Antibiorésistance

Santé publique France

Novembre 2026

DONNÉES DE SURVEILLANCE

Surveillance de la consommation des antibiotiques, des antifongiques en établissement de santé et en EHPAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur, et des résistances bactériennes en établissement de santé

Principaux résultats 2025

Réseau piloté par
RéPIA SPARES
Santé publique France

Sommaire

Principaux résultats **2**

Consommation d'antibiotiques **5**

Consommation d'antifongiques **10**

Résistances bactériennes **11**

Conclusion **16**

Méthodologie de surveillance / Recueil et analyse des données : mission SPARES / Pour en savoir plus / Remerciements **17**

Principaux résultats

Consommations des antibiotiques

- 1 620 établissements de santé (ES) participants représentant 299 678 lits et 87 890 445 journées d'hospitalisation (JH) complète en 2025 (83 % des JH).
- Consommation globale d'antibiotiques : 309 Doses Définies Journalières (DDJ) / 1 000 JH, inférieure à celle observée en 2024 (322 DDJ/1 000 JH), avec des variations selon le type d'établissement et le secteur d'activité clinique.
- Deux antibiotiques : amoxicilline et amoxicilline associée à l'acide clavulanique, représentaient plus du tiers des DDJ utilisées dans les établissements participants, avec des valeurs plus faibles qu'en 2024.
- Entre 2019 et 2025, la consommation d'amoxicilline a progressé alors que celle d'amoxicilline-acide clavulanique a diminué.
- La part de la consommation des antibiotiques à large spectre (indicateur suivi par ECDC) a progressé, représentant 36,3 % des consommations antibiotiques en 2025 contre 33,5 % en 2019.
- 520 structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), avec un nombre médian de 144 lits.
- Consommation globale d'antibiotique en EHPAD : 38,9 DDJ pour 1 000 journées d'hébergement (DDJ/1 000 JHeb).
- Trois antibiotiques – amoxicilline-acide clavulanique, amoxicilline et ceftriaxone – représentaient plus des deux tiers des DDJ consommées au sein de ces EHPAD.
- La stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance visait une réduction de 10 % de la consommation globale et de la part d'antibiotiques à large spectre au sein de la classe ATC J01 entre 2019 et 2025. L'évolution observée entre 2019 et 2025 (respectivement +9 % et +8 %) souligne l'ampleur des efforts restant à accomplir.

Consommations des antifongiques

- 908 ES participants représentant 194 991 lits et 57 536 621 JH en 2025 (54 % des JH).
- Consommation globale d'antifongiques : 16,0 DDJ/1 000 JH, avec une consommation plus importante en hématologie (335 DDJ/1 000 JH) et en réanimation (129 DDJ/1000JH).
- Trois antifongiques : fluconazole, caspofungine et posaconazole représentaient plus de 80 % des DDJ consommées dans les établissements de santé.
- 263 structures EHPAD participantes, avec un nombre médian de 166 lits avaient consommé 0,8 DDJ/1 000 JHeb d'antifongiques.
- Une molécule – fluconazole – représentait près de 95 % des DDJ consommées en EHPAD.

Résistances bactériennes

- 1 300 établissements participants collaborant avec 710 laboratoires de biologie couvrant 71 % des JH en 2025.
- 512 222 souches d'Enterobacterales étudiées dont :
  - 8,5% productrices de ß-lactamase à spectre étendu (BLSE) parmi 491 777 souches avec une recherche de BLSE.
  - une densité d'incidence (DI) de 0,58 infections à EBLSE pour 1 000 JH, DI près de 5 fois plus importante en réanimation (2,64).
  - 2 833 souches d'Enterobacterales productrices de carbapénémase (EPC) isolées avec une DI de 0,041 pour 1 000 JH (sur 486 545 souches avec une recherche de carbapénémase).
- 86 828 souches de Staphylococcus aureus dont :
  - 11,5 % résistantes à la méticilline ;
  - une densité d'incidence globale de 0,13 infections à SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation, DI plus de 4 fois supérieure en réanimation (0,53) ;
  - près de 50 % de SARM parmi les souches de S. aureus chez les patients hospitalisés en soins de longue durée.
- Sur la période 2019-2025 :
  - la densité d'incidence (DI) des SARM était globalement en diminution, avec toutefois une stabilisation observée entre 2024 et 2025. L'objectif fixé par la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance de réduction de l'incidence des SARM de 10 % par rapport à la valeur 2019 (0,17 souche pour 1 000 JH) est atteint (-24 % en 2025) ;
  - à l'inverse, la DI des EBLSE présentait une tendance générale à la hausse, également marquée par une phase de stabilité sur la période 2024-2025. L'objectif fixé par la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance de réduction de 10 % par rapport à la valeur 2019 (0,53) n'est pas encore atteint (+9 % en 2025) ;
  - la DI des EPC augmente chaque année. L'objectif fixé par la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance d'un maintien de la valeur 2019 (0,010) ne sera pas atteint (+310 % en 2025).

La stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance a défini un ensemble d'indicateurs pour suivre la mise en œuvre et l'impact des actions conduites avec des cibles à atteindre en 2025. Les indicateurs recueillis dans le cadre de la mission SPARES sont présentés dans le tableau ci-dessous. Leurs valeurs en 2025 illustrent le chemin restant à parcourir pour atteindre les objectifs, particulièrement pour les Enterobacterales.

