



# BULLETIN SPÉCIAL COMAI >>

JANVIER 2026 / N° 1

Suite à la réunion COMAI  
du lundi 13 octobre 2025

## COMMENT SAISIR LA COMAI ?

Les médecins et les pharmaciens exerçant  
à l'AP-HP peuvent saisir la COMEDIMS  
pour l'admission d'un médicament.

Un formulaire est disponible  
dans la GED Comedims dans la rubrique  
« Accès direct », « Documents utiles ».

[Accueil.COMEDIMS\(aphp.fr\)](http://Accueil.COMEDIMS(aphp.fr))



Flashez ce QR Code  
pour accéder au formulaire

[www.aphp.fr](http://www.aphp.fr)

SOMMAIRE

## P. 2 ➤ AVIS COMAI

## P. 3 ➤ QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

## P. 4 ➤ RECOMMANDATIONS DE BON USAGE

## P. 9 ➤ ACTUALITÉS

## P. 10 ➤ AUTRES INFORMATIONS

## P. 11 ➤ AGENDA

### La Commission des Anti-Infectieux (COMAI)

#### Président COMAI

Dr Raphaël LEPEULE

#### Vice-présidents COMAI

Dr Françoise JAUREGUY

Dr Rui BATISTA

#### Secrétariat COMAI

Angélique FRANQUELIN

[secretariat.comedim.eps@aphp.fr](mailto:secretariat.comedim.eps@aphp.fr)

01 46 69 15 99

#### Pharmacien référent COMAI

Dr Virginie SIORAT

[virginie.siorat@aphp.fr](mailto:virginie.siorat@aphp.fr)

La COMEDIMS de l'AP-HP est joignable à son secrétariat scientifique assuré  
par l'Unité Évaluation Scientifique, Bon Usage et Information (ESBUI –  
Responsable : Dr Philippe MOUGENOT) du Service Évaluations Pharmaceutiques  
et Bon Usage (EPBU) dirigé par le Dr Olivier PARENT DE CURZON.

## » AVIS COMAI

| SUBSTANCE ACTIVE                      | SPÉCIALITÉS (LABORATOIRE)                                                                                     | INDICATIONS                                                                                                                                                | PRIS EN CHARGE*                                                                                             | DÉCISIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SÉANCES             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Rézafungine                           | Rezzayo®<br>» 200 mg<br>Poudre pour solution<br>à diluer pour perfusion<br>(Mundipharma)                      | Traitement<br>de la candidose invasive<br>chez l'adulte.                                                                                                   | Hors GHS<br><br><b>Addendum<br/>post-réunion :<br/>Intra-GHS<br/>à compter<br/>du 01/01/2026</b><br><br>€€€ | <p>● <b>Avis favorable à l'admission à l'AP-HP</b></p> <p>Sous réserve de la mise en œuvre de la procédure d'achat, uniquement pour les candidoses invasives nécessitant un traitement prolongé, et n'ayant pas d'autre indication à une voie d'abord veineux, afin de faciliter la sortie d'hospitalisation, et après avis du référent anti-infectieux de l'établissement (administration hebdomadaire permettant une administration en hôpital de jour).</p> <p>La COMAI recommande une dispensation nominative, qui pourra s'appuyer sur la fiche de prescription nominative Rezzayo®.</p> <p>Réévaluation en cas de nouveaux éléments, au plus tard dans 1 an, avec analyse des consommations.</p> | COMAI<br>13/10/2025 |
| Vaccin contre le chikungunya (vivant) | Ixchiq®<br>» Poudre et solvant<br>pour solution<br>injectable<br>(Valneva)                                    | Immunisation active pour la prévention de la maladie causée par le <b>virus du chikungunya (CHIKV)</b> chez les personnes âgées de <b>12 ans et plus</b> . | Intra-GHS<br>€€                                                                                             | <p>● <b>Avis défavorable à l'admission à l'AP-HP avec néanmoins inscription sur la liste des médicaments disponibles chez le grossiste-répartiteur</b></p> <p>(besoin pour les centres de vaccination internationale, quantités estimées inférieures au seuil grossiste).</p> <p>Réévaluation lorsque le vaccin Vimkungya® sera disponible.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | COMAI<br>13/10/2025 |
| Chlorhexidine digluconate 4 %         | Chlorhexidine Digluconate HIBI®<br>» 40 mg/mL<br>Solution pour application cutanée<br>(Mölnlycke Health Care) | Chez les <b>adultes</b> et les <b>enfants</b> pour l' <b>antiseptie préopératoire et postopératoire des mains et de la peau</b> .                          | Intra-GHS<br>€                                                                                              | <p>● <b>Avis favorable à l'admission à l'AP-HP</b></p> <p>Sous réserve de l'obtention de l'agrément aux collectivités (en remplacement d'Hibiscrub® 4 % en arrêt de commercialisation, antiseptie péri-opératoire).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | COMAI<br>13/10/2025 |

\* Hors GHS : médicament financé en sus des GHS.

