



**HAL**  
open science

# Analyse de 103 prescriptions de ville à l'entrée des urgences du Centre Hospitalo-Universitaire Grenoble-Alpes : une photographie de la qualité des prescriptions antibiotiques communautaires

Antonin Rouge

## ► To cite this version:

Antonin Rouge. Analyse de 103 prescriptions de ville à l'entrée des urgences du Centre Hospitalo-Universitaire Grenoble-Alpes : une photographie de la qualité des prescriptions antibiotiques communautaires. Sciences pharmaceutiques. 2016. dumas-01331056

**HAL Id: dumas-01331056**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01331056>**

Submitted on 13 Jun 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2016

N°

**ANALYSE DE 103 PRESCRIPTIONS DE VILLE À L'ENTRÉE DES URGENCES  
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES :  
UNE PHOTOGRAPHIE DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS ANTIBIOTIQUES  
COMMUNAUTAIRES**

THÈSE

PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
DIPLOME D'ÉTAT

Antonin ROUGE

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le : 03/06/2016

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le docteur en pharmacie Pierrick BEDOUCH

Membres :

Monsieur le docteur en pharmacie Sébastien CHANOINE (directeur de thèse)

Monsieur le docteur en médecine Stéphane GENNAI

Madame le docteur en pharmacie Marielle MONATON

Madame le docteur en médecine Patricia PAVESE (co-directeur de thèse)

*La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen : SEVE Michel  
Vice-doyenne : DEMEILLIERS Christine

Année 2015-2016

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I) -
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
MARTIN	Donald	Laboratoire TIMC-IMAG (UMR 5525 UJF-CNRS)
MOINARD	Christophe	LABFA (U Inserm 1055)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEWE	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

ALLENET	Benoit	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH-THEREX-TIMC)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)

**PROFESSEURS EMERITES**

CALOP	Jean
GRILLOT	Renée
ROUSSEL	Anne-Marie

Dernière mise à jour : NM 16/02/2016

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 76 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BELAIDI-CORSAT	Elise	Pharmacologie Physiologie –(HP2)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128)
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
OUKACINE	Farid	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie (D.P.M)

**MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>BEDOUC</b>	Pierrick	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
<b>BUSSER</b>	Benoit	Pharmacie (IAB-INSERM)
<b>GERMI</b>	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I)

**PROFESSEURS CERTIFIES**

<b>FITE</b>	Andrée
<b>GOUBIER</b>	Laurence

**PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES (PAST/MAST)**

<b>BELLET</b>	Béatrice	Pharmacie Clinique
<b>RIEU</b>	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
<b>TROILLER</b>	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)

**PROFESSEURS AGREGES (PRAG)**

<b>GAUCHARD</b>	Pierre-Alexis	(D.P.M)
-----------------	---------------	---------

---

CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CIB : Centre d'Innovation en Biologie  
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire  
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire  
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »  
IBS : Institut de Biologie Structurale  
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes  
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée  
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux  
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie  
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine  
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques  
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition  
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Dernière mise à jour : NM 16/02/2016

---

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 76 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

## Remerciements

**A l'ensemble des membres du jury et à toutes les personnes assistants à ma soutenance**, pour me faire le plaisir de partager ce moment hautement symbolique, marquant un tournant important dans ma vie : la fin de ma scolarité et le début de ma vie active.

### **A Monsieur le Docteur en pharmacie Pierrick BEDOUCH,**

Souvenez-vous, vous étiez le premier à soumettre une ébauche de mon sujet de thèse à Madame le Dr Patricia PAVESE. Cela m'a permis de travailler sur un sujet que je trouve passionnant et par conséquent, de me sentir motivé et impliqué. Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

### **A Monsieur le Docteur en pharmacie Sébastien CHANOINE,**

Petit externe fraîchement débarqué en maladies infectieuses, je savais d'ores et déjà que le stage allait me plaire. Effectivement, je me suis même pris de passion pour les antibiotiques ! Merci d'avoir été le premier à m'aiguiller dans ce travail de thèse. Merci aussi pour ces longs moments - que je sais trop courts - à avoir rempli plus d'une centaine de fiches. Merci pour ton accompagnement pendant la réalisation de l'analyse statistique et, plus généralement, tout au long de ce travail.

### **A Monsieur le Docteur en médecine Stéphane GENNAI,**

Tu n'avais pourtant jamais entendu parler de moi, on ne s'était même jamais croisé, mais pour autant, tu as gentiment accepté de me rencontrer en fin de journée après une longue journée aux urgences. Première séance rude : tu m'as conseillé de modifier toute ma fiche de recueil de données. Finalement, heureusement, cela a simplifié le travail de recueil de données au SAU et l'analyse statistique qui a suivi : merci ! Tu as toujours répondu présent pour assister activement à chaque réunion, pour donner ton avis sur le déroulement de l'étude, pour apporter des corrections à la rédaction...

### **A Madame le Docteur en pharmacie Marielle MONATON,**

Cette thèse marque aussi la fin de mes six mois de stage. Merci beaucoup d'avoir accepté de faire partie du jury, merci pour tous les conseils que tu m'as donnés quant au métier

d'officiel, merci d'avoir été toujours arrangeante dans les planning de la pharmacie que ce soit pour la thèse ou non...

**A Madame le Docteur en médecine Patricia PAVESE,**

Dans le service de maladies infectieuses et tropicales, je vous ai bien écoutée et vous m'avez fait apprécier le monde des « microbes ». Voilà que quelques mois après vous étiez contactée pour diriger ma thèse, quel honneur : dans certains services, pour l'anecdote, on vous appelle « la papesse de l'infectieux ». Grand merci pour avoir passé de longues heures à juger tous les cas ! Merci pour ce que vous avez fait d'une manière générale tout au long de ce travail de thèse.

**A Marion D.,**

Merci pour le soutien, merci pour les voyages, merci pour la fête...

Et si je parlais l'anglais comme je parle le chinois, qu'est-ce qui ce serait passé ?

A très bientôt sur Paris... « Bisous "" "" »

**A mes parents, Jean-No et Isa,**

Merci de m'avoir fait confiance tout au long de ces six ans d'étude : sans votre aide, la vie étudiante n'aurait pas eu la même saveur !

**A mes proches, présents aujourd'hui ou non,**

Merci pour les bons moments passés ensemble et merci d'envisager de continuer cela pour encore un bon bout de temps !

**A mes amis, ceux de Taninges comme ceux de Grenoble,**

Qu'est-ce qu'on s'est bidonné alors ! Merci tout simplement pour toutes les mémorables choses faites ensemble. La vie est tellement plus cool avec vous ! Merci d'être là pour certains d'entre vous depuis une petite vingtaine d'années ; que cela perdure !

**A toute l'équipe de la pharmacie de la fauconnière,**

Merci pour la bonne ambiance, merci pour les bons conseils, merci pour la formation... Ces six mois de stage sont passés tellement vite, j'ai l'impression de pouvoir encore apprendre beaucoup à vos côtés !