Tableau 1. Indicateurs d'antibiorésistance : évolution entre 2019 et 2025 et cibles fixées par la stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance

Indicateur	Cible	Valeur 2019	Valeur 2025
Bon usage des antibiotiques			
Consommation d'antibiotiques en ES, en nombre de DDJ/1 000 journées d'hospitalisation	Réduction d'au moins 10 % entre 2019 et 2025	284,5	**309,2 (+9 %)**
Indicateur ECDC : part d'antibiotiques à large spectre au sein de la classe ATC J01	Réduction d'au moins 10 % entre 2019 et 2025	33,5 %	**36,3 % (+8 %)**
Résistances des bactéries aux antibiotiques			
Proportion de SARM chez *Staphylococcus aureus* isolées d'hémocultures	<10%	13,9%	**10,5%**
Densité d'incidence SARM/ 1 000 journées d'hospitalisation (JH)	Réduction d'au moins 10 % entre 2019 et 2025	0,17	**0,13 (-24 %)**
Proportion de souches résistantes à la vancomycine chez *Enterococcus faecium* isolé d'hémocultures	< 1%	0,6%	**0,6%**
Densité d'incidence *K. pneumoniae* produisant une BLSE/1 000 JH	Réduction d'au moins 10 % entre 2019 et 2025	0,17	**0,18 (+6 %)**
Proportion de souches productrices de carbapénémase chez *K. pneumoniae* isolée d'hémocultures	Maintien de la valeur 2019	0,73 %	**1,76 % (+141 %)**
Densité d'incidence Enterobacterales productrices de carbapénémase / 1 000 JH	Maintien de la valeur 2019	0,010	**0,041 (+310 %)**
Densité d'incidence Enterobacterales produisant une BLSE / 1 000 JH	Réduction d'au moins 10 % entre 2019 et 2025	0,53	**0,58 (+9 %)**

Consommation d'antibiotiques

Établissements de santé participants

En 2025, 1 620 établissements de santé ont participé à la surveillance de la consommation des antibiotiques SPARES, représentant 299 678 lits et 87 890 445 journées d'hospitalisation (JH) complète, soit 82 % des lits et 83 % des JH au niveau national selon la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2025 (tableau 2). La répartition des JH par type d'ES des ES participants est comparable à la répartition nationale.

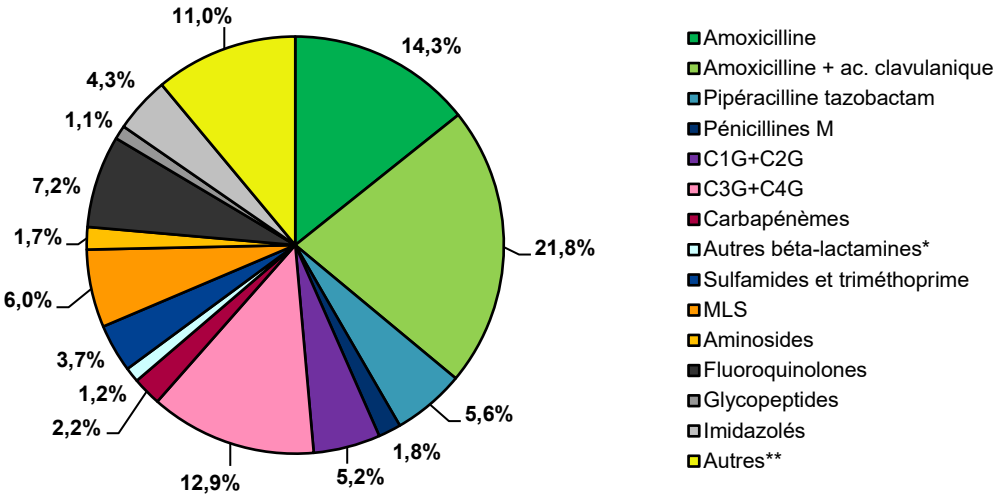
Tableau 2. Description des établissements participant à la surveillance de la consommation des antibiotiques en 2025 (n=1 620)

Type	Nb ES	Nb de lits	Nb de JH	Distribution des JH parmi les répondants	Distribution JH SAE
CHU	49	56 437	16 386 920	19 %	19 %
CH	529	120 408	36 059 830	41 %	37 %
MCO	407	50 156	12 619 786	14 %	14 %
CLCC	19	2 355	828 286	1 %	1 %
HIA	8	1 076	312 400	< 1 %	< 1 %
ESMR	401	38 062	12 004 807	14 %	15 %
ESLD	30	1 878	619 335	1 %	2 %
PSY	177	29 306	9 059 081	10 %	11 %
Total	**1 620**	**299 678**	**87 890 445**	**100 %**	**100 %**

** CHU : Centre hospitalier universitaire ; CH : Centre hospitalier ; MCO : Établissement privé à but lucratif ou non, ayant une activité prédominante de médecine, chirurgie ou obstétrique ; CLCC : Centre de lutte contre le cancer ; HIA : Hôpital d'instruction des armées ; ESMR : Établissement privé à but lucratif ou non, de soins médicaux et de réadaptation ; ESLD : Établissement de soins de longue durée ; PSY : Établissement spécialisé en psychiatrie*

Consommation par famille d'antibiotiques

Figure 1. Distribution des différentes familles d'antibiotiques, tous établissements confondus (N=1 620)



**Autres bêta-lactamines : Pénicillines G, V, ampicilline, ampicilline sulbactam, pivmécillinam, ceftaroline, ceftobiprole, cefiderocol, pipéracilline, ticarcilline, témocilline et aztréonam.*

***Autres : cyclines, phénicolés, acide fusidique, fosfomycine, linézolide, colistine, nitrofurantoïne, daptomycine, tédizolide, rifampicine, fidaxomicine.*

Tous établissements confondus, les trois antibiotiques les plus utilisés étaient l'association amoxicilline - acide clavulanique, l'amoxicilline et la ceftriaxone (tableau 3). Comme en 2024, l'association pipéracilline - tazobactam était le 4e antibiotique le plus consommé. La céfazoline et la daptomycine arrivaient respectivement en 5e et 6e position, contrairement en 2024 où le métronidazole et la céfazoline étaient les 5e et 6e molécules les plus consommées.

La quantité et la nature des antibiotiques utilisés variaient selon le secteur d'activité clinique (tableau 3). Ainsi, en psychiatrie, soins de longue durée, soins médicaux et de réadaptation et gynécologie-obstétrique, les antibiotiques majoritairement utilisés étaient l'amoxicilline associée ou non à l'acide clavulanique alors qu'en réanimation, une grande variété d'antibiotiques était utilisée, en lien avec les pathologies infectieuses prises en charge dans ces différents secteurs d'activité. Les carbapénèmes, les C3-4G et les glycopeptides étaient surtout utilisés dans les secteurs de réanimation, de chirurgie, de médecine, et en pédiatrie.