€ : coût global médicament pendant séjour < 30 % GHS de l'indication AMM.

€ € : coût global médicament pendant séjour ≥ 30 % GHS et < 100 % GHS de l'indication AMM.

€ € € : coût global médicament pendant séjour ≥ 100 % GHS de l'indication AMM.



## Résultats de l'enquête ATBIR étendue – Pratiques de prescription antibiotique pour les infections respiratoires basses

Dans le cadre de la campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins HAS, l'**indicateur ATBIR** (« taux de patients hospitalisés ayant une prescription d'antibiotique inférieure ou égal à 7 jours, ou justifiée pour une durée supérieure, pour infection respiratoire basse ») est évalué chaque année sur un échantillon aléatoire de 50 séjours tirés au sort sur l'année N-1.

La COMAI centrale AP-HP a souhaité profiter de la mesure de cet indicateur pour **mener conjointement une enquête** ayant pour but d'évaluer la **conformité des prescriptions** aux **recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires (PAC) chez l'adulte** à l'AP-HP, en particulier sur la durée de traitement. Cette démarche s'inscrit dans le plan d'actions 2025 de la COMAI AP-HP. L'enquête s'est déroulée **entre avril et juin 2025**, parallèlement au recueil de l'indicateur ATBIR.

### Résultats positifs de cette enquête

- » Faible recours aux bithérapies dans les PAC non graves.
- » Durées de traitement majoritairement inférieures à 7 jours pour les PAC non graves (moyenne: 6,7 jours; médiane: 7,0 jours [6,0 - 8,1]).

### Points de non-conformités identifiés

- » Surutilisation de d'amoxicilline – acide clavulanique (AMC) chez les patients non graves, sans comorbidités, et sans notion de pneumonie d'inhalation (46 %).
- » Recours élevé aux antigénuries pneumocoque et *Legionella*<sup>(1)</sup> chez les patients non graves (respectivement 27 % et 31 %).

- » Utilisation trop fréquente de la voie intraveineuse chez des patients non graves (63 %), y compris chez les patients non graves sans pneumonies d'inhalation (34 %), alors même que la voie orale est recommandée en première intention.

Il est rappelé que, conformément aux recommandations SPILF<sup>(2)</sup>/SFGG<sup>(3)</sup> 2025, l'association systématique de métronidazole n'est plus recommandée dans la prise en charge des pneumonies d'inhalation, l'AMC constitue désormais l'antibiotique de première intention dans cette situation.

### Perspectives d'amélioration

Ces résultats permettent de **cibler les axes d'amélioration** pour optimiser la prise en charge des PAC à l'AP-HP:

- » choix de l'antibiothérapie: privilégier **l'amoxicilline (AMX) en première intention pour les PAC non graves non liées à une inhalation** (et non l'AMC);
- » **privilégier la voie orale** lorsque cela est possible.

(1) Dans les PAC hospitalisées non graves, il n'est pas recommandé de réaliser d'antigénurie *Legionella*, sauf en cas d'arguments évocateurs.

(2) Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF).

(3) Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG).



## RECOMMANDATIONS DE BON USAGE

Toutes les recommandations de la COMAI AP-HP sont disponibles sur la [GED COMEDIMS](#) (accessible uniquement à partir d'un ordinateur AP-HP).



## FICHE RECOMMANDATIONS COMAI AP-HP « PNEUMONIE AIGUË COMMUNAUTAIRE (PAC) »

Version du 1<sup>er</sup> décembre 2025

COMAI AP-HP Décembre 2025 (version 1)

### Recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires (PAC) chez l'adulte hospitalisé

COMAI AP-HP  
D'après les recommandations de la SPILF / SPLF

**1** Evaluer la gravité

|                                                                         |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Pas de critère majeur et ≤ 2 critères mineurs<br>= <b>PAC non grave</b> | 1 critère majeur ou 3 mineurs<br>= <b>PAC grave</b> |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

#### Critères majeurs

- Choc septique
- Détresse respiratoire nécessitant recours à la ventilation mécanique

