

FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA JUIN
2026

Lu pour vous

Nouveau guide BAPCOC: intro et infections respiratoires

La Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) a publié en juin 2026 une version révisée de son guide de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire. Dans ce premier article, nous expliquons ce qui a changé dans l'introduction et le chapitre consacré aux infections respiratoires.

Pour savoir ce qui a changé dans les chapitres infections urogénitales et ophtalmologie, voir l'article *Nouveau Guide BAPCOC: infections urogénitales et ophtalmologie*.

Messages clés

- En raison de la résistance croissante aux macrolides, l'azithromycine occupe désormais une place plus limitée dans le traitement des infections respiratoires.
- Les recommandations concernant la pharyngite aiguë (amygdalienne) ont été alignées sur le [guide du WOREL « Douleur de gorge aiguë » \(2025\)](#).
- Plusieurs antibiothérapies ont été simplifiées : adaptation des posologies, durée de traitement souvent raccourcie.
- Les indications pour les antibiotiques sont plus restrictives, et les patients à risque mieux ciblés.
- Le guide BAPCOC pour la pratique ambulatoire est entièrement intégré dans le [chapitre 11.5](#) du Répertoire. Il peut aussi être consulté sous forme de fichier [PDF](#) (voir sous l'onglet Publications sur le site web du CBIP).

Modifications générales

- Les **indications pour le renvoi** vers la deuxième ligne sont précisées.
- Meilleure définition du terme «**gravement malade**» dans différentes indications.
- En raison de la résistance croissante aux macrolides, la place de **l'azithromycine** a été **limitée**:
 - Otite moyenne aiguë et rhinosinusite aiguë chez les enfants présentant une allergie à la pénicilline IgE médiée: l'azithromycine est remplacée par le cotrimoxazole (sauf chez les enfants de moins d'un mois). Chez les adultes, la moxifloxacine est recommandée dans ce cas.
 - Pharyngite aiguë (amygdalienne): l'azithromycine reste recommandée en cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée.
- **Amoxicilline: nouvelle posologie chez l'enfant.**
 - *Otite moyenne aiguë, rhinosinusite aiguë et infections des voies respiratoires inférieures*: la posologie recommandée est désormais de 80-90 mg/kg/jour en 3 prises pendant 5 jours. Auparavant, elle était de 75-100 mg/kg/jour dans l'otite moyenne aiguë et la rhinosinusite aiguë, et de 100 mg/kg/jour dans les infections des voies respiratoires inférieures.
 - *Pharyngite aiguë (amygdalienne)*: pour les enfants de moins de 10 ans, la posologie a été réduite à 50 mg/kg/jour. Auparavant, elle était de 75-100 mg/kg/jour. Dans cette indication, l'amoxicilline est un deuxième choix, après la phénéticilline.
- **Amoxicilline + acide clavulanique chez l'adulte**: il n'est plus recommandé d'administrer l'amoxicilline + acide clavulanique en combinant une monopréparation d'amoxicilline avec une association fixe à 500/125 mg amoxicilline/acide clavulanique. Cette stratégie était souvent source d'erreurs médicamenteuses. On privilégie désormais l'administration d'une association fixe à 875/125 mg, 3 x/jour. Ce n'est que lorsque le risque d'erreurs médicamenteuse est jugé faible que la combinaison des deux préparations peut encore être envisagée, en particulier chez les jeunes patients (≤ 50 ans). Dans ce groupe de patients dont la fonction rénale est généralement meilleure, les antibiotiques sont éliminés plus rapidement, ce qui peut justifier une dose plus élevée d'amoxicilline.
- Le guide ne propose plus d'alternative en cas **d'allergie à la pénicilline non IgE médiée**. Les allergies non IgE médiées sont généralement bénignes et ne sont donc plus considérées comme une contre-indication. En cas de réactions graves (rares), les mêmes alternatives sont recommandées que pour l'allergie IgE médiée.