Tableau 3. Consommation d'antibiotiques et familles d'antibiotiques (taux global) en nombre de DDJ/1 000 JH par secteur d'activité clinique

Antibiotiques	MED N=806	CHIR N=602	REA N=257	GYN-OBS N=359	PED N=286	SMR N=1 051	SLD N=396	PSY N=332	Ensemble
Pénicillines M	10,9	8,6	36,5	0,3	4,6	1,2	0,3	0,1	5,4
Amoxicilline	66,8	51,1	89,7	104,7	47,0	29,8	12,2	13,8	44,1
Amoxicilline-ac. clavulanique	119,7	115,8	154,3	38,0	44,2	27,5	20,7	14,6	67,3
Pénicillines anti-*P. aeruginosa*[a]	30,8	39,8	124,7	2,0	10,6	3,0	0,9	0,0	17,5
Pipéracilline tazobactam	*30,6*	*39,5*	*122,3*	*2,0*	*10,4*	*3,0*	*0,9*	*0,0*	*17,4*
Témocilline	0,5	0,2	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2
C1G et C2G	13,1	90,3	29,6	10,2	6,1	1,8	0,3	0,0	16,0
Céfazoline	*12,5*	*84,5*	*28,2*	*9,7*	*5,5*	*1,6*	*0,2*	*0,0*	*15,0*
C3G orales[b]	1,9	1,7	0,3	3,6	2,0	1,7	0,7	0,4	1,5
C3G injectables sans activité sur *P. aeruginosa*[c]	57,6	50,0	158,7	10,9	37,2	7,8	5,8	0,5	30,9
Céfotaxime	*17,2*	*15,9*	*115,2*	*2,5*	*25,8*	*0,9*	*0,3*	*0,0*	*10,5*
Ceftriaxone	*40,4*	*34,1*	*43,5*	*8,4*	*11,4*	*6,8*	*5,5*	*0,5*	*20,4*
C3G-C4G actives sur *P. aeruginosa*[d]	11,2	14,7	78,7	0,6	7,6	1,7	0,3	0,0	7,3
Ceftazidime	*4,1*	*3,5*	*16,2*	*0,2*	*3,2*	*0,8*	*0,2*	*0,0*	*2,3*
Céfépime	*6,9*	*10,9*	*58,8*	*0,4*	*4,3*	*0,8*	*0,1*	*0,0*	*4,8*
Ceftazidime avibactam	*0,3*	*0,5*	*3,4*	*0,0*	*0,2*	*0,1*	*0,0*	*0,0*	*0,2*
Ceftolozane tazobactam	*0,2*	*0,3*	*3,7*	*0,0*	*0,1*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,2*
Carbapénèmes	10,7	10,5	87,3	0,6	6,1	2,2	0,5	0,0	6,9
Imipénème	*2,2*	*2,4*	*11,7*	*0,2*	*1,3*	*0,5*	*0,1*	*0,0*	*1,4*
Méropénème	*7,4*	*7,2*	*73,9*	*0,4*	*4,7*	*1,1*	*0,1*	*0,0*	*4,9*
Ertapénème	*1,0*	*1,0*	*1,4*	*0,1*	*0,1*	*0,6*	*0,3*	*0,0*	*0,6*
Aminosides	5,6	15,9	53,2	5,3	9,3	0,6	0,2	0,0	5,4
Fluoroquinolones	31,0	39,7	45,9	3,0	4,7	24,0	4,3	2,3	22,1
Ciprofloxacine	*9,6*	*11,6*	*11,8*	*1,1*	*3,5*	*6,3*	*1,6*	*0,9*	*6,6*
Lévofloxacine	*17,5*	*22,8*	*30,6*	*0,6*	*1,1*	*15,5*	*2,0*	*1,0*	*12,9*
Ofloxacine	*3,4*	*4,7*	*2,9*	*1,2*	*0,1*	*1,7*	*0,6*	*0,3*	*2,3*
Anti Cocci Gram+ résistants[e]	29,2	68,3	137,1	1,6	14,7	8,5	1,1	0,1	22,0
Glycopeptides	4,8	6,3	29,1	0,3	8,2	1,1	0,4	0,0	3,3
Vancomycine	*3,3*	*4,8*	*25,0*	*0,2*	*7,2*	*0,7*	*0,3*	*0,0*	*2,5*
Teicoplanine	*1,4*	*1,4*	*4,1*	*0,0*	*1,0*	*0,4*	*0,1*	*0,0*	*0,8*
Linézolide	5,6	12,1	42,7	0,4	2,7	1,9	0,3	0,0	4,5
Daptomycine	18,1	49,1	63,8	0,9	3,7	4,7	0,4	0,0	13,7
Colistine injectable	0,1	0,1	1,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Fosfomycine Injectable	0,1	0,2	1,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Macrolides	16,6	8,7	53,8	3,2	18,6	4,0	2,4	1,6	9,3
Azithromycine	*5,7*	*2,3*	*5,8*	*1,5*	*14,9*	*2,7*	*1,5*	*0,8*	*3,6*
Sulfamides et triméthoprime	18,7	14,1	47,0	1,8	9,6	10,0	3,4	1,2	11,5
Streptogramines	3,6	1,8	0,9	0,8	0,2	1,9	1,5	1,5	2,2
Imidazolés	19,2	46,4	38,4	10,0	9,9	1,9	1,2	0,4	13,4
Rifampicine	3,6	7,9	6,8	0,1	2,7	6,8	0,3	0,2	4,0
Tous les antibiotiques	**479,0**	**619,5**	**1 186,0**	**224,3**	**247,7**	**156,2**	**63,7**	**43,4**	**309,2**

a Pénicillines anti- P. aeruginosa : pipéracilline, ticarcilline, pipéracilline+tazobactam.
b C3G orales : céfotiam, céfixime, cefpodoxime.
c C3G injectables sans activité sur P. aeruginosa : cefotaxime, ceftriaxone.
d C3G-C4G injectables actives sur P. aeruginosa : ceftazidime, ceftazidime avibactam, céfépime, ceftolozane tazobactam.
e Anti-Cocci Gram+ résistants : glycopeptides, linézolide, daptomycine, tédizolide.délafloxacine, dalbavancine, ceftobiprole, ceftaroline, ac. fusidique