#### Critères mineurs

- Fréquence respiratoire ≥ 30 cycles/min
- PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> ≤ 250 (FIO<sub>2</sub> estimée par la formule : FIO<sub>2</sub> = 0,21 + 0,03 x débit O<sub>2</sub> (L/min))
- Infiltrats multilobaires
- Confusion / désorientation
- Urée plasmatique ≥ 7,14 mmol/L
- Leucopénie (leucocytes < 4 000/mm<sup>3</sup>)
- Thrombocytopénie (plaquettes < 100 000/mm<sup>3</sup>)
- Hypothermie (T° < 36 °C)
- Hypotension nécessitant une expansion volémique

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

COMAI AP-HP Décembre 2025 (version 1)

### Recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires (PAC) chez l'adulte hospitalisé

#### PAC non graves hospitalisées

**Evaluer la stabilité à J3, à J5**

**Critères stabilité :** T°C : ≤ 37,8 °C ; P° artérielle systolique : ≥ 90 mmHg ; fréquence cardiaque : ≤ 100/min ; fréquence respiratoire : ≤ 24/min ; SpO<sub>2</sub> : ≥ 90 % en air ambiant ou PaO<sub>2</sub> ≥ 60 mmHg en air ambiant

**Durée de l'antibiothérapie (ATB)**

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ATB = 3 j au total</b><br>PAC non graves hospitalisées (hors soins critiques) si obtention de <u>tous les critères de stabilité clinique à J3</u> | <b>ATB = 5 j au total</b><br><u>Stabilité clinique obtenue entre J3 et J5</u><br>Autres cas de PAC non compliquée : ATB = 7 j |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Comorbidités modifiant le choix d'ATB

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>ATCD Hospitalisation &lt; 3 mois</li><li>Antibiothérapie &lt; 1 mois</li><li>Ethylisme chronique</li><li>Troubles de la déglutition</li><li>Maladie neurologique sévère avec risque de fausses routes</li><li>Néoplasie active</li><li>Immunodépression</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>BPCC sévère ou insuffisance respiratoire chronique (OLD ou VNI)</li><li>Insuffisance cardiaque congestive</li><li>Insuffisance hépatique</li><li>Insuffisance rénale chronique (DFG &lt; 30 mL/min)</li></ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### ATB probabiliste pour une PAC

|                                     |                                                      |                                                                      |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Sans comorbidités                   | Avec comorbidités                                    | Suspicion de co/surinfection bactérienne d'infection virale (grippe) |
| 1 <sup>er</sup> choix = <b>amox</b> | 1 <sup>er</sup> choix = <b>amox /ac clavulanique</b> |                                                                      |

⚠ **Toujours privilégier la voie orale si possible** ⚠

Alternative = C3G parentérale (ceftriaxone, céfotaxime)

#### Antigénurie pneumocoque /Legionella

Dans les PAC hospitalisées non graves :  
- pas d'**antigénurie pneumocoque**  
- pas d'**antigénurie Legionella** (sauf arguments évocateurs)

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

COMAI AP-HP Décembre 2025 (version 1)

### Recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires (PAC) chez l'adulte hospitalisé

#### PAC graves hospitalisées

#### ATB pour une PAC grave

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PEC initiale</b><br>1 <sup>er</sup> choix<br>= <b>C3G parentérale</b> (céfotaxime ou ceftriaxone)<br>+ <b>macrolide</b><br>Alternative si allergie<br>= lévofloxacine | <b>Désescalade</b><br>La plus précoce possible selon l'évolution clinique et la documentation microbiologique |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Cas d'une infection grave à Legionella**  
lévofloxacine

**Durée de l'antibiothérapie : 7 j**

Un traitement de > 7 j doit être justifié par la présence d'une complication telle qu'un abcès pulmonaire ou un épanchement pleural liquidien significatif

#### Antigénurie Legionella

Dans les PAC hospitalisées graves, il est **recommandé** de réaliser une antigénurie *Legionella*.

#### Antigénurie pneumocoque

L'antigénurie pneumocoque n'a pas d'impact sur la prise en charge des PAC graves ; elle peut être réalisée selon les recommandations locales.

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS



Pour accéder au document complet, cliquez sur l'icône de téléchargement, puis saisissez :  
**Utilisateur :** anonymous  
**Mot de passe :** anonymous



## RECOMMANDATIONS DE BON USAGE

Toutes les recommandations de la COMAI AP-HP sont disponibles sur la [GED COMEDIMS](#) (accessible uniquement à partir d'un ordinateur AP-HP).