*Pensées particulières pour mes grands-parents de Carry...*

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>5</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>8</b>
<b>LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES</b>	<b>10</b>
TABLEAUX	10
FIGURES	10
<b>TABLE DES ABREVIATIONS</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE</b>	<b>12</b>
<b>RESUME</b>	<b>14</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>15</b>
<b>PATIENTS &amp; METHODES</b>	<b>18</b>
PRESENTATION DE L'ETUDE	18
DONNEES RECUEILLIES	18
EVALUATION DES PRESCRIPTIONS	19
ANALYSE DES DONNEES	20
<b>RESULTATS</b>	<b>21</b>
POPULATION D'ETUDE	21
ANALYSE DES ANTIBIOTHERAPIES PRESCRITES EN VILLE	22
ANALYSE DU DEGRE DE CONCORDANCE ENTRE LES REFERENTIELS ET L'AVIS DU COMITE D'EXPERTS	25
ANALYSE DES ANTIBIOTHERAPIES AU CHUGA	25
DANS LE SECTEUR DES URGENCES	25
DANS LES AUTRES UNITES DE SOINS	28

A LA SORTIE	30
<b><u>DISCUSSION</u></b>	<b><u>31</u></b>
<b><u>DISCUSSION GENERALE</u></b>	<b><u>35</u></b>
MULTIPLICITE DES CAUSES D'ANTIBIORESISTANCE	35
MOYENS AVANCES POUR FAVORISER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES	36
<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b><u>38</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>	<b><u>40</u></b>
<b><u>ANNEXES</u></b>	<b><u>42</u></b>

## Listes des tableaux et figures

### Tableaux

Tableau 1 : description des patients et des stratégies antibiotiques ambulatoires selon leur qualité à l'admission au SAU

Tableau 2 : évaluation de la qualité des antibiothérapies communautaires prescrites aux patients inclus selon les référentiels et selon le comité d'experts

### Figures

Figure 1 : évolution de la consommation d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013

Figure 2 : devenir des patients intégrés au cours de l'étude

Figure 3 : qualité des antibiothérapies administrées aux patients inclus et prescrites par les praticiens de ville encore en cours à l'admission au SAU

Figure 4 : qualité des antibiothérapies prescrites aux patients inclus lors de leur passage dans le secteur des urgences

Figure 5 : qualité des antibiothérapies prescrites aux patients inclus après transfert dans un service autres que le secteur des urgences

Figure 6 : qualité des antibiothérapies prescrites aux patients inclus lors de leur sortie définitive du CHUGA

## Table des abréviations

CHUGA	Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes
CRCA	Centre Régional de Conseils en Antibiothérapie
CRP	Protéine C Réactive
DCI	Dénomination Commune Internationale
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire
IMC	Indice de Masse Corporelle
MMAS	Echelle d'observance de Morisky (Morisky Medication Adherence Scale)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAD	Pression Artérielle Diastolique
PAS	Pression Artérielle Systolique
SAU	Service d'Accueil des Urgences
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

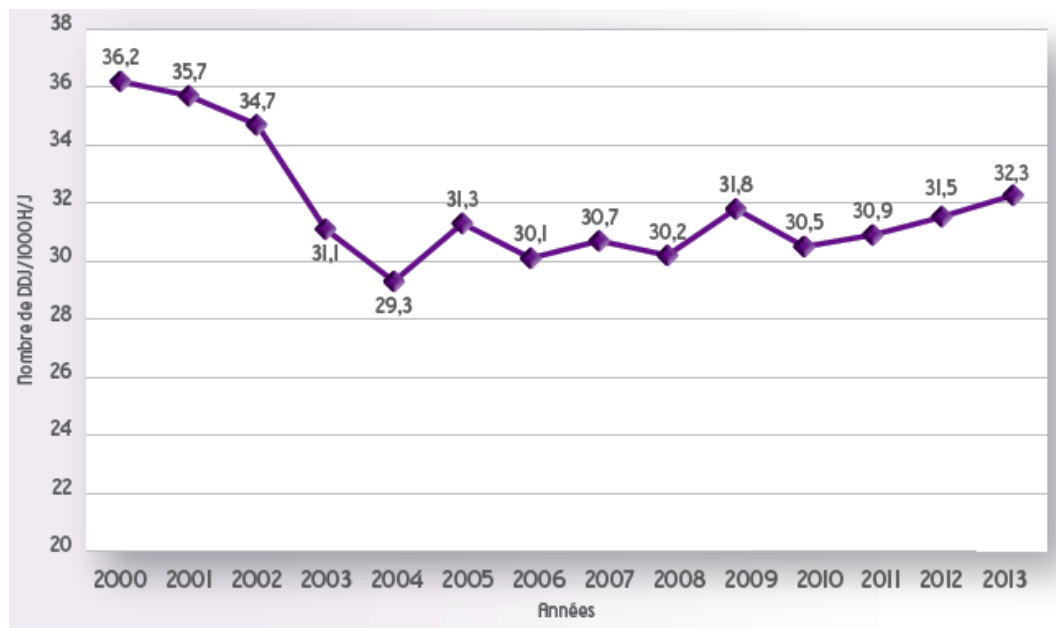
## Introduction générale

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, le médecin allemand Koch proposa des critères pour déterminer la relation entre micro-organisme et pathologie. Les postulats de Koch demeurent la base de l'infectiologie, dans une version modifiée à la fois par l'auteur et divers scientifiques. Une trentaine d'années plus tard, le britannique Sir Alexander Flemming découvre le premier agent antibactérien isolé à partir d'une souche de *Penicillium*. Il évoquait déjà la notion de résistance bactérienne lorsque la dose d'antibiotiques n'était pas suffisante pour induire un effet sur la croissance bactérienne.

L'avènement des antibiotiques s'est accompagné d'un important mésusage, souligné par la Haute Autorité de Santé. Ce mésusage se traduit entre autre par une surconsommation et une utilisation inappropriée en médecine humaine et animale (1). Ce phénomène conduit notamment à l'apparition de résistances bactériennes compromettant l'efficacité des antibiotiques (1). En conséquence, le ministère français de la Santé a fixé pour objectif de diminuer de 25% la consommation antibiotique en France entre 2011 et 2016 (2) (3).

Le mésusage des antibiotiques s'accompagne également d'un surcoût pour le système de sécurité sociale français. Entre 2001 et 2009, une vaste campagne organisée par l'Assurance Maladie (« Les antibiotiques, c'est pas automatique ») ayant pour objectif de sensibiliser médecins et patients à la résistance bactérienne aux antibiotiques a permis de réduire la consommation antibiotique en France avant qu'elle n'augmente les années suivantes (Figure 1) (4) (5).

*Figure 1 : évolution de la consommation d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013*



En 2015, le problème n'est toujours pas résolu et de nouvelles résistances apparaissent pour des antibiotiques qui n'étaient jusqu'alors que peu concernés. Plus de 90% de la consommation antibiotique concernent le secteur communautaire (5).

Dans ce contexte, nous avons souhaité évaluer la qualité des prescriptions antibiotiques effectuées en ville pour les patients admis aux urgences.