Ce qui a changé dans l'introduction

L'introduction aborde la question de la suppression des **mentions d'allergie à la pénicilline**: la suppression des enregistrements d'allergie injustifiés des dossiers médicaux. On estime que 90 % des allergies aux bêta-lactamines enregistrées sont injustifiées.

Des informations contextuelles ont été ajoutées concernant la résistance croissante du *Staphylococcus aureus* à l'acide fusidique (pour l'impétigo) et à la mupirocine (pour la décontamination du SARM). C'est pourquoi, en cas d'impétigo avec des lésions limitées, il est recommandé de commencer le traitement par des antiseptiques.

La version actuelle clarifie également les notions de septicémie, de personnes immunodéprimées et de personnes âgées vulnérables. Bien que ces termes aient déjà été utilisés dans les versions précédentes, ils sont désormais expliqués plus en détail. Pour les définitions, il est renvoyé au guide BAPCOC. La description des personnes immunodéprimées est reprise de l'avis du Conseil supérieur de la santé « vaccination des enfants et adultes immunodéprimés et atteints de maladies chroniques ».

Ce qui a changé dans le chapitre « Infections respiratoires »

Pharyngite aiguë (amygdalienne)

- Les recommandations concernant la pharyngite aiguë (amygdalienne) ont été alignées sur le guide du WOREL « Douleur de gorge aiguë » (2025).
- Le terme « mal de gorge aigu » a été remplacé par « **pharyngite aiguë (amygdalienne)** ».
- Les antibiotiques restent seulement indiqués chez les personnes gravement malades et les patients à risque, mais ces groupes ont été **élargis et définis plus clairement**. Sont désormais également inclus dans le groupe des patients à risque « les résidents d'une communauté fermée où il y a une épidémie d'infections streptococciques du groupe A », ainsi que et « les patients qui ont des pharyngites aiguës (amygdaliennes) à répétition (≥ 5 épisodes par an pendant 2 années consécutives) ».
- **L'amoxicilline** est désormais recommandée, aux côtés du céfadroxil et de la céfalexine, comme alternative de premier choix lorsque la pénicilline n'est pas disponible ou trop coûteuse. Auparavant, elle était considérée comme une alternative de deuxième choix.
- Par ailleurs, la posologie pour les enfants de moins de 10 ans a été ajustée à 50 mg/kg/jour, répartis en trois prises. Cette posologie est inférieure à celle recommandée en cas d'otite moyenne aiguë, de rhinosinusite aiguë et d'infections des voies respiratoires inférieures, pour lesquelles une posologie de 80 à 90 mg/kg/jour en trois prises est recommandée en raison d'une résistance partielle observée dans les infections à pneumocoques.
- Le schéma thérapeutique avec **le céfadroxil et la céfalexine** a été adapté:
 - Ces deux médicaments peuvent désormais être utilisés aussi bien chez les enfants que chez les adultes comme alternative à la pénicilline et à l'amoxicilline. Auparavant, la céfalexine n'était recommandée que chez les adultes.
 - La dose pour les adultes a été réduite à 500 mg deux fois par jour (contre 1 g deux fois par jour auparavant). Pour les enfants, la dose reste de 15 mg/kg deux fois par jour.
 - La durée du traitement a été réduite de 7 à 5 jours, tant pour les adultes que pour les enfants.

Otite moyenne aiguë

- Les indications des **antibiotiques oraux** ont été modifiées.
 - Les antibiotiques restent indiqués en cas de maladie grave, de facteurs de risque majeurs de complications ou lorsqu'aucune amélioration n'est constatée après trois jours de traitement par analgésiques. Parmi les **facteurs de risque majeurs** figurent les enfants et les adultes porteurs d'un implant cochléaire, les personnes ayant récemment subi une chirurgie de l'oreille (à l'exception de la pose de yoyos), ainsi que les patients immunodéprimés.
 - Les antibiotiques ne sont plus systématiquement recommandés **en cas de facteurs de risque mineurs**, mais la vigilance est de mise. Cela concerne notamment les enfants âgés de 3 à 6 mois, les enfants et les adultes présentant des anomalies anatomiques au niveau de la région ORL, les personnes atteintes du syndrome de Down et les patients ayant subi une intervention chirurgicale de l'oreille il y a peu (à l'exception de la pose de d'aérateurs transtympaniques).
 - En cas d'**otite séreuse due à une perforation spontanée du tympan**, des antibiotiques par voie orale peuvent être envisagés.