## FICHE RECOMMANDATIONS COMAI AP-HP « PNEUMONIE AIGUË COMMUNAUTAIRE (PAC) » (SUITE)

Version du 1<sup>er</sup> décembre 2025

COMAI AP-HP Décembre 2025 (version 1)

### Recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires (PAC) chez l'adulte hospitalisé



#### Tableau évocateur d'infection ou mise en évidence de bactérie atypique

- 1<sup>er</sup> choix = **macrolide**  
(azithromycine, clarithromycine, roxithromycine, spiramycine)
- Alternative = lévofloxacine

| <i>Mycoplasma pneumoniae</i>                | <i>Legionella</i>                           | <i>Chlamydia</i>                            |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 <sup>er</sup> choix<br>= <b>macrolide</b> | 1 <sup>er</sup> choix<br>= <b>macrolide</b> | 1 <sup>er</sup> choix<br>= <b>macrolide</b> |
| Alternative<br>= cycline,<br>lévofloxacine  | Alternative<br>= lévofloxacine              | Alternative<br>= cycline,<br>lévofloxacine  |

⚠ Toujours privilégier la voie orale si possible ⚠



ASSISTANCE  
PUBLIQUE HÔPITAUX  
DE PARIS

COMAI AP-HP Décembre 2025 (version 1)

### Recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires (PAC) chez l'adulte hospitalisé



#### Examens complémentaires

##### Biologie

**CRP** (protéine C réactive) et **PCT** (procalcitonine)

Pas systématiquement pour le diagnostic et/ou le suivi

##### Prélèvements respiratoires

- PAC non grave** : **pas d'ECBC** (examen cyto bactériologique des crachats) sauf en cas de sécrétions muco-purulentes associé une des autres situations décrites ci-dessous\*
- PAC grave** : **prélèvements** respiratoires microbiologiques profonds, coloration de Gram et culture

##### Hémocultures

- PAC non grave** : **pas d'hémoculture** sauf si doute diagnostique, immunodépression, ou une des autres situations ci-dessous\*
- PAC grave** : hémocultures **systématiques**

##### PCR virale quadriplex (Influenza A/B, VRS, SARS-CoV-2)

Selon contexte épidémique

##### PCR syndromique panel respiratoire « haut »

Sur prélèvement **nasopharyngé**

- D'emblée ou en 2<sup>ème</sup> intention si PCR virale quadriplex est négative :
- lorsqu'une recherche de **bactéries atypiques** est envisagée et si la PCR spécifique n'est pas disponible
  - Si la mise en évidence d'un **virus autre** que VRS / grippe / SARS-CoV-2 **peut influencer la PEC du patient**

##### PCR syndromique panel respiratoire « bas » (PAC grave)

Peut être proposé si ATB probabiliste non conventionnel utilisé, ou si recherche de bactéries atypiques envisagée (à faire sur prélèvement respiratoire profond)

##### \* autres situations :

- ATB probabiliste non conventionnel (hors AMC, AMC, macrolide, CG)
- ATCD hospitalisation + ATB IV ≤ 3 mois
- ATCD SARM ou *P. aeruginosa*
- non réponse ATB
- évolution défavorable 72h

#### Imagerie

##### Diagnostic

- Radio pulmonaire (RP)** ou **écho pleuropulmonaire (EPP)**
- Scanner thoracique : si doute diagnostique

##### Imagerie de contrôle

Non systématique si amélioration, et absence de FR cancer

Scanner thoracique si :

- non-amélioration / aggravation à H72 malgré ATB bien conduit
- FR de cancer (âge ≥ 50 ans associé à un tabagisme ≥ 20 paquets-année actif ou sévré < 15 ans)



ASSISTANCE  
PUBLIQUE HÔPITAUX  
DE PARIS

COMAI AP-HP Décembre 2025 (version 1)

### Recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires (PAC) chez l'adulte hospitalisé



#### Source

Dinh A, Barbier F, Bedos J-P, Blot M, Cattoir V, Claessens Y-E, Duval X, Fillâtre P, Gautier M, Guegan Y, Jarraud S, Le Monnier A, Lebeaux D, Loubet P, de Margerie C, Serayet P, Tandjaoui-Lambotte Y, Varon E, Welker Y, Basille D. Actualisation des recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires chez l'adulte par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). Méd Mal Infect Form. 2025;4(2):119-137. doi:10.1016/j.mmifmc.2025.01.065.