# ANALYSE DE 103 PRESCRIPTIONS DE VILLE À L'ENTRÉE DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES : UNE PHOTOGRAPHIE DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS ANTIBIOTIQUES COMMUNAUTAIRES

## Résumé

**Objectif:** Analyser la qualité des prescriptions antibiotiques dans le secteur communautaire et hospitalier, et étudier les facteurs associés au bon usage des antibactériens en ville.

**Méthodes:** Cette étude prospective monocentrique concernait tous les patients majeurs admis au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre hospitalo-universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), de juin à août 2015, avec une antibiothérapie en cours prescrite par un praticien de ville. Les prescriptions d'antibiotiques ambulatoires et hospitalières successives étaient évaluées jusqu'à la sortie des patients selon les recommandations nationales et par un comité d'experts médico-pharmaceutique.

**Résultats:** 26,2% des 103 patients admis au SAU avaient une prescription antibiotique communautaire jugée optimale selon les référentiels. L'analyse par un comité d'experts présentait des résultats similaires ( $\kappa = 0,59$ ). Deux facteurs étaient statistiquement associés à la qualité des antibiothérapies prescrites en ville : une clairance rénale supérieure à 60 mL/min et la réalisation d'un test diagnostique. Après admission au CHUGA, 62,5% et 75% des antibiothérapies réévaluées étaient respectivement jugées optimales dans le secteur des urgences et les autres services hospitaliers.

**Conclusion:** Une amélioration des pratiques quant à l'utilisation des antibiotiques est nécessaire surtout dans le secteur communautaire.



## Introduction

Les antibiotiques sont une classe de médicaments très vaste, dont la principale famille en matière de prescription en France est représentée par les bêta-lactamines, regroupant quatre sous-classes : les pénicillines, les céphalosporines, les carbapénèmes et les monobactames (6). Au fil des années, la découverte de nouvelles molécules antibiotiques est devenue rare (7). Les fluoroquinolones, appelées aussi quinolones de seconde génération, représentent une des dernières grandes classes d'antibiotiques découvertes. Parallèlement à leur forte consommation depuis les années 1980, de nombreuses résistances à cette famille sont apparues : cela concernerait plus de 20% des souches d'*Escherichia coli* (8).

L'utilisation des antibiotiques est guidée par des recommandations nationales et internationales, décrivant leur bon usage en fonction des contextes cliniques, dans le but de standardiser leurs prescriptions. En France, ces recommandations sont notamment regroupées dans l'E.PILLY du Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT) aux éditions Alinéa Plus.

Le mésusage des antibiotiques représente un problème de santé publique majeur, particulièrement en France qui reste un des premiers pays européen consommateur d'antibiotiques (5). Ce mésusage conduit à l'avènement de résistances bactériennes, avec les conséquences que l'on connaît (1) (9) (10). D'un point de vue médical, ces multiples résistances bactériennes ont entraîné de plus ou moins grands changements dans les stratégies de prescription antibactérienne (3). La tuberculose est certainement la pathologie qui met le mieux en exergue les conséquences de l'apparition des résistances

aux antibiotiques : l'utilisation inappropriée ou incorrecte des antituberculeux a entraîné l'émergence d'une forme multirésistante de tuberculose. Plus récemment, des souches ultrarésistantes, ne répondant qu'à un nombre très restreint d'antibiotiques, y compris les substances actives de seconde intention les plus efficaces, ont été identifiées (11). En France, en 2012, on estimait l'incidence des infections à bactéries multirésistantes à près de 160 000 (3). Sur le plan économique, il est nécessaire de prendre en compte les coûts directs inhérents à l'infection. L'addition des coûts des antibiotiques associés, la prolongation des durées de prise en charge et l'allongement des durées d'hospitalisation en sont les principales raisons. (12). Cette surconsommation entraîne en France une dépense annuelle injustifiée de 71 millions d'euros de plus que la moyenne européenne et de 440 millions de plus que les pays européens les plus vertueux en la matière (3) (13). Il est tout aussi important de considérer l'impact des coûts dits « indirects » sur l'économie : une augmentation du nombre d'arrêts de travail ainsi que l'allongement de leur durée, une perte de productivité pour la société, une baisse de la consommation liée par exemple à l'alitement, une augmentation de la mortalité précoce... (12) Autre notion plus difficilement mesurable mais non négligeable pour autant : les coûts intangibles. Ils augmentent de pair avec les résistances bactériennes aux antibiotiques du fait d'une baisse de la qualité de vie et du bien-être des malades (14).

A notre connaissance, il existe peu d'étude sur la qualité des prescriptions antibiotiques dans le milieu communautaire mise à part les différents rapports descriptifs émanant par exemple des hautes autorités françaises. Pourtant, plus de 90% de la consommation d'antibiotiques en volume a lieu dans le secteur communautaire (5).

L'objectif principal de cette étude était d'analyser, selon les recommandations actuelles, la qualité des prescriptions antibiotiques communautaires des patients admis

aux urgences. Les objectifs secondaires étaient de : 1) évaluer les stratégies antibiotiques initiées en milieu hospitalier et 2) comparer l'analyse médico-pharmaceutique des prescriptions aux recommandations.

## Patients & Méthodes

### Présentation de l'étude

Une étude observationnelle prospective monocentrique a été menée du 01/06/2015 au 31/08/2015 au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA). Tous les patients présentant une prescription antibiotique ambulatoire et admis au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHUGA, quelque soit le motif d'admission (infectieux ou non), étaient éligibles. Etaient inclus : les patients d'au moins 18 ans le jour de l'admission, possédant au moins une prescription antibiotique à leur arrivée au SAU et capables de s'exprimer en français. La prescription antibiotique pouvait être constituée d'un ou plusieurs antibiotiques par voie systémique, à visée curative ou préventive. Elle devait être effectuée par un praticien de ville, spécialiste ou généraliste. Etaient exclus : les patients admis au SAU du CHUGA sans antibiothérapie en cours.

### Données recueillies

Une fiche de recueil de données a été élaborée par un comité pluri-professionnel, composé d'un pharmacien, un médecin infectiologue, un médecin urgentiste et un étudiant en pharmacie (cf. annexe). Elle renseignait des données sociodémographiques comme la fonction du prescripteur, l'âge et le sexe du patient. Des données cliniques étaient également recueillies : l'Indice de Masse Corporelle (IMC) du patient, la pression artérielle à l'arrivée au SAU, les antécédents, les comorbidités, les possibles réactions lors de prises antérieures d'antibiotiques, le motif, la date d'admission et les diagnostics (infectieux ou non) retenus au SAU. Au niveau biologique, la créatininémie, l'urémie, la protéine C réactive et les leucocytes sanguins ont été relevés à l'arrivée du patient. Les traitements non antibiotiques, prescrits ou non, ont été recueillis. L'observance a été mesurée selon

l'échelle de Morisky (annexe 1). L'échelle de Morisky, appelée aussi questionnaire MMAS pour *Morisky Medication Adherence Scale*, permet l'évaluation de l'observance thérapeutique des patients en fonction de leurs pathologies. La fiche de recueil détaillait toutes les antibiothérapies que recevait le patient depuis la ville jusqu'à la sortie du CHUGA, incluant les antibiothérapies initiées au SAU, à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et/ou dans les autres services. Etaient renseignés : la Dénomination Commune Internationale (DCI) des antibiotiques prescrits, leur posologie, leur voie d'administration, la durée totale de prescription ainsi que la durée effective de prise si le traitement n'était pas conduit jusqu'à la fin de la période prescrite.

