risque de complication		Idem PNA simple	10 jours
Pyélonéphrite aiguë gravidique		Hospitalisation Avis gynécologique ATB probabiliste : Ceftriaxone 1g x1/j si allergie : Aztréonam ou ciprofloxacine ou lévofloxacine puis relais idem PNA simple	10 jours

(2) La durée totale de traitement comprend l'antibiothérapie probabiliste si celle-ci était efficace sur le germe retrouvé

(5) Utilisable uniquement après traitement initial par fluoroquinolone ou C3G ou Cotrimoxazole

Infection urinaire à EBLSE

- Même molécule, même posologie et même durée qu'une infection «classique»
- Avis spé en cas d'impasse thérapeutique
- Un antécédent d'infection ou de colonisation urinaire à EBLSE n'est pas à prendre en compte pour l'antibiothérapie probabiliste SAUF en cas de signes de gravité : avis spé

PNEUMONIE

Comorbidités	Hospitalisation dans les 3 mois précédents, ATB le mois précédent, éthylisme chronique, Maladie neurologique sévère/Trouble de la déglutition, Néoplasie active, Immunodépression, BPCO sévère, Insuffisance cardiaque congestive, Insuffisance rénale chronique, Insuffisance hépatique, Vie en institution...	
SANS comorbidité	Probabiliste: Amoxicilline 1g x3/j Si allergie pénicilline : Pristinamycine 1g x3/j	3 jours si ensemble des critères de stabilités présents*
Au moins 1 comorbidité	Probabiliste: Amoxicilline-acide clav 1g x3/j Si allergie pénicilline : Ceftriaxone 1g x1/j sauf CI Bactamines Lévofloxacine 500mg x1/j	5 jours si stabilité obtenue entre J3 et J5 7 jours dans les autres cas *Critères de stabilité: température ≤ 37,8°C, systolique ≥ 90mmHg, fréquences cardiaque ≤ 100/min et respiratoire ≤ 24/min, SpO2 ≥ 90% en air ambiant (ou PaO2 ≥ 60mmHg en air ambiant)»
Post grippale	Amoxicilline-acide clav 1g x3/j Si allergie pénicilline : Ceftriaxone 1g x1/j sauf CI Bactamines Pristinamycine 1g x3/j	
Suspicion bactérie atypique (hors Légionelle)	Clarithromycine 500mg x2/j ou autre macrolide Pristinamycine 1g x3/j Doxycycline 100mg x2/j	
LÉVOFLOXACINE uniquement si allergie grave aux B-lactamines ou CI formelle aux macrolides, sur avis infectiologue!		

Enfant ⁽³⁾	Suspicion pneumocoque : Amoxicilline	5 jours
	Si allergie pénicilline : AVIS infectio-pédiatre	
	Suspicion atypique (≥ 3 ans) : Clarithromycine	10 jours

(3) cf page 11 pour posologies

EBPCO AVEC majoration du volume et de la purulence des expectorations	Pas d'antibiothérapie Réévaluation à 48-72H		
	< 48H	Pas d'antibiothérapie Réévaluation à 48-72H	
	≥ 48H	AVEC FDR d'échec thérapeutique ou de complications⁽⁶⁾	Amoxicilline-acide clav <i>1g x3/j</i> <i>si allergie pénicilline :</i> Cotrimoxazole <i>800/160mg x2/j</i> ou Ceftriaxone <i>1g/j</i> <i>si rupture de stock :</i> Clarithromycine <i>500mg</i> <i>x2/j</i> ou Roxithromycine <i>150mg x2/j</i> Dernier recours : Lévofoxacine <i>500mg x1/j</i>
EBPCO AVEC augmentation du volume et de la purulence des expectorations		SANS FDR d'échec thérapeutique ou de complications	Amoxicilline <i>1g x3/j</i> <i>si allergie pénicilline :</i> Pristinamycine <i>1g x3/j</i> <i>si rupture de stock :</i> Clarithromycine <i>500mg</i> <i>x2/j</i> ou Roxithromycine <i>150mg x2/j</i>
		Avec colonisation connue à Pseudomonas aeruginosa ou mise en évidence sur prélèvement	AVIS SPÉCIALISÉ