MED : médecine ; CHIR : chirurgie ; REA : réanimation ; GYN-OBS : gynécologie-obstétrique ; PED : pédiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; PSY : psychiatrie

Évolution de la consommation d'antibiotiques et de l'indicateur de consommation des antibiotiques à large spectre depuis 2018

Alors qu'une tendance à des consommations plus faibles ou stables chaque année était observée jusqu'en 2021, les consommations observées entre 2022 et 2024 étaient plus élevées que celles des années précédentes. En 2025, la consommation est plus faible qu'en 2024 (tableau 4). Néanmoins, alors que la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance visait une réduction de 10 % de la consommation globale entre 2019 et 2025, l'évolution observée entre 2019 et 2025 (+9 %) souligne l'ampleur des efforts restant à accomplir.

L'European Centre for Disease prevention and Control (ECDC) a proposé un indicateur représentant la part d'antibiotiques à large spectre parmi la consommation d'antibiotiques : il s'agit des C3-4G, de l'association pipéracilline-tazobactam, de l'aztréonam, des carbapénèmes, des fluoroquinolones, des glycopeptides, du linézolide, du tédizolide, de la daptomycine et de la colistine[1]. En 2025, la valeur de cet indicateur dans l'ensemble des 1 620 participants était de 36,3 %, valeur supérieure à celle de 2019 (33,5 %) alors que la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance visait une réduction de 10 % de cet indicateur à l'horizon 2025 (tableau 4).

Tableau 4. Consommation globale des antibiotiques depuis 2018 dans l'ensemble des établissements ayant participé chaque année

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	2024	2025
Nombre d'établissements	1 630	1 734	1 752	1 717	1 573	746	1 392	1 620
Pourcentage de lits de court séjour**	54,9	55,0	54,6	54,5	55,3	NA	55,4	54,0
Consommation globale (DDJ / 1 000 JH)	288	285	286	282	296	312	322	309
Evolution par rapport à l'année précédente (%)	-2,3	-1,3	+0,4	-1,2	+4,9	+5,4	+3,2	-3,9
Indicateur ECDC*** en DDJ / 1000JH *(et en % par rapport à l'ensemble J01)*	94 (33,8 %)	92 (33,5%)	98 (35,3%)	99 (36,2%)	103 (35,8%)	103 (34,4%)	111 (35,4%)	109 (36,3%)

** Méthode de surveillance différente : recueil de données agrégées*

*** Pourcentage de lits de court séjour : pourcentage des lits de médecine, chirurgie, réanimation, gynécologie-obstétrique et pédiatrie parmi l'ensemble des lits des ES participants chaque année*

****Indicateur ECDC : quantité et part d'antibiotiques à large spectre parmi la consommation d'antibiotiques de la classe J01 : C3G, association pipéracilline-tazobactam, aztréonam, carbapénèmes, fluoroquinolones, glycopeptides, linézolide, tédizolide, daptomycine et colistine*

Structures EHPAD participantes

En 2025, 520 structures EHPAD approvisionnées en médicaments par une PUI et avec un nombre médian de 144 lits ont participé à la surveillance de la consommation d'antibiotiques. La plupart (n=494) étaient rattachées à un ES, notamment de type CH (n=413), soit 23 % des EHPAD rattachés à une structure sanitaire au niveau national selon le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS).

La participation 2025 est en hausse par rapport à l'année 2024 (470 structures EHPAD).

[1] European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority Panel on Biological Hazards and EMA Committee for Medicinal Products for Veterinary Use. Joint Scientific Opinion on a list of outcome indicators as regards surveillance of antimicrobial resistance and antimicrobial consumption in humans and food-producing animals, 2017. EFSA Journal 2017;15(10):5017, 70 pp. https://doi.org/10.2903/j.efsa.2017.5017

Consommation par famille d'antibiotiques

La consommation d'antibiotiques en 2025 était de 38,9 DDJ/1 000 JHeb, valeur légèrement inférieure à celle de 2024 (39,5 DDJ/1000JH). Les trois antibiotiques les plus consommés étaient l'association amoxicilline – acide clavulanique (13,7 DDJ/1 000 JHeb) suivie par l'amoxicilline (10,1 DDJ/1 000 JHeb) et la ceftriaxone (2,3 DDJ/1 000 JHeb) (tableau 5).

Tableau 5. Consommation d'antibiotiques, exprimée en nombre de DDJ/1 000 JHeb, par molécule et famille d'antibiotiques principalement consommées (n=520)

Antibiotiques / familles d'antibiotiques	N	Nb de DDJ/ 1 000 JHeb	% au sein de la consommation
Amoxicilline	513	10,1	25,9%
Amoxicilline – acide clavulanique	519	13,7	35,2%
Pénicillines M	122	0,1	0,3%
Céfazoline	34	0,0	<0,1%
C3G	512	3,2	8,1%
dont C3G orales (cefixime >95%)	*391*	*0,8*	*2,0%*
dont ceftriaxone	*509*	*2,3*	*5,9%*
Fluoroquinolones	508	2,2	5,6%
dont ciprofloxacine	*437*	*0,8*	*2,1%*
dont ofloxacine	*342*	*0,4*	*1,1%*
dont lévofloxacine	*420*	*0,9*	*2,4%*
Fosfomycine	469	0,9	2,3%
Nitrofurantoïne	384	0,6	1,6%
Anti Cocci Gram+ résistants*	233	0,1	0,4%
MLS	504	3,0	7,8%
dont macrolides	*462*	*1,4*	*3,5%*
dont azithromycine	*338*	*0,7*	*1,9%*
Lincosamides	300	0,4	1,0%
Streptogramines (pristinamycine)	468	1,3	3,3%
Imidazolés (métronidazole)	400	0,4	0,9%
Sulfamides et triméthoprime (cotrimoxazole)	472	1,5	3,9%
Cyclines (doxycycline)	230	1,7	4,5%
Rifampicine	66	0,1	0,3%
Tous les antibiotiques	**520**	**38,9**	**100,0%**