Le recueil de données était effectué à partir du dossier médical des urgences, des comptes rendus d'hospitalisation disponibles sur CristalLink®, et auprès des médecins et pharmaciens de ville.

### **Evaluation des prescriptions**

La qualité de chaque antibiothérapie, prescrite en ville ou à l'hôpital, était évaluée selon un score composite, associant les critères suivants :

- Justification : la prescription était considérée « justifiée » lorsqu'elle était effectivement indiquée ; une étiologie rarement bactérienne ou un examen n'orientant pas vers une infection et/ou une absence d'infection entraînaient la non justification de la prescription. La non-justification d'une antibiothérapie, prescrite en ville ou à l'hôpital, entraînait obligatoirement l'impossibilité de juger les deux autres critères ;
- Pertinence : la prescription était considérée « pertinente » si le choix de la substance active était le plus approprié à la situation clinique ; la non-pertinence pouvait s'expliquer par une association non recommandée, une

molécule non adaptée à la clinique et/ou une molécule non recommandée dans cette indication ;

- Conformité : la prescription était considérée « conforme » si la posologie et la voie d'administration étaient adaptées, s'il n'y avait pas d'interaction médicamenteuse, ni de contre-indication jugées trop dangereuses pour le patient ; la non-conformité pouvait être expliquée par une posologie non adaptée et/ou par une voie d'administration non adaptée. Des interactions médicamenteuses ou des contre-indications physiopathologiques trop risquées pour l'état de santé du patient pouvaient aussi motiver la non-conformité d'une antibiothérapie.

Une prescription était considérée optimale si les trois critères étaient réunis. Si au moins un critère était absent, l'antibiothérapie était jugée non optimale.

L'analyse de l'antibiothérapie a été réalisée de deux façons complémentaires : 1) selon les référentiels actuels (15) (16) et 2) selon un comité d'experts (médecin infectiologue et pharmacien clinicien).

### **Analyse des données**

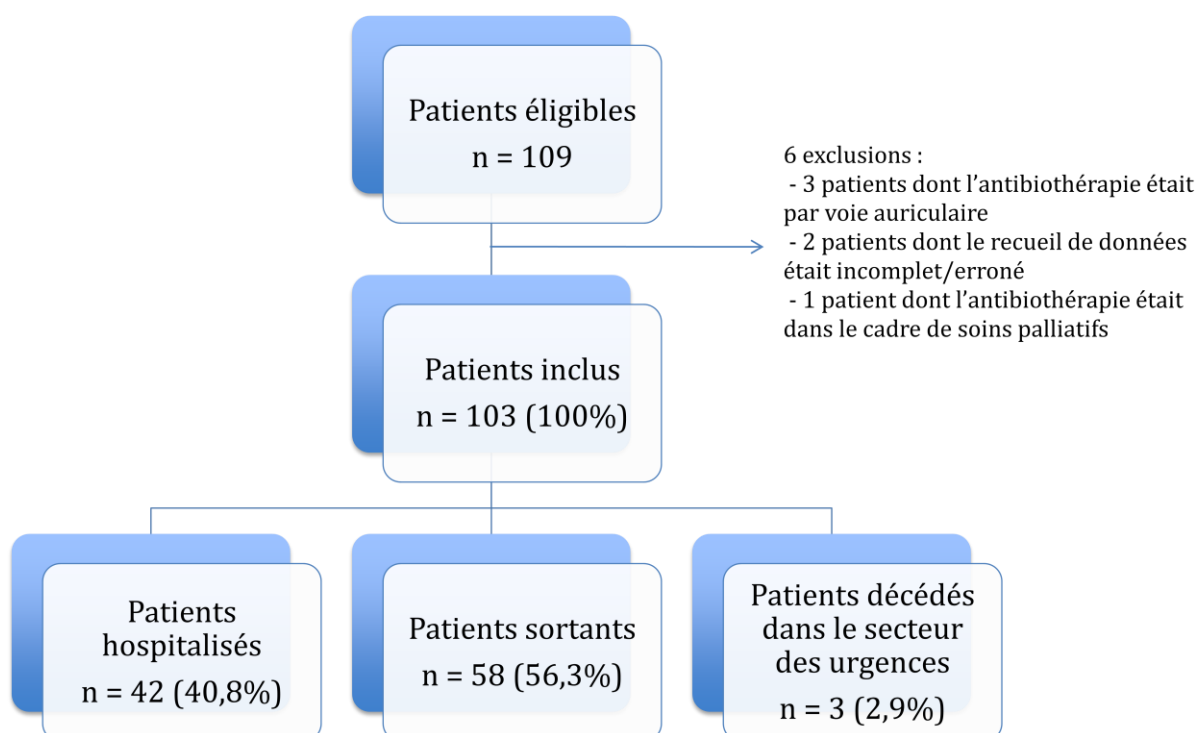
Les variables qualitatives sont exprimées en fréquence et pourcentage ; les variables continues sont décrites par la moyenne et l'écart-type. Les différentes analyses selon la qualité des prescriptions ont été effectuées grâce au test du  $\chi^2$  ou au test exact de Fischer, le cas échéant, pour les variables qualitatives, et à l'aide du test de Student pour les variables quantitatives. La concordance entre l'évaluation des prescriptions selon les référentiels et celle par le comité d'experts a été appréciée par le calcul du coefficient  $\kappa$  de Cohen. Pour chaque test, le seuil de significativité a été fixé à 5%. L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel SAS® 9.4 statistical software (SAS Institute, Cary, NC).

## Résultats

### Population d'étude

Parmi les 103 patients inclus dans cette étude, 42,7% étaient des hommes (tableau 1). L'âge moyen était de  $59,9 \pm 25,1$  ans et l'IMC de  $24,9 \pm 6,3$  kg/m<sup>2</sup>. La fonction rénale a été estimée pour 72 patients ; 25 présentaient une clairance inférieure à 60 mL/min à l'admission. A l'admission aux urgences, 40,8% ont été transférés dans un autre service au cours de leur séjour hospitalier et 2,9% sont décédés dans le secteur des urgences (figure 2).