Curatif : cas confirmés Prophylaxie contact prouvée si : - Nourrissons < 6 mois - Nourrissons < 11 mois non ou incomplètement vaccinés - Personnes fragiles (≥ 80ans, maladie respiratoire chronique, obésité, immunodépression) Vaccination > 5 ans ET contact avec nourrissons ou personnes fragiles	Clarithromycine <i>500mg x2/j</i>	7 jours
	Azithromycine <i>500mg x1/j</i>	3 jours
	Si pénurie : Erythromycine <i>1g x2/j</i>	14 jours
	Si allergie macrolides : Cotrimoxazole <i>800/160mg x2/j</i>	7 jours

[illegible]

Posologies pédiatriques cf. p11

SINUSITE

Sinusite maxillaire de l'adulte	Amoxicilline 1g x3/j	7 jours
	<i>Si allergie bénigne pénicilline : Céfuroxime-axétil 250mg x2/j Cefpodoxime-proxétil 200mg x2/j</i>	5 jours
	<i>Si CI bêta-lactamine : Pristinamycine 1g x2/j</i>	4 jours
Étiologie VIRALE prédominante	Origine dentaire Amoxicilline-acide clav 1g x3/j	7 jours
Sinusite maxillaire de l'enfant⁽³⁾	Amoxicilline <i>Si allergie bénigne pénicilline : Cefpodoxime-proxétil</i> <i>Si CI bêta-lactamine : Cotrimoxazole (< 6 ans) Pristinamycine (≥ 6 ans)</i>	10 jours
	Origine dentaire Amoxicilline-acide clav	
Sinusite frontale de l'adulte	Amoxicilline-acide clav 1g x3/j	7 jours
	<i>Si allergie bénigne pénicilline : Cefpodoxime-proxétil 200mg x2/j</i> <i>Si CI bêta-lactamine : Lévofloxacine 500mg x1/j</i>	5 jours
	Amoxicilline-acide clav <i>Si allergie bénigne pénicilline : Cefpodoxime-proxétil</i>	10 jours

OMA

Adulte ou enfant > 2 ans⁽³⁾ <i>symptomatique non récidivante non perforée</i>	Amoxicilline 1g x2 à 3/j <i>Si allergie bénigne pénicilline : Cefpodoxime-proxétil 200mg x2/j</i> <i>Si CI bêta-lactamine : Cotrimoxazole 800mg/160mg x2/j Pristinamycine (adulte) 1g x2/j</i>	5 jours
Enfant ≤ 2 ans⁽³⁾ <i>ou OMA récidivantes ou OMA perforée</i>	Amoxicilline <i>Si allergie bénigne pénicilline : Cefpodoxime-proxétil</i> <i>Si CI bêta-lactamine : Cotrimoxazole</i>	10 jours
Échec traitement par amoxicilline	Amoxicilline-acide clav 1g x2 à 3/j	inchangé

ANGINE À STREPTO A

Adulte ou enfant > 3 ans avec TDR +⁽³⁾	Amoxicilline 1g x2/j	6 jours
	<i>Si allergie bénigne pénicilline : Cefpodoxime-proxétil 100mg x2/j</i>	5 jours
	<i>Si CI bêta-lactamine : Clarithromycine 250mg x2/j</i>	5 jours

(3) Posologies pédiatriques : Amoxicilline : Pneumonie : 80-100 mg/kg/j en 3 prises - OMA : 80 mg/kg/j en 2 ou 3 prises - Angine : 50mg/kg/j en 2 prises (max 3g/j)
Cefpodoxime-proxétil : 1 dose-poids x2/j - **Azithromycine :** 20mg/kg/j x1/j (max 500 mg/j) - **Clarithromycine :** 1 dose-poids x2/j (max 500mg/j) - **Pristinamycine :** 50 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (≥ 6 ans) - **Cotrimoxazole :** SMX 30mg/kg/j + TMP 6mg/kg/j en 2 prises - **Amoxicilline-acide clav :** 1 dose-poids x 3/j - **Ceftriaxone :** 50 mg/kg/j en 1 injection **Céfixime :** 8 mg/kg/j en 2 prises