- En l'absence d'amélioration dans les 48 heures (auparavant 2 à 3 jours) et s'il n'y a pas de raison de renvoyer le patient vers un spécialiste, l'amoxicilline peut être remplacée par **de l'amoxicilline + acide clavulanique**. Chez les enfants, la recommandation reste d'administrer la moitié de la dose journalière sous forme de préparation combinée amoxicilline + acide clavulanique et l'autre moitié sous forme d'amoxicilline en monothérapie. Alors que cela était auparavant également recommandé chez les adultes, la recommandation standard est désormais la combinaison fixe amoxicilline + acide clavulanique 875/125 mg. La combinaison fractionnée peut encore être envisagée chez les adultes en cas de faible risque d'erreurs de médication, surtout chez les patients âgés de moins de 50 ans (voir également « Modifications dans l'ensemble des chapitres »).
- **La dose recommandée d'amoxicilline pour les enfants** a été ajustée à 80–90 mg/kg/jour, répartis en trois prises pendant cinq jours. Auparavant, la dose était de 75–100 mg/kg/jour.
- En cas **d'allergie à la pénicilline médiée par les IgE**, on ne recommande plus l'azithromycine chez les enfants, mais le cotrimoxazole. Le cotrimoxazole ne doit pas être administré chez les enfants de moins d'un mois. Chez les adultes, la moxifloxacine est recommandée.
- Le guide recommande, en cas d'otite moyenne suppurative chez les enfants porteurs d'aérateurs transtympaniques et ne présentant pas de symptômes systémiques, de limiter le **traitement antimicrobien local** par gouttes de ciprofloxacine à 7 jours maximum. Auparavant, aucune durée maximale n'était mentionnée. L'indication reste inchangée.

Rhinosinusite aiguë

- **La dose d'amoxicilline pour les enfants** a été ajustée à 80-90 mg/kg/jour en 3 prises ; auparavant, elle était de 75-100 mg/kg/jour.
- **La durée du traitement par amoxicilline** a été raccourcie à 5 jours (contre 7 jours auparavant), tant chez les enfants que chez les adultes.
- En l'absence d'amélioration dans les 48 heures (contre 2 à 3 jours auparavant) et s'il n'y a pas de raison de renvoyer le patient vers un spécialiste, l'amoxicilline peut être remplacée par **de l'amoxicilline + acide clavulanique**. Chez les enfants, la recommandation reste d'administrer la moitié de la dose quotidienne sous forme de préparation combinée amoxicilline + acide clavulanique et l'autre moitié sous forme d'amoxicilline en monothérapie. Alors que cela était auparavant également recommandé chez les adultes, la recommandation standard est désormais la combinaison fixe amoxicilline + acide clavulanique 875/125 mg. La combinaison fractionnée peut encore être envisagée chez les adultes en cas de faible risque d'erreurs médicamenteuses, surtout chez les patients âgés de moins de 50 ans (voir également « Modifications dans l'ensemble des chapitres »).
- En cas **d'allergie à la pénicilline médiée par les IgE**, on ne recommande plus l'azithromycine chez les enfants, mais bien le cotrimoxazole. Le cotrimoxazole ne doit pas être administré aux enfants < 1 mois . Chez les adultes, la moxifloxacine est recommandée.
- Aucune alternative n'est désormais proposée en cas d'allergie à la pénicilline non médiée par les IgE. Voir également « Modifications dans l'ensemble des chapitres ».