*Figure 2 : devenir des patients intégrés au cours de l'étude*



## Analyse des antibiothérapies prescrites en ville

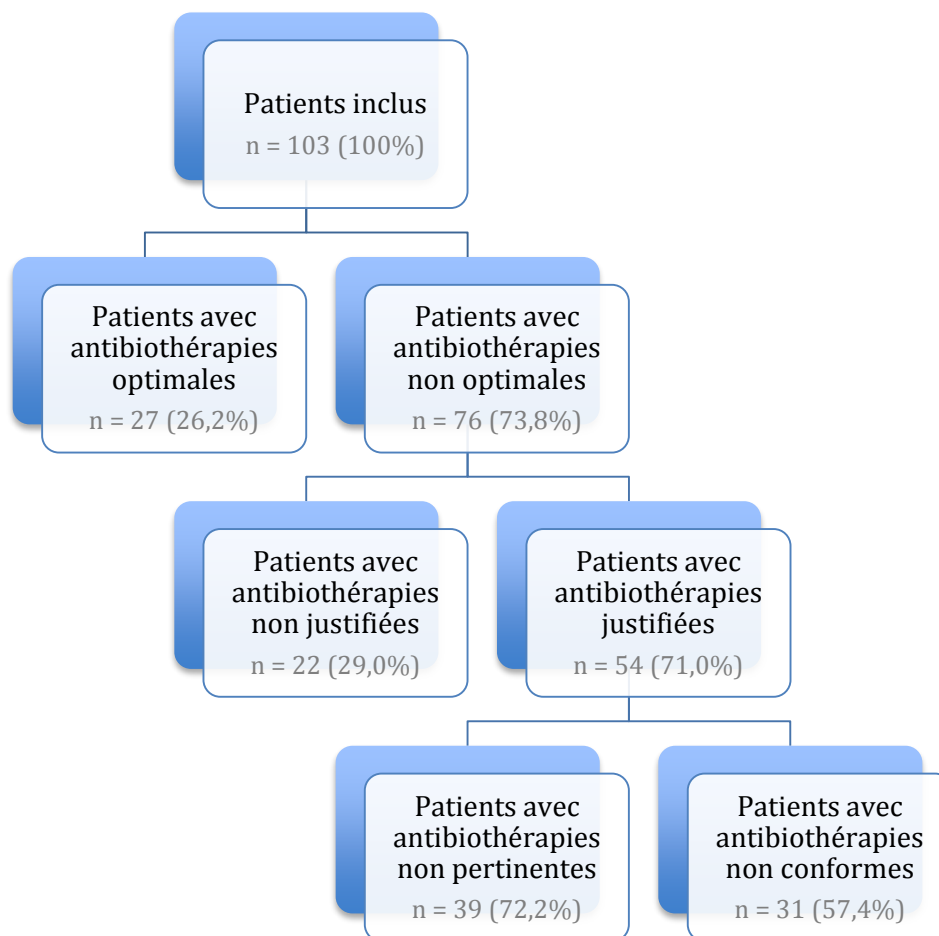
Les 103 prescriptions antibiotiques analysées à l'admission au SAU émanaient respectivement de médecins généralistes (73,8%), de SOS Médecins (19,4%) et de spécialistes, dentistes y compris (6,8%). Les antibiotiques prescrits étaient principalement des pénicillines (52,4%), des céphalosporines (12,6%), des quinolones (12,6%) et des macrolides (8,8%). L'antibiothérapie de ville a été réévaluée en ville pour 11 patients (10,7%). Un test a été effectué avant la mise en place d'une antibiothérapie pour 25 patients (24,3%).

Sur 103 stratégies antibiotiques ambulatoires à l'admission au SAU, 27 (26,2%) étaient considérées optimales selon les référentiels (figure 3). Parmi les antibiothérapies jugées non optimales (n = 76), 22 n'étaient pas justifiées (29,0%), essentiellement en raison de l'absence d'infection (15 prescriptions, soit 68,2% des non justifiées). Parmi les prescriptions non justifiées, quatre (18,2%) concernaient une étiologie rarement bactérienne et trois (13,6%) faisaient suite à des examens n'orientant pas vers une infection.

Parmi les prescriptions justifiées, 72,2 et 57,4% des antibiothérapies étaient jugées non pertinentes et non conformes, respectivement. Sur 39 antibiothérapies non pertinentes, 50% (n = 18) n'étaient pas adaptées à la clinique et 50% n'étaient pas recommandées dans cette indication. Aucune association non recommandée n'a été relevée. La non-conformité était principalement la conséquence d'une posologie non adaptée (28 cas soit 90,3 % des antibiothérapies non conformes). Seules 2 prescriptions communautaires n'avaient pas une voie d'administration adaptée. Aucune contre-indication physiopathologique ou interaction médicamenteuse n'a été relevée.



*Figure 3 : qualité des antibiothérapies administrées aux patients inclus et prescrites par les praticiens de ville encore en cours à l'admission au SAU*



La clairance rénale de la créatinine ( $p = 0,02$ ) et la réalisation de tests avant la prescription d'antibiotiques ( $p = 0,02$ ) étaient associées à la prescription d'une antibiothérapie optimale. La fonction du prescripteur et le statut allergique du patient semblent également associés à la prescription d'une antibiothérapie optimale ( $p = 0,062$  et  $0,08$  respectivement).

*Tableau 1 : description des patients et des stratégies antibiotiques ambulatoires selon leur qualité à l'admission au SAU*

Caractéristiques	Population totale (n=103)	Prescriptions optimales (n = 27)	Prescriptions non optimales (n = 76)	p
<b>SEXE, n (%)</b>				
Homme	44 (42,7%)	12 (44,4%)	32 (42,1%)	0,83
<b>AGE, m ± sd</b>				
	59,9 ± 25,1	57,3 ± 27,5	60,8 ± 24,3	0,54
<b>IMC, m ± sd</b>				
	24,9 ± 6,3	25,4 ± 7,0	23,8 ± 4,4	0,52
<b>DIAGNOSTIC INFECTIEUX POSE AU SAU, n (%)</b>				
Au moins un diagnostic infectieux	67 (65,0%)	19 (70,4%)	48 (63,2%)	0,50
<b>PRESCRIPTEURS DE VILLE, n (%)</b>				
Médecin généraliste	76 (73,8%)	16 (59,3%)	60 (79,0%)	
Autres spécialistes (dont dentistes)	7 (6,8%)	3 (11,1%)	4 (5,2%)	0,062
SOS Médecins	20 (19,4%)	8 (29,6%)	12 (15,8%)	
<b>FAMILLES D'ANTIBIOTIQUES, n (%)</b>				
Céphalosporines	13 (12,6%)	5 (18,5%)	8 (10,5%)	
Macrolides (et apparentés)	9 (8,8%)	1 (3,7%)	8 (10,5%)	
Pénicillines	54 (52,4%)	15 (55,6%)	39 (51,3%)	0,14
Quinolones	13 (12,6%)	1 (3,7%)	12 (15,8%)	
Autres	14 (13,6%)	5 (18,5%)	9 (11,9%)	
<b>CLAIRANCE RENALE (n = 72), n (%)</b>				
Cl <sub>créatinine</sub> < 60 mL/min	25 (34,7%)	2 (11,1%)	23 (42,6%)	0,02
<b>FACTEURS DE RISQUE, n (%)</b>				
Au moins un facteur de risque	75 (72,8%)	18 (66,7%)	57 (75,0%)	0,40
<b>TRAITEMENTS CHRONIQUES, n (%)</b>				
Au moins un traitement chronique	84 (81,5%)	23 (85,2%)	61 (80,3%)	0,57
<b>ALLERGIES AUX ANTIBIOTIQUES, n (%)</b>				
Au moins une allergie à un antibiotique	13 (12,6%)	6 (22,2%)	7 (9,2%)	0,08
<b>REEVALUATION DES ANTIBIOTHERAPIES EN VILLE, n (%)</b>				
Antibiothérapie réévaluée	11 (10,7%)	3 (11,1%)	8 (10,5%)	0,93

**TESTS EFFECTUES AVANT LA PRESCRIPTION, n (%)**

Au moins un test réalisé 25 (24,3%) 11 (40,7%) 14 (18,4%) 0,02

**Analyse du degré de concordance entre les référentiels et l'avis du comité d'experts**

La concordance entre les résultats obtenus selon les référentiels et ceux obtenus selon le comité d'experts est satisfaisante (coefficient Kappa de Cohen  $\kappa = 0,59$ ). Sur 103 analyses de prescriptions communautaires, 85 (82,5%) parvenaient aux mêmes conclusions. D'après l'analyse par le comité d'experts, 66,0% des antibiothérapies n'étaient pas optimales contre 73,8% selon les référentiels (tableau 2).