(7) Posologies dans les infections cutanées : Amoxicilline : 50mg/kg/j en 3 prises (max 6g/j) - **Pristinamycine (≥ 6 ans) :** 50mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 4g/j) - **Clindamycine** 600mg x3/j (voire 4/j si poids > 100 kgs) - **Amoxicilline** (50mg/kg/j - max 6g/j) + **acide clavulanique** (max 375mg/j) en 3 prises

(3) Cf page 11 pour posologies

INFECTIONS CUTANÉES⁽⁷⁾

Dermo hypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN)		Amoxicilline <i>Si allergie pénicilline :</i> Clindamycine Pristinamycine	7 jours Régression des signes cutanés en 2 à 3 semaines. Ne pas prolonger l'antibiothérapie si évolution favorable des signes généraux
Fasciite nécrosante		Hospitalisation (Appel 15) – Avis spécialisé	
Plaie par morsure DHBNN sur morsure		Amoxicilline + acide clav <i>Si allergie pénicilline :</i> Doxycycline	5 jours (7 jours si DHBNN) (jusqu'à 10 jours selon évolution)
Abcès⁽⁸⁾		Incision - drainage Clindamycine Pristinamycine Amoxicilline + acide clav (avis experts régionaux)	5 jours
Impétigo	Peu étendu	Nettoyage eau + savon ATB local : mupirocine 2-3/j	5 jours
	Étendu ≥ 2 % du corps et/ou ≥ 6 lésions	Nettoyage eau + savon + ATB per os adulte : Pristinamycine enfant : Amoxicilline + acide clav	7 jours - Eviction 72h si lésions impossibles à couvrir
Furoncle	Simple	Soins locaux	
	Compliqué <i>(multiplication des lésions, DHBNN péri-lésionnelle, abcédation, fièvre)</i>	Soins locaux + ATB per os adulte : Clindamycine ou Pristinamycine enfant : avis spécialisé	7 jours
	Furonculose <i>= répétition furoncles sur plusieurs mois</i>	Poussée : ATB per os Clindamycine ou Pristinamycine	7 jours - Après la poussée, décolonisation bactérienne patient et entourage (cf medqual.fr - CAT - décontamination SARM)

⁽⁸⁾ Le bénéfice de l'antibiothérapie est peu important et concerne la diminution de la douleur, la diminution des échecs et probablement une diminution des récurrences. A discuter au cas par cas.

NOTES

[illegible][illegible]

RÉDACTEURS

Dr Cyril Leconte (médecin généraliste)

Dr Hélène Cormier (infectiologue, CHU Angers)

Dr Willy Boutfol (médecin généraliste)

Dr Elodie Imboula (médecin généraliste)

SOURCES

- SPILF / GPIP : Anti-infectious treatment duration : the SPILF and GPIP French guidelines and recommendations, 2021
- SPILF : Proposal for shorter antibiotic therapies, janvier 2017
- SPILF : Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte : Actualisation 2017
- GPIP : Guide de prescription d'antibiotique en pédiatrie, juin 2024
- SFMU : Plaies aiguës en structure d'urgence — Référentiel de bonnes pratiques, 2017
- SPILF / SFD / HAS : Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes, février 2019
- HAS : Choix et durées d'antibiothérapies : coqueluche chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte, juin 2024 (mise à jour août 2024) - Avis Haut Conseil de la santé publique relatif à la prévention de la transmission de la coqueluche aux personnes à risque de forme grave, 30 juillet 2024
- SPILF/SPLF : Actualisations des recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës chez l'adulte, février 2025
- HAS : Choix et durées d'antibiothérapie dans les infections bactériennes courantes, décembre 2024 (mise à jour mai 2025)