#### Liens vers l'article

Lien vers l'article :

QR code :



Scannez pour  
accéder à  
l'article complet



ASSISTANCE  
PUBLIQUE HÔPITAUX  
DE PARIS



Pour accéder  
au document complet,  
cliquez sur l'icône  
de téléchargement,  
puis saisissez :

**Utilisateur :** anonymous

**Mot de passe :** anonymous



Toutes les recommandations de la COMAI AP-HP sont disponibles sur la [GED COMEDIMS](#) (accessible uniquement à partir d'un ordinateur AP-HP).



## RECOMMANDATIONS COMAI AP-HP

### « ANTIBIOTIQUES INDIQUÉS DANS LES INFECTIONS À BGN MULTI-RÉSISTANTS DONT LES OPTIONS THÉRAPEUTIQUES SONT LIMITÉES »

Mise à jour août 2025

COMAI AP-HP

08 2025

#### Synthèse du spectre d'activité des antibiotiques de dernier recours

Ce tableau s'appuie sur l'état actuel des connaissances et est susceptible d'être mis à jour en fonction des évolutions des données scientifiques ou épidémiologiques.

| Médicaments<br>(en DCI)              | Spectre d'activité des antibiotiques                                           |                                        |                                               |                                        |                                                                                                                                    |                                                                                                       |                                                              |                |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------|
|                                      | Enterobacterales résistantes (ou de sensibilité diminuée) aux carbapénèmes     |                                        |                                               |                                        | Bacilles à Gram négatif non fermentants résistants aux carbapénèmes                                                                |                                                                                                       |                                                              |                |
|                                      | Souches NON productrices de carbapénémases (BLSE et /ou AmpC + imperméabilité) | Souches productrices de carbapénémases |                                               |                                        | P. aeruginosa DTR*                                                                                                                 |                                                                                                       | A. baumannii                                                 | S. maltophilia |
|                                      |                                                                                | Carbapénémases de classe A (ex KPC)    | Carbapénémases de classe B (ex NDM, VIM, IMP) | Carbapénémases de classe D (ex OXA-48) | Mécanismes de résistance hors carbapénémases = majorité des cas (AmpC, altération OprD, surexpression des systèmes d'efflux, etc.) | Mécanismes de résistance enzymatiques = cas minoritaires (Carbapénémases de classe B (NDM, VIM, IMP)) | Mécanismes de résistance enzymatiques                        |                |
| Ceftazidime / avibactam              | Oui ①                                                                          | Oui ①                                  | Non                                           | Oui ①                                  | Variable si efflux ②                                                                                                               | Non                                                                                                   | Non                                                          | Non            |
| Ceftolozane / tazobactam             | Non                                                                            | Non                                    | Non                                           | Non                                    | Oui ①                                                                                                                              | Non                                                                                                   | Non                                                          | Non            |
| Méropénème / vaborbactam             | Oui ①                                                                          | Oui ①                                  | Non                                           | Non                                    | Non                                                                                                                                | Non                                                                                                   | Pas d'activité supplémentaire par rapport au méropénème seul | Non            |
| Imipénème / cilastatine / rélébactam | Oui ①                                                                          | Oui ②                                  | Non                                           | Non                                    | Variable (non actif si altération OprD et efflux) ③                                                                                | Non                                                                                                   | Pas d'activité supplémentaire par rapport à l'imipénème seul | Non            |
| Aztréonam / avibactam                | Oui ③                                                                          | Non                                    | Oui                                           | Non                                    | Non                                                                                                                                | Pas d'activité supplémentaire par rapport à l'aztréonam seul                                          | Non                                                          | Oui            |
| Céfiderocol                          | Oui ②                                                                          | Oui ③                                  | Variable en cas de NDM                        | Oui ②                                  | Variable (AmpC) ③                                                                                                                  | Variable en cas de NDM                                                                                | Variable, surtout en cas de NDM                              | Oui            |
| Eravacycline                         | Activité indépendante de la présence ou du type de carbapénémases              |                                        |                                               |                                        | Non                                                                                                                                | Non                                                                                                   | Oui                                                          | Non            |

\*Pseudomonas aeruginosa DTR (Difficult-To-Treat Resistance) : souche présentant une résistance concomitante aux principales classes actives en première intention, à savoir les bêta-lactamines (y compris carbapénèmes) et les fluoroquinolones.

**Rappel :** Ces antibiotiques doivent être réservés à un usage en dernier recours. Lorsque des alternatives de première intention sont envisageables, elles doivent être privilégiées.