*Tableau 2 : évaluation de la qualité des antibiothérapies communautaires prescrites aux patients inclus selon les référentiels et selon le comité d'experts*

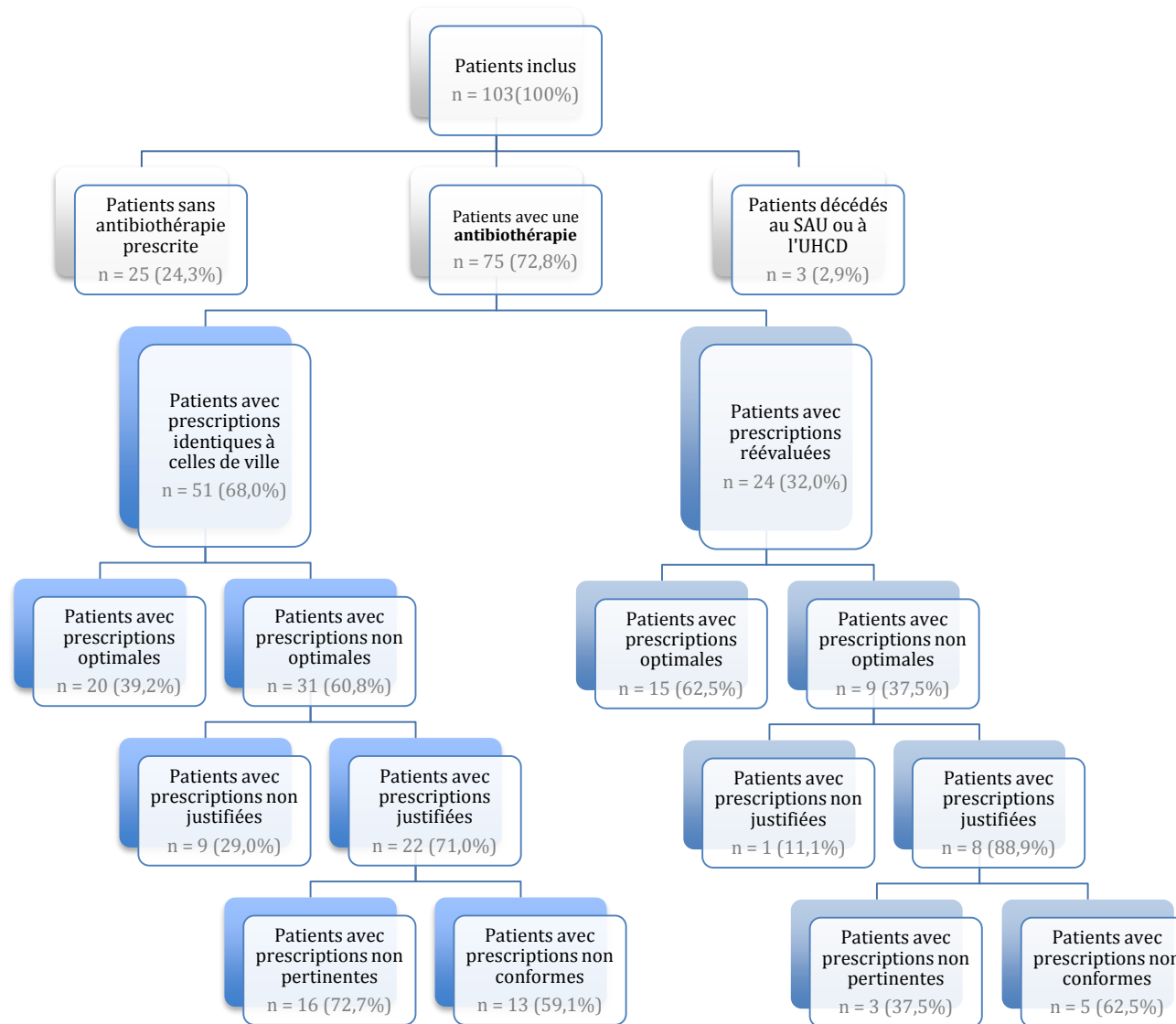
	Résultats obtenus selon les référentiels n (%)	Résultats obtenus selon l'analyse médico-pharmaceutique n (%)
Patients avec antibiothérapies non optimales	76 (73,8)	68 (66,0%)
> Patients avec antibiothérapies justifiées	54 (71,0)	52 (76,5)
> Patients avec antibiothérapies non pertinentes	39 (72,2)	31 (57,4)
> Patients avec antibiothérapies non conformes	24 (46,2)	29 (55,8)

**Analyse des antibiothérapies au CHUGA****Dans le secteur des urgences**

Près de 75% des patients inclus recevaient encore une antibiothérapie aux urgences, dont 68% n'ont pas été réévaluées (figure 4). Environ 60% des prescriptions non réévaluées auraient dû l'être car elles n'étaient pas optimales. Parmi les prescriptions réévaluées (n = 24, 32,0%), la majorité était considérée optimale selon les référentiels

(62,5%). Dans un seul cas, le patient recevait une antibiothérapie non justifiée. Parmi les huit prescriptions non optimales mais justifiées, trois n'étaient pas pertinentes et cinq n'étaient pas conformes.