C3G : céphalosporines de troisième génération. MSL : macrolides, lincosamides,streptogramines. N= nombre de structures consommant l'antibiotique

** Anti-Cocci Gram+ résistants : essentiellement glycopeptides, linézolide et daptomycine*

Consommation d'antifongiques

Établissements de santé : participation et consommation d'antifongiques

En 2025, 908 établissements de santé ont participé à la surveillance SPARES de la consommation des antifongiques, représentant 194 991 lits et 57 536 621 journées d'hospitalisation (JH) complète, soit 54 % des lits et 54 % des JH au niveau national selon la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2025. Ils avaient consommé globalement 16,0 DDJ/1 000 JH d'antifongiques à visée systémique (classe ATC J02 de l'OMS).

Les triazolés (12,6 DDJ/1 000JH) constituaient la classe d'antifongiques la plus consommée pour l'ensemble des ES, devant les échinochandines (2,8 DDJ/1 000 JH) et l'amphotéricine B (0,5 DDJ/1 000 JH) (tableau 6). A lui seul, le fluconazole représentait la moitié de la consommation globale (8,0 DDJ/1 000 JH).

Le profil d'utilisation variait selon les secteurs d'activité clinique (tableau 6). Les secteurs d'activité ayant une consommation d'antifongiques plus importante étaient l'hématologie (335,1 DDJ/1 000 JH) et la réanimation (128,7 DDJ/1 000 JH). A contrario, les secteurs les moins consommateurs étaient ceux de psychiatrie (0,6 DDJ/1 000 JH) et de gynéco-obstétrique (0,7 DDJ/1 000 JH).

Tableau 6. Consommation d'antifongiques et familles d'antifongiques en nombre de DDJ/1 000 JH par secteur d'activité clinique

Antifongiques	MED N=537	HEM N=53	CHIR N=384	REA N=191	GYN-OBS N=241	PED N=190	SMR N=620	SLD N=250	PSY N=168	Ensemble N=908 ES
Amphotéricine B	**0,9**	**16,3**	**0,4**	**6,3**	**0,0**	**1,1**	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**0,5**
Amphotéricine B non lipidique	0,1	0,3	0,1	1,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Amphotéricine B liposomale	0,8	16,0	0,2	5,1	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Triazolés	**21,2**	**289,8**	**15,3**	**79,4**	**0,6**	**10,6**	**5,4**	**1,3**	**0,6**	**12,6**
Fluconazole	11,8	84,1	13,3	50,6	0,5	4,8	3,9	1,3	0,5	8,0
Isavuconazole	1,7	26,4	0,5	7,4	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,9
Itraconazole	0,4	0,1	0,2	1,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2
Voriconazole	1,9	37,0	0,9	12,2	0,0	1,5	0,5	0,0	0,0	1,2
Posaconazole	5,4	142,1	0,4	8,1	0,0	3,7	0,5	0,0	0,0	2,3
Flucytosine	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,2**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Echinocandines	**3,4**	**29,0**	**4,3**	**42,9**	**0,1**	**2,6**	**0,3**	**0,1**	**0,0**	**2,8**
Caspofungine	3,2	26,5	4,1	38,9	0,1	2,2	0,3	0,1	0,0	2,6
Micafungine	0,3	2,4	0,1	3,8	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2
Anidulafungine	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rezafungine	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	**25,6**	**335,1**	**20,0**	**128,7**	**0,7**	**14,4**	**5,7**	**1,4**	**0,6**	**16,0**

MED : médecine ; HEM : hématologie ; CHIR : chirurgie ; REA : réanimation ; GYN-OBS : gynécologie-obstétrique ; PED : pédiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; PSY : psychiatrie

Structures EHPAD : participation et consommation d'antifongiques

En 2025, 263 structures EHPAD approvisionnées en médicaments par une PUI ont également renseigné leur consommation d'antifongiques à visée systémique. La consommation globale d'antifongiques était de 0,8 DDJ/1 000 JHeb. Le fluconazole était le principal antifongique, utilisé par la quasi-totalité des participants, et représentait près de 95 % des consommations.

Résistances bactériennes

Établissements de santé participants

En 2025, 1 300 établissements de santé (ES) ont participé à la surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques, représentant 257 319 lits et 75 330 682 journées d'hospitalisation complètes (tableau 7) soit 71 % des lits d'hospitalisation et 71 % des journées d'hospitalisation au niveau national selon la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2025. La répartition des JH par type d'ES des ES participants est comparable à la répartition nationale.

Tableau 7. Description des établissements participant à la surveillance des résistances bactériennes SPARES en 2025 (N = 1 300)

Type d'ES	Nb ES	Nb lits	Nb JH	Distribution JH	Distribution JH SAE
CHU	42	51 170	14 944 748	20 %	19 %
CH	435	105 478	31 648 017	42 %	37 %
MCO	350	44 859	11 364 222	15 %	14 %
CLCC	17	1 821	567 337	1 %	1 %
HIA	5	867	249 647	< 1 %	< 1 %
ESMR	317	31 391	9 873 162	13 %	15 %
ESLD	18	1 189	382 941	1 %	2 %
PSY	116	20544	6 300 608	8 %	11 %
Total	**1 300**	**257 319**	**75 330 682**	**100 %**	**100 %**

CHU : Centre hospitalier universitaire ; CH : Centre hospitalier ; MCO : Établissement privé à but lucratif ou non, ayant une activité prédominante de médecine, chirurgie ou obstétrique ; CLCC : Centre de lutte contre le cancer ; HIA : Hôpital d'instruction des armées ; ; ; ESMR : Établissement privé à but lucratif ou non, de soins médicaux et de réadaptation ; ESLD : Établissement de soins de longue durée ; PSY : Établissement spécialisé en psychiatrie

Répartition des espèces bactériennes recueillies

Au total, 741 403 souches ont été analysées. Parmi elles, plus des deux tiers étaient des souches d'Enterobacterales et 12,0 % des souches de Staphylococcus aureus (tableau 8).