UF ESBUI/SEPBUI/AGEPS

CONFIDENTIEL AP-HP : document réservé aux professionnels de santé de l'AP-HP



Pour accéder au document complet, cliquez sur l'icône de téléchargement, puis saisissez :

**Utilisateur :** anonymous

**Mot de passe :** anonymous



Toutes les recommandations de la COMAI AP-HP sont disponibles sur la [GED COMEDIMS](#) (accessible uniquement à partir d'un ordinateur AP-HP).



## RECOMMANDATIONS SPF / SFPC / SPILF

### « VOIE INJECTABLE/PER OS: CHOIX DE LA VOIE D'ADMINISTRATION D'UN ANTI-INFECTIEUX »

Juillet 2025

Cette fiche SPARES a été co-construite avec le Réseau des Pharmaciens Cliniciens en Infectiologie de la SFPC, le groupe BUA de la SPILF et la mission PRIMO, et permet de guider le choix de la voie d'administration des anti-infectieux.

Version 1 en date du 04/07/2025

#### Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Ce document vise à guider le choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux, que ce soit lors de l'initiation ou de la réévaluation du traitement, quel que soit le lieu de prise en charge du patient (établissement de santé, ESMS ou domicile).

La littérature a démontré plusieurs bénéfices à l'administration orale d'emblée ou au relais de la voie parentérale (IV, IM, SC) vers la voie orale (PO) : réduction des risques liés au cathéter ou à l'injection (notamment le risque d'infection), de la durée d'hospitalisation, augmentation du confort du patient et de sa mobilité, diminution du temps infirmier dédié, réduction du gaspillage de matériel jetable lié à la perfusion et diminution de l'empreinte carbone.

Une étude observationnelle a démontré qu'administrer un antibiotique par voie IV est presque 5 X plus long que par voie PO et 27 X plus coûteux.\* En effet, le temps moyen infirmier pour une administration PO est largement réduit comparativement à la voie IV (Temps moyen consacré à une prise d'antibiotique : 10,3 min IV versus 2,4 min PO, Temps moyen consacré par jour à un traitement antibiotique : 23,4 min IV versus 5,6 min PO).

#### ZOOM SUR L'ÉCOPRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES

L'empreinte carbone d'une forme IV (avec le matériel nécessaire à son administration) peut être plus de 10 X supérieure à la voie orale pour une biodisponibilité équivalente.

Pour plus d'information, consulter le guide d'écoprescription :

[Lien vers le guide d'écoprescription](#)



#### Tableau 1 : Situations cliniques nécessitant l'initiation d'une antibiothérapie par voie intraveineuse + conditions pour envisager un relais PO

Dans certaines situations cliniques ou infections, il est recommandé de toujours débiter l'antibiothérapie par voie parentérale, nécessitant un délai avant le relais per os (cf. Détails dans le tableau ci-dessous). Dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés en Figure 1 de ce document).

Dans toutes les situations, la documentation du diagnostic précis doit toujours être spécifiée dans le dossier du patient et un avis spécialisé peut être demandé si nécessaire.

| Pathologie                                                               | Délai pour envisager un relais per os*                                                                                       | Conditions pour envisager le relais oral                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> non compliquée                | A partir du 7 <sup>ème</sup> jour                                                                                            |                                                                                            |
| Bactériémie sans porte d'entrée identifiée                               | Pas de recommandation disponible                                                                                             | Selon avis infectiologique                                                                 |
| Bactériémie liée au cathéter                                             | Pas de recommandation disponible                                                                                             | Selon avis infectiologique                                                                 |
| Endocardites                                                             | A partir du 10 <sup>ème</sup> jour                                                                                           | Après réalisation d'une ETO à J10 et après avis infectiologique ou du référent endocardite |
| Infection de prothèse vasculaire                                         | A partir du 7 <sup>ème</sup> jour                                                                                            | Selon avis infectiologique                                                                 |
| Abcès cérébral                                                           | Pas de recommandation disponible                                                                                             | Selon avis infectiologique                                                                 |
| Méningite à <i>Listéria</i> , <i>Meningococque</i> , <i>Pneumococque</i> | Jamais de relais oral                                                                                                        |                                                                                            |
| Arthrite septique                                                        | Après exclusion d'une endocardite                                                                                            |                                                                                            |
| Infection de prothèse de hanche et de genou                              | A partir du 7 <sup>ème</sup> jour si bactériémie associée                                                                    | Selon avis infectiologique                                                                 |
| Spondylodiscite                                                          | A partir du 1 <sup>er</sup> jour<br>A partir du 7 <sup>ème</sup> jour si bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> associée | Après avoir éliminé une endocardite et traité l'éventuelle bactériémie                     |

\* Pour les durées totales de traitement, se référer aux recommandations actualisées de la SPILF <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>



**Extrait** de la fiche  
« Voie Injectable/Per Os :  
choix de la voie d'administration  
d'un anti-infectieux ».

**Pour télécharger le document  
complet, cliquez sur l'icône  
de téléchargement.**



Toutes les recommandations de la COMAI AP-HP sont disponibles sur la [GED COMEDIMS](#) (accessible uniquement à partir d'un ordinateur AP-HP).