Infections des voies respiratoires inférieures chez l'enfant

- Les antibiotiques par voie orale sont **toujours** indiqués en cas de suspicion clinique de pneumonie bactérienne. La description du tableau clinique a été mise à jour:
 - Description des symptômes cliniques de la pneumonie bactérienne dans l'édition précédente:
toux avec dyspnée, tachypnée, sifflements respiratoires ; souvent associée à de la fièvre; parfois accompagnée de douleurs thoraciques et abdominales, de vomissements et de maux de tête.
 - Description des symptômes cliniques de la pneumonie bactérienne dans l'édition actuelle:
fièvre, essoufflement/effort respiratoire accru, augmentation de la fréquence respiratoire, crépitements focaux, atténuation focale, anorexie et léthargie.
- L'édition actuelle indique que l'administration d'antibiotiques peut être envisagée en cas de symptômes d'infection des voies respiratoires inférieures présentant des facteurs de risque d'évolution grave:
 - Âge < 3 mois.
 - Présence de comorbidités pertinentes (affections cardiaques et pulmonaires graves, diabète sucré, troubles neurologiques, insuffisance hépatique ou rénale grave).
 - Patient immunodéprimé (tel que décrit dans l'introduction du guide).
 - (Ancienne) prématurité.
- Des informations supplémentaires ont été ajoutées concernant l'étiologie et l'évolution de la bronchiolite. Celle-ci ne

constitue pas une indication pour les antibiotiques.

- **La dose d'amoxicilline pour les enfants** a été ajustée à 80-90 mg/kg/jour en 3 prises pendant 5 jours ; auparavant, elle était de 100 mg/kg/jour.
- En cas **d'allergie à la pénicilline à médiation IgE**, une hospitalisation est indiquée pour un traitement intraveineux. On ne propose plus d'alternative en cas d'allergie à la pénicilline non médiée par les IgE. Voir également « Modifications dans l'ensemble des chapitres ».
- En cas **d'amélioration insuffisante** après 48 à 72 heures de traitement antibiotique, il n'est plus recommandé d'ajouter un macrolide, mais bien d'orienter le patient vers un spécialiste.
- L'utilisation empirique de **macrolides en cas de suspicion de pneumonie atypique** n'est plus recommandé, sauf si le diagnostic (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Legionella pneumophila* (à déclaration obligatoire)) a été confirmé par PCR sur les expectorations. Le traitement ne doit pas être instauré sur une base empirique ou sur la seule sérologie. (Voir également « Infections des voies respiratoires inférieures chez l'adulte »).

Infections des voies respiratoires inférieures chez l'adulte

- Les antibiotiques par voie orale sont **toujours** indiqués en cas de suspicion clinique de pneumonie bactérienne. La description du tableau clinique a été modifiée.

La précédente édition recommandait des antibiotiques en cas de suspicion de pneumonie bactérienne sur la base de symptômes cliniques, d'analyses de laboratoire (CRP > 20) ou de signes radiologiques.

La présente édition précise que le diagnostic clinique se caractérise par des symptômes tels que fièvre, essoufflement/effort respiratoire accru, fréquence respiratoire élevée, crépitations focales, anorexie et léthargie.