Tableau 8. Répartition des espèces bactériennes (n=741 403)

Espèce bactérienne	Nb souches	Répartition (%)
Total Enterobacterales	512 222	69,1 %
Escherichia coli	280 623	37,9 %
Klebsiella pneumoniae	67 086	9,0 %
Enterobacter *cloacae complex*	34 332	4,6 %
Autres Enterobacterales	130 181	17,6 %
Pseudomonas aeruginosa	53 558	7,2 %
Acinetobacter baumannii	2 388	0,3 %
Staphylococcus aureus	88 985	12,0 %
Enterococcus faecalis	62 803	8,5 %
Enterococcus faecium	21 447	2,9 %
Total	**741 403**	**100,0 %**

Enterobacterales productrices de ß-lactamase à spectre étendu

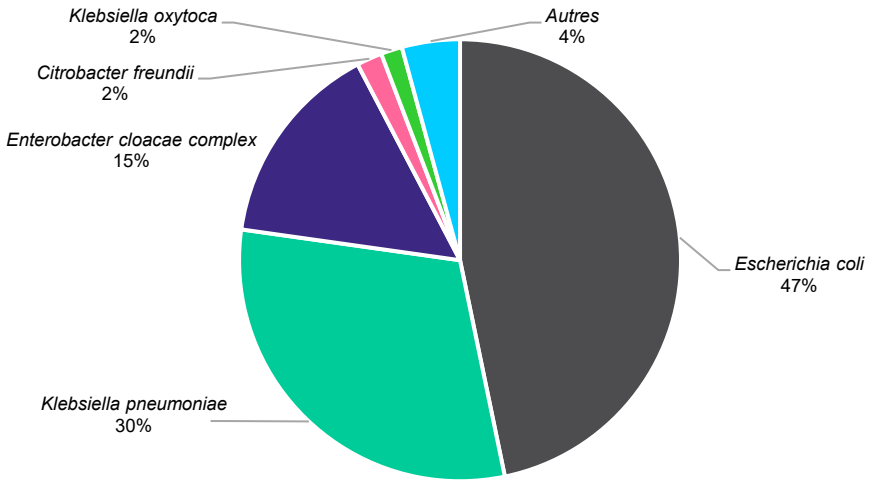
Globalement, 8,5 % des Enterobacterales produisaient une BLSE, avec une fréquence plus élevée chez les patients hospitalisés en soins de longue durée, soins médicaux et de réadaptation et en réanimation (tableau 9). L'incidence des EBLSE était de 0,58 souche pour 1 000 JH en 2025 (valeur 4,5 fois plus élevée en réanimation) contre 0,53 en 2019 : l'objectif fixé par la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance de réduction de 10 % par rapport à la valeur 2019 n'est pas encore atteint.

Tableau 9. Enterobacterales productrices de BLSE : pourcentage et incidence par secteur d'activité (N=41 833)

Secteur d'activité	Enterobacterales productrices de BLSE	
	Production BLSE (%)	Incidence EBLSE pour 1 000 JH
Court séjour	8,0 %	0,85
Médecine	8,6 %	0,80
Chirurgie	7,2 %	0,80
Réanimation	10,2 %	2,64
Gynécologie-Obstétrique	5,6 %	0,43
Pédiatrie	7,5 %	0,50
Psychiatrie	4,9 %	0,03
SMR	11,3 %	0,40
SLD	14,6 %	0,20
Total	**8,5 %**	**0,58**

Escherichia coli, *Klebsiella pneumoniae* et *Enterobacter cloacae* complex représentaient plus de 90 % des EBLSE, tous prélèvements confondus (figure 2).

Figure 2. Enterobacterales productrices de BLSE : répartition des espèces (n=41 833)



Près de deux tiers des souches d'EBLSE étaient isolées de prélèvements urinaires (tableau 10).

Tableau 10. Enterobacterales productrices de BLSE : pourcentage et répartition des souches par type de prélèvement

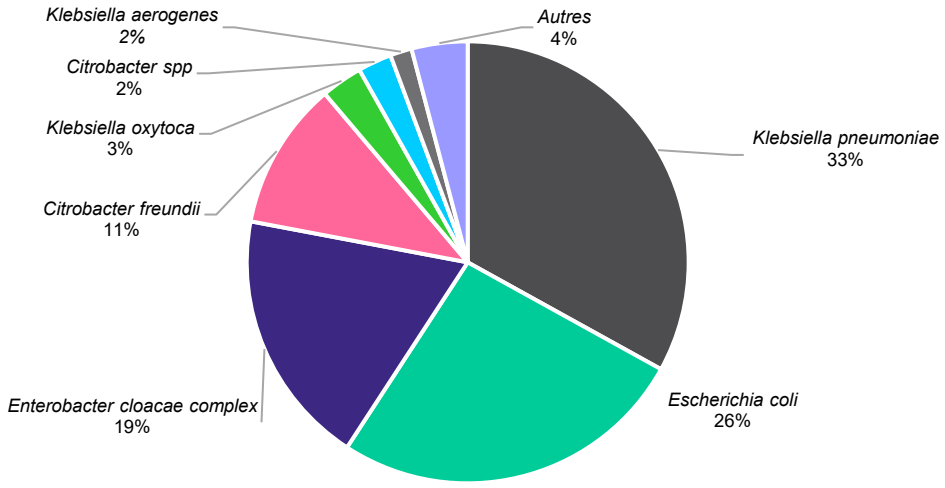
Type de prélèvement	*E. coli* BLSE		*K. pneumoniae* BLSE		*E. cloacae complex* BLSE	
	Répartition (%)	Production BLSE (%)	Répartition (%)	Production BLSE (%)	Répartition (%)	Production BLSE (%)
Hémoculture	12,7 %	9,8 %	13,1 %	21,5 %	13,5 %	18,4 %
Dispositif intravasculaire	0,3 %	12,0 %	1,7 %	27,4 %	2,7 %	22,4 %
Urine	66,2 %	6,8 %	64,8 %	20,2 %	55,2 %	26,4 %
Prélèv. respi. non protégé	2,3 %	9,0 %	5,0 %	17,1 %	6,1 %	12,1 %
Prélèv. respi. protégé ou distal	1,0 %	8,8 %	2,2 %	18,2 %	2,3 %	12,1 %
Pus profond et séreuses	8,2 %	6,7 %	6,1 %	16,0 %	11,6 %	11,8 %
Autre	9,3 %	9,6 %	7,1 %	21,9 %	8,6 %	15,8 %
Tous prélèvements confondus	**100,0 %**	**7,2 %**	**100,0 %**	**19,8 %**	**100,0 %**	**19,3 %**