## RECOMMANDATIONS SPILF-SFGG SUR L'ADMINISTRATION SOUS CUTANÉE DES ANTIBIOTIQUES

Décembre 2025

Infectious diseases now 56 (2026) 105232



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Infectious Diseases Now

journal homepage: [www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now](http://www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now)



### Guidelines

Subcutaneous antibiotic therapy: Guidelines for clinical practice – Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française/Société Française de Gériatrie et de Gériatologie



### ARTICLE INFO

**Keywords:**  
Antibiotics  
Subcutaneous

### 1. Background and methods

The subcutaneous (SC) administration of antibiotics in human medicine is an established and common practice in France, but in most other countries it is rarely used, or even unknown. Up until 2014, ceftriaxone had French marketing authorization (MA) for SC administration. That year, during an MA harmonization campaign, the European Medicines Agency removed this authorization, citing insufficient evidence regarding efficacy and safety. However, in a letter sent to healthcare professionals in November 2019, the French National Agency for Medicines and Health Products Safety (ANSM) clarified that SC administration of ceftriaxone could still be performed under specific conditions [1].

Whenever feasible, the oral route for antibiotic administration should always be preferred. Nevertheless, SC administration offers a pragmatic solution in many situations where oral, intravenous (IV), or

French-language scientific literature published between 1976 and 2025, using PubMed searches with the keywords “subcutaneous” [All Fields] AND (“anti-bacterial agents”[Pharmacological Action] OR “anti-bacterial agents”[MeSH Terms] OR (“anti-bacterial”[All Fields] AND “agents”[All Fields]) OR “anti-bacterial agents”[All Fields] OR “antibiotic”[All Fields])) AND “humans”[MeSH Terms]. The clinical studies selected to inform these recommendations are summarized in [Table 1](#). Draft recommendations were then formulated by the experts and validated collectively by a reviewing group.

In the absence of randomized controlled trials, these recommendations are based on expert opinion supported by the available literature. The questions addressed followed the PICO framework (P: Patient; I: Intervention; C: Comparison; O: Outcome). Recommendations were graded according to the GRADE system (A, B, or C depending on the level of scientific evidence) and by strength of expert consensus (1 to 3) [6].



### Extrait

des recommandations SPILF-SFGG sur l'administration sous cutanée des antibiotiques.

**Pour télécharger le document complet, cliquez sur l'icône de téléchargement.**

## ACTUALITÉS



## GROUPE DE TRAVAIL ANTI-INFECTIEUX PHARMACLASS



## Appel à participation au groupe de travail « PharmaClass », dédié à l'infectiologie !

Dans le cadre du déploiement et de la montée en charge de l'outil PharmaClass®, nous lançons un appel afin de mobiliser des médecins, pharmaciens, biologistes (ou autres profils) volontaires pour s'impliquer dans le groupe de travail de création des règles d'alerte en infectiologie.

Pour rappel, PharmaClass® est un SADP (système d'aide à la décision pharmaceutique) permettant

de croiser les flux identité patient, prescription, biologie et PMSI pour identifier, selon des algorithmes prédéfinis, **des patients à risque iatrogène**.

La base PharmaClass® est commune à toute l'AP-HP et fonctionne grâce à un **thésaurus d'algorithmes constitué collégialement**. L'enrichissement de ce thésaurus est collaboratif, sur proposition des membres du groupe de travail et validation par plusieurs relectures. Les différents groupes de travail sont organisés par thématiques et coordonnés par le secrétariat scientifique de la COMEDIMS.

La première réunion du groupe « Infectiologie » s'est tenue le 20 janvier 2026, d'autres rendez-vous suivront très régulièrement.

Si vous souhaitez participer à la dynamique et intégrer ce groupe de travail, vous pouvez nous envoyer un e-mail : [celine.magneux@aphp.fr](mailto:celine.magneux@aphp.fr).