- La présente édition indique qu'un **dosage de la CRP** n'est généralement pas nécessaire. Chez les patients ne présentant pas de facteurs de risque d'évolution grave, un dosage de la CRP peut toutefois être envisagé en cas de doute quant à la présence d'une pneumonie bactérienne. Alors que les éditions précédentes fixaient un seuil de 20 mg/L pour la CRP en cas de pneumonie, l'édition actuelle nuance cette approche : avec une CRP comprise entre 20 et 100 mg/L, le diagnostic reste incertain, tandis qu'une CRP supérieure à 100 mg/L rend la pneumonie probable.
- En cas de suspicion de pneumonie, surtout en présence de complications possibles, une **radiographie thoracique ou une échographie** complémentaire peut être envisagée.
- Le seuil de pour l'instauration d'un traitement antibiotique en cas de symptômes d'infection des voies respiratoires inférieures est abaissé en présence de **facteurs de risque d'évolution grave**. Outre les patients atteints d'un cancer, les patients immunodéprimés et les personnes âgées présentant une multimorbidité, cela s'applique désormais également aux personnes âgées de plus de 75 ans (sans comorbidités) et aux personnes présentant une comorbidité pertinente quel que soit leur âge, telle que des maladies cardiaques et pulmonaires graves, un diabète sucré non contrôlé, des troubles neurologiques et une insuffisance hépatique ou rénale grave.
Le médecin doit ici évaluer les différents facteurs : gravité des facteurs de risque, antécédents, fragilité, degré de maladie et gravité des symptômes, taux de CRP (si déterminé), la valeur ajoutée potentielle pour le patient (prévention des complications, réduction des symptômes) par rapport aux inconvénients (médicalisation, effets indésirables, augmentation de la résistance).
- **L'amoxicilline** reste le traitement de première intention. La durée du traitement a été raccourcie à 5 jours (contre 7 jours auparavant).
- **Les indications de l'amoxicilline/acide clavulanique** ont été élargies. Outre les comorbidités et la pneumonie par aspiration, elle est désormais également recommandée chez les personnes âgées de plus de 65 ans.
- Il est recommandé de prescrire **l'association amoxicilline/acide clavulanique** à 875/125 mg. Dans l'édition précédente, il était conseillé d'utiliser une association de 500 mg d'amoxicilline + 500/125 mg d'amoxicilline/acide clavulanique 3 fois par jour. Cette association peut toujours être envisagée en cas de faible risque d'erreurs de médication, surtout chez les patients âgés de moins de 50 ans (voir également « Modifications dans l'ensemble des chapitres »).
- **La durée du traitement par l'amoxicilline/acide clavulanique** a été raccourcie à 5 jours, comme pour l'amoxicilline.
- En cas **d'amélioration insuffisante** après 48 à 72 heures de traitement antibiotique, il n'est plus recommandé d'ajouter un macrolide, mais de passer à l'amoxicilline/acide clavulanique si celle-ci n'a pas encore été instaurée. En l'absence d'amélioration et en cas de tableau clinique grave, une hospitalisation est indiquée.
- L'utilisation empirique de **macrolides en cas de suspicion de pneumonie atypique** n'est plus recommandé, sauf si le diagnostic (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Legionella pneumophila* (à déclaration obligatoire)) a été confirmé par PCR sur les expectorations. Le traitement ne doit pas être instauré sur une base empirique

ou sur la seule base de la sérologie. (Voir également « Infections des voies respiratoires inférieures chez l'enfant »).

Exacerbation de la BPCO

- Les indications des antibiotiques ont légèrement changé. Les antibiotiques sont désormais indiqués lorsque l'exacerbation ne s'améliore pas suffisamment avec une bronchodilatation à courte durée d'action ET:
 - Il y a une augmentation de la purulence des expectorations accompagnée d'une augmentation de l'essoufflement et/ou du volume des expectorations.
 - Soit il s'agit d'un patient à risque (voir Infections des voies respiratoires inférieures chez l'adulte: indications pour un traitement antimicrobien), ou de patients présentant une obstruction bronchique grave déjà connue.
 - Soit il existe des antécédents de BPCO grave (= au moins 2 exacerbations traitées par antibiotiques et/ou corticostéroïdes systémiques au cours de l'année écoulée ou au moins 1 exacerbation ayant nécessité une hospitalisation ou une consultation aux urgences au cours de l'année écoulée).
- Il est recommandé de prescrire l'**association amoxicilline/acide clavulanique** 875/125 mg. On peut envisager d'administrer la moitié de la dose quotidienne d'amoxicilline en monothérapie et l'autre moitié en association avec l'acide clavulanique (500/125 mg) en cas de faible risque d'erreurs de médication, surtout chez les patients âgés de moins de 50 ans (voir également « Modifications générales dans l'ensemble des chapitres »).