Enterobacterales productrices de carbapénémases (EPC)

Au cours de la surveillance 2025, 2 833 souches d'Enterobacterales productrices de carbapénémase (EPC) ont été identifiées, soit 0,58 % des Enterobacterales.

Tous prélèvements confondus, les espèces productrices de carbapénémase les plus fréquemment identifiées étaient Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Enterobacter cloacae complex et Citrobacter freundii représentant près de 9 souches d'EPC sur 10 (figure 3).

Figure 3. Enterobacterales productrices de carbapénémase : répartition des espèces (n=2 833)



Parmi les 2 833 souches d'EPC identifiées en 2025, le type de carbapénémase était précisé dans 68 % des cas (n=1 924) : 58% d'OXA-48/48-like, 29 % de NDM, 7 % de VIM, 3 % de KPC, moins de 1 % d'IMP.

La majorité des EPC était identifiée dans des prélèvements urinaires (48,1 %). Les hémocultures représentaient 11,8 % des EPC isolées.

La densité d'incidence était de 0,041 EPC pour 1 000 JH tous prélèvements confondus. L'objectif fixé par la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance d'un maintien de la valeur 2019 (0,010) n'est pas atteint.

La densité d'incidence variait en fonction du secteur d'activité : plus de 5 fois supérieure en réanimation (0,312) qu'en secteur de médecine (0,056) et très faible en secteur de soins de longue durée (tableau 11).

Tableau 11. Enterobacterales productrices de carbapénémase : densité d'incidence par secteur d'activité (N=2 833)

Secteur d'activité	Incidence pour 1 000 JH
Court séjour	0,061
Médecine	0,056
Chirurgie	0,055
Réanimation	0,312
Gynécologie-Obstétrique	0,010
Pédiatrie	0,028
SMR	0,028
SLD	0,004
Psychiatrie	0,001
Total	**0,041**

Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM)

Au total, 9 952 souches de S. aureus étaient résistantes à la méticilline (SARM), soit un pourcentage de 11,5 % tous prélèvements confondus, avec des variations selon le secteur d'activité clinique. La fréquence de SARM était bien plus élevée chez les patients hospitalisés en soins de longue durée et soins médicaux et de réadaptation.

L'incidence globale des SARM était de 0,13 souche pour 1 000 JH, avec une valeur plus de 4 fois plus élevée en réanimation (tableau 12).

L'objectif fixé par la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance de réduction de l'incidence des SARM de 10 % par rapport à la valeur 2019 (0,17 souche pour 1 000 JH) est donc atteint.

Tableau 12. SARM : pourcentage et incidence par secteur d'activité (N=9 952)

Secteur d'activité	*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline	
	Résistance à la méticilline (%)	Incidence pour 1 000 JH
Court séjour	10,4 %	0,21
Médecine	12,7 %	0,16
Chirurgie	9,1 %	0,34
Réanimation	8,0 %	0,53
Gynécologie-Obstétrique	8,6 %	0,08
Pédiatrie	10,6 %	0,20
SMR	24,2 %	0,06
SLD	49,1 %	0,06
Psychiatrie	10,4 %	<0,01
Total	**11,5%**	**0,13**

Les prélèvements de pus et les prélèvements urinaires étaient prépondérants parmi les prélèvements positifs à SARM. Dans les prélèvements urinaires, près d'un quart des S. aureus isolés étaient des SARM.

Évolution de la résistance bactérienne (SARM, EBLSE et EPC)

L'incidence des EBLSE observée en 2025 était plus élevée qu'en 2019 mais, comparable à celle observée l'année dernière ainsi qu'en 2020, année marquée par la crise sanitaire. L'incidence des SARM est en diminution. L'incidence des EPC est plus élevée chaque année (figure 4).

Figure 4A Évolution de l'incidence (nombre de souches pour 1 000 JH) des S. aureus résistants à la méticilline (SARM) et des Enterobacterales productrices de ß-lactamase à spectre étendu (EBLSE) entre 2002 et 2025