## PARUTION - DOSSIER DU CNHIM



## Dossier « Infections à bactéries à Gram négatif résistantes aux carbapénèmes : stratégies d'utilisation des antibiotiques de dernier recours » (XLVI, n° 6)

Le CNHIM a publié en décembre 2025 un dossier abordant les enjeux actuels de prise en charge des infections à BGN résistants aux carbapénèmes. Plusieurs membres de la COMAI AP-HP y ont contribué en tant qu'auteurs ou relecteurs.



Ce dossier s'appuie notamment sur des éléments issus de travaux menés au sein de la COMAI AP-HP.

## AUTRES INFORMATIONS



### Renouvellement de la composition de la COMAI

La nouvelle composition des membres de la COMAI est entrée en vigueur à l'occasion de la séance de la COMEDIMS plénière réunie le 18 septembre 2025 (nouveau mandat).

#### Membres permanents

**Dr Rishma AMARSY**

Prévention et contrôle de l'infection, Lariboisière

**Dr Aurélie BARRAIL-TRAN**

Pharmacie, Bicêtre

**Dr Rui BATISTA**

Pharmacie, Cochin,

**Vice-président**

**Dr Alexandre BLEIBTREU**

Maladies Infectieuses et Tropicales,  
Pitié-Salpêtrière

**Pr Françoise BOTTEREL-CHARTIER**

Microbiologie, Henri Mondor

**Dr Dorothée CHOPIN**

Maladies Infectieuses et Tropicales, Saint-Antoine

**Dr Laurène DECONINCK**

Maladies Infectieuses et Tropicales,  
Bichat - Claude Bernard

**Dr Nathalie DOURNON**

Maladies Infectieuses et Tropicales,  
Raymond Poincaré/Ambroise Paré

**Dr Lélia ESCAUT**

Maladies Infectieuses, Bicêtre

**Dr Vincent FIHMAN**

Bactériologie, Henri Mondor

**Dr Claire HENRY**

Pharmacie, Antoine Bécclère

**Dr Françoise JAUREGUY**

Unité de Prévention du Risque Infectieux  
et Maîtrise de l'Antibiothérapie, Avicenne,

**Vice-présidente**

**Dr Matthieu LAFAURIE**

Maladies Infectieuses et Tropicales, Saint-Louis

**Dr Isabelle LARIVIÈRE**

Pharmacie, Saint-Louis

**Dr David LEBEAUX**

Unité Mobile d'Infectiologie –  
Service de Microbiologie, Lariboisière

**Dr Raphaël LEPEULE**

Unité Transversale de Traitement des Infections,  
Henri Mondor,

**Président**

**Pr Mathie LORROT**

Pédiatrie, Robert Debré

**Pr Philippe MONTRAVERS**

Anesthésie et Réanimation Chirurgicale,  
Bichat - Claude Bernard

**Dr Juliette OLIARY**

Pharmacie, Lariboisière

**Dr Clément OURGHANLIAN**

Pharmacie, Henri Mondor

**Dr Olivier PACCOUD**

Maladies Infectieuses et Tropicales Adultes,  
Necker

**Dr Keyvan RAZAZI**

Médecine Intensive Réanimation, Henri Mondor



## AGENDA &gt;&gt;

Dates des  
prochaines réunions  
COMAI

Lundi  
**16 mars**  
2026

Lundi  
**15 juin**  
2026

Dates des  
prochaines réunions  
Bureau de COMEDIMS

Jeudi  
**5 février**  
2026

Jeudi  
**9 avril**  
2026

BULLETIN SPÉCIAL  
COMAI >>

© AP-HP 2026

**Directeur de la publication:**  
Raphaël Lepeule.

**Rédacteur en chef:**  
Olivier Parent de Curzon [OPC],  
Service EPBU, AGEPS.

**Rédaction:**  
Virginie Siorat, Céline Magneux.

**Comité de lecture:**  
Isabelle Fusier, Philippe Mougnot,  
Raphaël Lepeule, Rui Batista,  
Françoise Jaureguy.

**Secrétariat de rédaction:**  
Angélique Franquelin

**Coordination:** Direction AGEPS –  
Brigitte Goulet (Communication).  
Téléphone: 01 46 69 12 83

Réalisation: [www.kazoar.fr](http://www.kazoar.fr)

[ageps.aphp.fr](http://ageps.aphp.fr)  
[pharmacie-hospitaliere-ageps.aphp.fr](http://pharmacie-hospitaliere-ageps.aphp.fr)