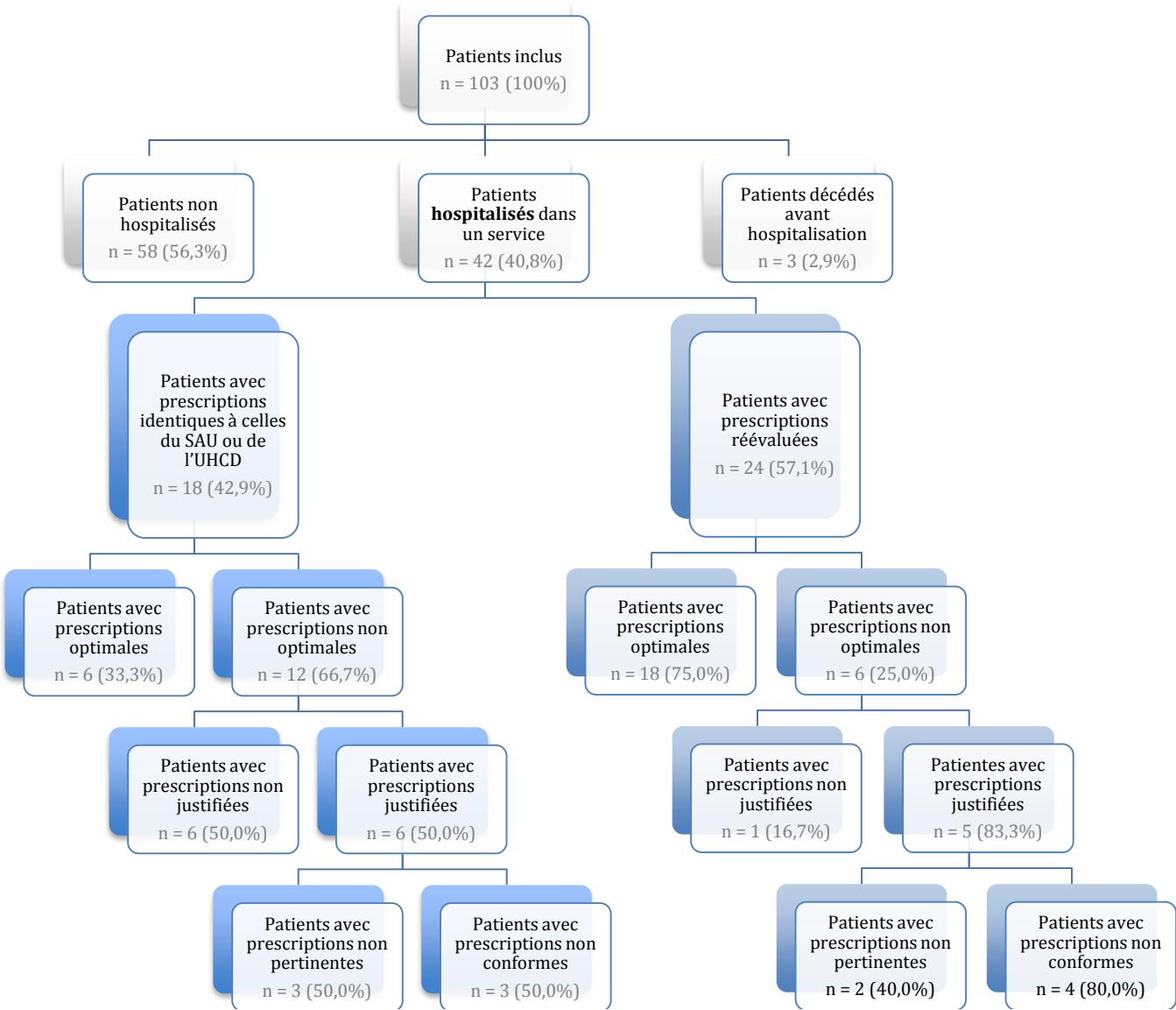
*Figure 4 : qualité des antibiothérapies prescrites aux patients inclus lors de leur passage dans le secteur des urgences*



#### Dans les autres unités de soins

Parmi les 42 patients transférés dans une autre unité de soins, une nouvelle antibiothérapie y a été prescrite pour 57,1% d'entre eux (figure 5). Sur la totalité des antibiothérapies non réévaluées dans les services (n = 18, 42,9%), seulement un tiers était considérée comme optimale selon les référentiels. Les modifications de prise en charge antibiotique ont conduit à trois quarts de prescriptions optimales (18 sur 24). On retrouve cinq prescriptions justifiées mais non optimales : deux non pertinentes et quatre non conformes.

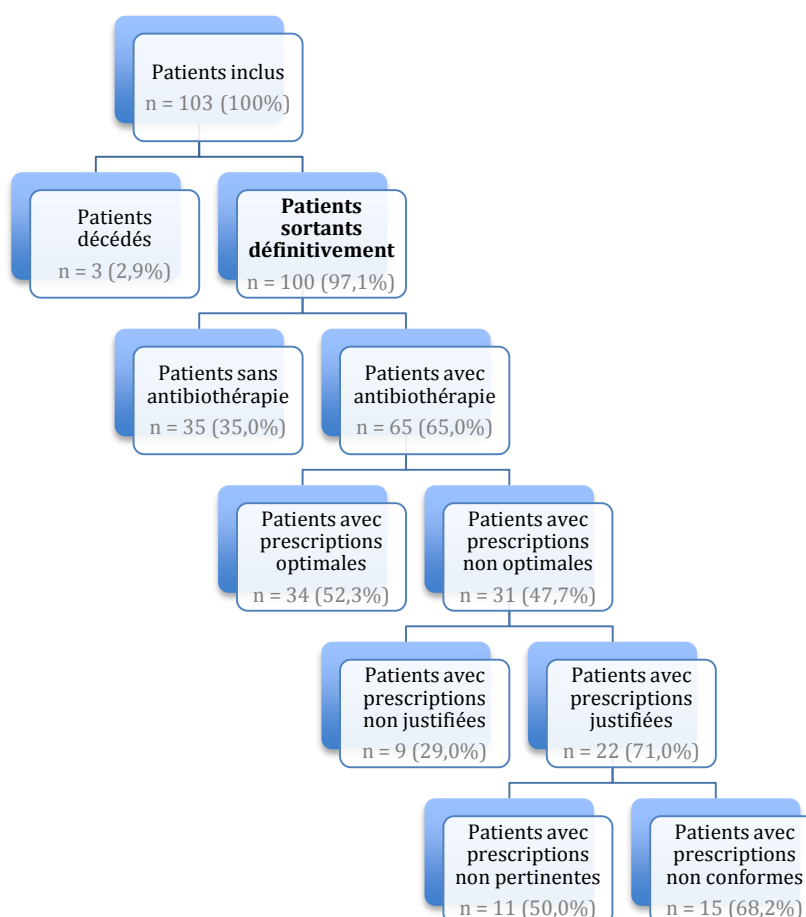
Figure 5 : qualité des antibiothérapies prescrites aux patients inclus après transfert dans un service autres que le secteur des urgences



## A la sortie

Au total, 65 patients sont sortis du CHUGA avec une antibiothérapie (figure 6). L'antibiothérapie de sortie était considérée optimale selon les référentiels dans 52,3% des cas. Sur 22 prescriptions justifiées mais non optimales, 11 n'étaient pas pertinentes et 15 n'étaient pas conformes.

*Figure 6 : qualité des antibiothérapies prescrites aux patients inclus lors de leur sortie définitive du CHUGA*





## Discussion

Cette étude a permis de montrer que seulement un quart (26,2%) des prescriptions antibiotiques communautaires était optimal, c'est-à-dire à la fois justifiées, pertinentes et conformes. Parmi les antibiothérapies non optimales, près de 30% n'étaient pas justifiées.

Dans cette étude, les femmes avaient plus fréquemment une antibiothérapie à l'admission au SAU que les hommes, ce qui est en adéquation avec les chiffres de l'année 2013 en France : sur 100 personnes recevant des antibiotiques, plus de 59 étaient des femmes (17). Cette plus forte consommation féminine s'explique principalement par le fait que le sexe féminin est le premier facteur favorisant les infections urinaires (18). L'espérance de vie des femmes étant plus longue et la consommation d'antibiotiques tendant à augmenter avec l'âge, la conjonction de ces deux facteurs permet également d'expliquer que les femmes aient davantage de prescriptions antibiotiques en ville (5).