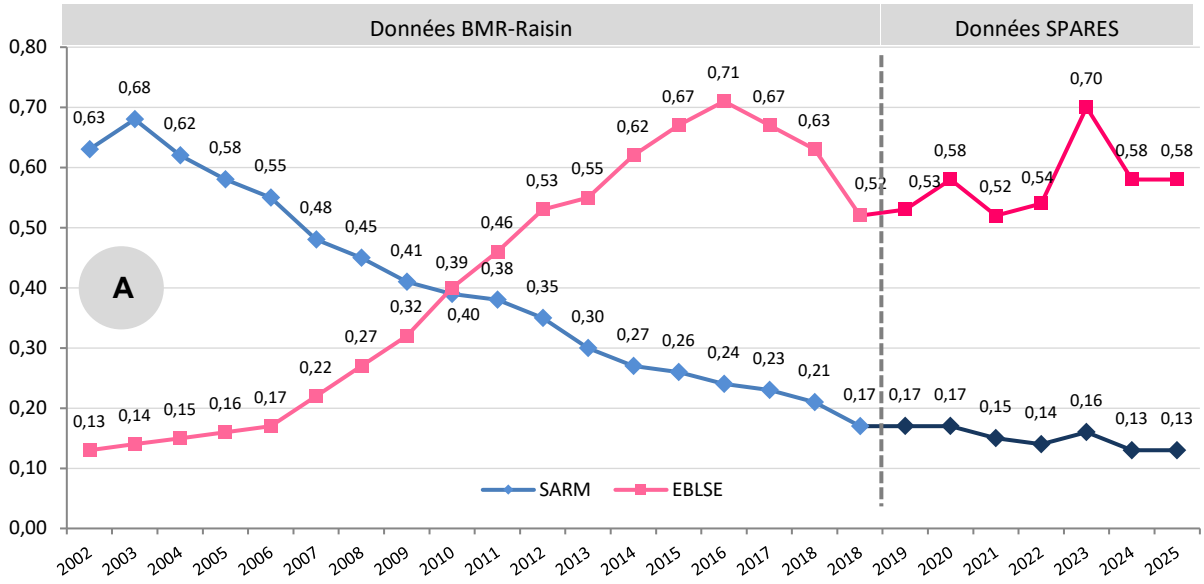
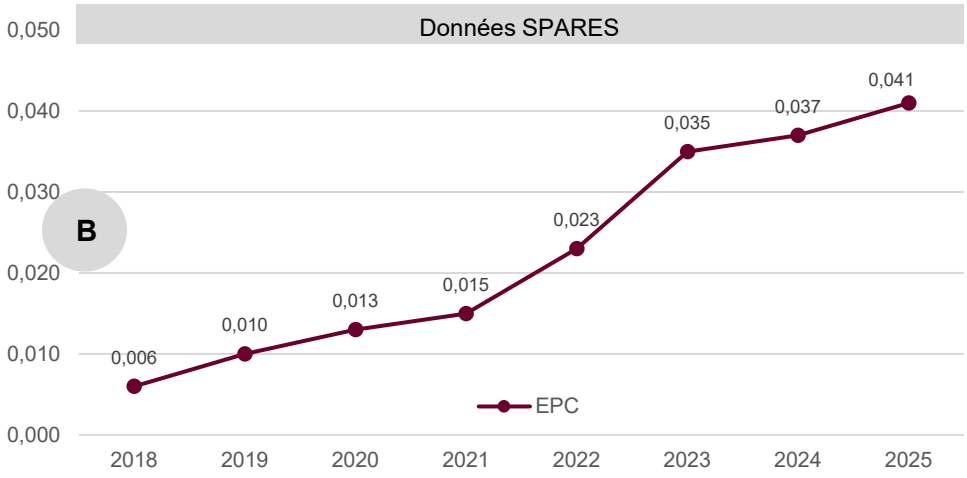


Figure 4B Évolution de l'incidence des Enterobacterales productrices de carbapénémase entre 2018 et 2025



Nombre d'établissements participants variable chaque année, changement de méthode de surveillance en 2018 Attention ! Recueil agrégé en 2023 : pas de comparaison directe possible avec les autres années de surveillance

Conclusion

Les données 2025 montrent :

- une consommation globale d'antibiotiques en établissement de santé inférieure à l'année précédente mais plus élevée qu'en 2019, qui concerne notamment les fluoroquinolones, les macrolides, le céfotaxime et l'association l'amoxicilline-acide clavulanique ;
- une consommation globale d'antibiotiques en EHPAD légèrement inférieure à l'année précédente, avec une consommation en amoxicilline-acide clavulanique supérieure à l'amoxicilline seule ;
- parmi les antifongiques, le fluconazole représente la moitié de la consommation globale d'antifongiques en ES et près de 95 % en EHPAD avec PUI ;
- une densité d'incidence des SARM et des EBLSE équivalente à 2024 et une progression marquée des EPC.

Ces données, recueillies auprès d'un échantillon important d'ES montrent que les objectifs fixés par la stratégie nationale sont loin d'être atteints pour certains indicateurs de consommation d'antibiotiques et d'antibiorésistance. L'augmentation des EPC constitue une préoccupation majeure de santé publique. Leur progression, particulièrement préoccupante, expose au risque d'impasse thérapeutique.

La mobilisation de tous pour renforcer les mesures de prévention des infections et de transmission croisée ainsi que pour mieux utiliser les antibiotiques reste indispensable.

Au niveau local, l'outil de surveillance ConsoRes de la mission SPARES facilite les analyses locales et les comparaisons pour une meilleure identification des pistes à explorer. Des outils d'évaluation des pratiques sont également proposés par la Mission SPARES pour accompagner les professionnels de santé des ES dans la définition et la hiérarchisation des actions d'amélioration de la prévention de la transmission et du bon usage des antibiotiques.

Méthodologie de surveillance

https://cpias-grand-est.fr/spares/

Recueil et analyse des données : mission SPARES

CPias Grand Est : Olivia Ali-Brandmeyer, Lory Dugravot, Amélie Jouzeau et Loïc Simon

CPias Nouvelle-Aquitaine : site de Bordeaux : Ségolène Bougès, Catherine Dumartin, Emmanuelle Reyreaud et site de Limoges : Aurélie Chabaud, Alice Patry, Nathalie D'Hollander-Pestourie et Marie-Cécile Ploy

Pour en savoir plus

Rapports complets et liste des participants sur le site du CPias Grand-Est, pages de la mission SPARES, rubrique surveillances : https://cpias-grand-est.fr/spares/ (à venir)

Données régionales sur ODISSE :
https://odisse.santepubliquefrance.fr/pages/accueil/?flg=fr-fr (à venir)

Remerciements

À tous les professionnels des établissements ayant participé à la surveillance

MOTS CLÉS : ANTIBIORÉSISTANCE, CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES, CONSOMMATION D'ANTIFONGIQUES, RÉSISTANCES BACTÉRIENNES, ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, EHPAD, SURVEILLANCE, ÉPIDÉMIOLOGIE

Citation suggérée : Surveillance de la consommation des antibiotiques, des antifongiques en établissement de santé et en EHPAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur et des résistances bactériennes en établissement de santé. Principaux résultats 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, novembre 2026. 17 p. www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2534-6539 / ISBN-NET : 978-2-37986-107-9 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : NOVEMBRE 2026