Grippe

- Pour la première fois, le guide du BAPCOC accorde une place très limitée au traitement antiviral. Il reste toutefois vrai que les médicaments antiviraux n'ont généralement aucun effet cliniquement pertinent sur la prévention des complications, ni sur la durée et la gravité des symptômes.
- **Un traitement antiviral ou une prophylaxie post-exposition** à l'oseltamivir peut être **envisagé** chez les patients présentant un **risque très élevé d'évolution grave**, quel que soit leur statut vaccinal. Cette recommandation est tirée de la norme NHG « Influenza ». Le traitement/la prophylaxie doit de préférence débiter dans les 48 heures suivant l'apparition des premiers symptômes ou après un contact avec une personne infectée. Les patients présentant un **risque très élevé d'évolution grave** sont définis comme suit:
 - Les patients présentant une immunodéficience grave, par exemple à la suite d'une chimiothérapie récente ou d'un trouble immunitaire grave, et qui sont pris en charge par un médecin spécialiste
 - Les patients présentant une insuffisance hépatique ou rénale grave ou des affections cardiaques ou pulmonaires graves, qui, malgré un traitement médicamenteux, présentent un risque élevé de décompensation
 - Les personnes âgées fragiles ayant un score de 5, 6 ou 7 (fragilité légère, modérée, grave) sur l'échelle de fragilité clinique
- Le schéma thérapeutique chez l'adulte est de 75 mg d'oseltamivir deux fois par jour pendant 5 jours.
- Le schéma de prophylaxie post-exposition chez l'adulte est de 75 mg d'oseltamivir une fois par jour pendant 10 jours.
- Pour les schémas thérapeutiques chez les enfants ou les adultes présentant une insuffisance rénale, veuillez vous reporter au guide BAPCOC.

Coqueluche

- **L'indication** de la prophylaxie post-exposition par antibiotiques en cas de coqueluche a été élargie. Alors qu'elle n'était auparavant recommandée qu'en cas d'épidémie avérée de coqueluche, les antibiotiques sont désormais également recommandés lorsqu'il y a, dans la famille, un nourrisson de moins de 12 mois non ou insuffisamment protégé ou une femme enceinte de plus de 34 semaines non vaccinée en présence d'un patient atteint (ou suspecté d'être atteint) de coqueluche. Pour la prise en charge, nous renvoyons au schéma décisionnel figurant dans le guide.
- La posologie de l'**azithromycine** chez l'enfant a été adaptée:
 - Enfant: 10 mg/kg 1 fois par jour (max. 500 mg, < 1 an hors AMM) pendant 3 jours (auparavant 10 mg/kg en une seule prise le premier jour, puis 5 mg/kg une fois par jour pendant 3 jours)
 - Chez l'adulte, la posologie reste de 500 mg 1 fois par jour pendant 3 jours
- En cas d'hypersensibilité à l'azithromycine, on utilise le **cotrimoxazole**. La posologie a été adaptée:
 - Enfant > 1 mois: 15/3 mg/kg 2 fois par jour (auparavant 40/8 mg/kg)

Commentaire du CBIP

La résistance croissante aux antibiotiques reste un défi majeur pour les soins de santé. Une politique antibiotique claire, étayée et actualisée est donc essentielle. Le guide BAPCOC reste la référence en matière de politique antibiotique responsable pour la première ligne.

La nouvelle édition tient compte, à juste titre, de la résistance croissante aux macrolides, en particulier à l'azithromycine, qui se voit ainsi attribuer une place plus limitée dans le traitement anti-infectieux. Nous saluons également le fait que, dans la mesure du possible, la durée de l'antibiothérapie a été raccourcie et que les posologies ont été optimisées en fonction des taux de résistance actuels.

Cette nouvelle édition, qui cible encore mieux les situations justifiant le recours à une antibiothérapie, devrait permettre aux professionnels de santé d'éviter toute utilisation inutile d'antibiotiques.

Colophon

Les *Folia Pharmacotherapeutica* sont publiés sous l'égide et la responsabilité du *Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique* (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) a.s.b.l. agréée par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Les informations publiées dans les *Folia Pharmacotherapeutica* ne peuvent pas être reprises ou diffusées sans mention de la source, et elles ne peuvent en aucun cas servir à des fins commerciales ou publicitaires.

Rédacteurs en chef: (redaction@cbip.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) et
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Éditeur responsable:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.