Grâce au suivi des personnes incluses depuis leur admission au SAU jusqu'à leur sortie définitive du CHUGA, nous avons pu comparer les différentes antibiothérapies instaurées tout au long du parcours du patient dans l'hôpital. Dans le secteur des urgences qui réunit le SAU et l'UHCD, plus de 62% des prescriptions initiées étaient optimales. Après transfert du patient depuis le secteur des urgences vers un service du CHUGA, la proportion de prescriptions optimales augmente pour atteindre 75%, ce qui est en adéquation avec les résultats d'analyses internes des pratiques au CHUGA (19) (20). Lors de la sortie définitive du CHUGA, 35 patients n'avaient aucune antibiothérapie soit plus

d'un tiers des patients quittant l'hôpital. L'étude montre que plus de la moitié des prescriptions antibiotiques de sortie étaient considérées optimales.

Plus le patient avance dans son parcours de soin au CHUGA, plus le nombre d'antibiothérapies optimales s'accroît. Cela est dû en partie à la facilité de réalisation d'examen complémentaires et à la rapidité d'obtention des résultats directement sur le dossier informatique du malade. La spécialisation des médecins hospitaliers permet aussi d'expliquer ce phénomène : même si un service ne se sent pas compétent dans la prise en charge anti-infectieuse d'un patient, il lui est toujours possible de solliciter rapidement et facilement un avis auprès d'infectiologues.

Cette étude présente plusieurs limites. L'effectif limite la puissance statistique. Toutefois, certaines tendances peuvent être mises en évidence. Le choix d'une quinolone semblerait être associée à prescription non optimale : seulement une seule prescription de quinolone sur treize au total a été jugée optimale selon les référentiels. Ceci peut s'expliquer par le nombre de résistances bactériennes envers cette famille en forte augmentation en France (8). Il est recommandé de limiter le recours aux quinolones, ce qui en fait souvent un traitement de deuxième ligne. Dans une moindre mesure, cette même tendance se dessine avec la famille des macrolides et apparentés. Un autre facteur semblerait aussi jouer un rôle sur la qualité des prescriptions antibiotiques communautaires : l'allergie à au moins un antibiotique. Effectivement, un patient allergique à au moins un antibiotique avait une probabilité plus élevée de se voir prescrire une antibiothérapie optimale. Ce phénomène pourrait peut-être s'expliquer par une hausse de la vigilance du médecin lorsqu'il reçoit un patient allergique en consultation.

La source d'information la plus importante dans cette étude était le dossier médical informatique des urgences. Ce dossier fait intervenir de nombreuses personnes, externes,

infirmiers, internes et médecins. En complément, le médecin prescripteur, le médecin traitant s'il était différent, le pharmacien dispensateur et/ou le patient lui-même pouvaient eux aussi être contactés. Les informations obtenues étaient considérées comme vraies et fiables. L'inclusion des patients au fil de l'eau au cours de la période d'étude a permis limiter le biais de sélection.

Il s'agit d'une étude monocentrique réalisée sur 3 mois. Les informations ont été recueillies pendant la saison estivale, les pathologies dites « hivernales » ne sont par conséquent pas représentées dans cette étude. Les résultats ne sont donc pas extrapolables sur la France entière pendant une année complète. Pour autant, il s'agit de la première étude évaluant les antibiothérapies prescrites par des praticiens de ville à notre connaissance. Auparavant, il y avait certes beaucoup de données mais elles permettaient de connaître la quantité d'antibiotiques prescrits en fonction de l'âge du patient, de son sexe, des pathologies infectieuses diagnostiquées... Rien ne permettait de juger du bon ou du mauvais usage des antibiotiques dans le secteur communautaire où les prescriptions antibiotiques sont pourtant les plus nombreuses (5).

L'évaluation selon les référentiels a été réalisée grâce au E.PILLY 2014 24<sup>ème</sup> édition, édition Alinéa Plus. Les données des référentiels ne sont parfois pas adaptées à la situation clinique d'un patient et une même antibiothérapie peut être recommandée pour certains et inappropriée pour d'autres. Le comité d'experts mis en place a permis d'avoir une vision globale, pluriprofessionnelle, qui prend en compte des pratiques et des cas particuliers. Pour autant, la coopération interprofessionnelle est encore malheureusement très rare dans le secteur communautaire.

Le degré de concordance de cette étude entre l'analyse selon les référentiels et celle selon les professionnels du CHUGA ( $\kappa = 0,59$ ) est à la limite d'un accord fort, et plus de 86% des analyses de prescriptions communautaires ont mené aux mêmes conclusions. Les référentiels utilisés pour l'analyse des antibiothérapie étaient ceux en vigueur lors de l'admission des patients au SAU pendant l'été 2015. Le médecin et le pharmacien ont évalué les antibiothérapies de septembre 2015 à avril 2016. Cet écart temporel peut expliquer au moins en partie l'écart entre les évaluations. Néanmoins, dans certaines situations, il existe bien un désaccord entre les recommandations et la pratique quotidienne. Par exemple, dans la plupart des cas où un abcès cutané était diagnostiqué, selon les données de référence de 2014, aucun antibiotique *per os* n'est théoriquement recommandé en premier lieu. Cependant, la réalité est plus complexe et une antibiothérapie pouvait être prescrite à la libre appréciation du praticien en fonction du contexte clinique. Dans certains cas, le prescripteur jugeait inutile d'initier une prise en charge antibiotique.

En conclusion, les antibiothérapies prescrites dans le secteur communautaire ne sont optimales que dans un quart des cas. La prise en charge thérapeutique des patients en milieu hospitalier améliore la qualité des prescriptions tout au long du parcours du patient, sans atteindre 100%. Une marge d'amélioration est donc envisageable, surtout en ville. Plusieurs propositions sont faites par plusieurs comités d'experts notamment celle d'améliorer la formation initiale et la formation continue des prescripteurs (3). Si elles sont mises en place dans les années futures par le ministère de la Santé, elles peuvent considérablement diminuer le mauvais usage des antibiotiques.

## Discussion générale

### Multipllicité des causes d'antibiorésistance

A propos des résistances aux antibiotiques, il s'agit en fait de la contre partie de leur forte efficacité. En effet, leur utilisation à bon ou à mauvais escient exerce une pression de sélection sur le monde bactérien. Les bactéries développent alors des systèmes de défenses aux antibiotiques afin de perdurer le plus longtemps possible (21).

Pour autant, l'usage des antibiotiques en médecine humaine n'est pas seul responsable de cette antibiorésistance : l'utilisation d'antibiotiques en santé animale doit aussi être prise en compte dans la lutte contre la résistance aux antibactériens (22). D'autant plus que selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, la moitié des antibiotiques produits dans le monde est destinée à un usage vétérinaire (21). Comme en médecine humaine, des efforts sont faits et on voit en France, depuis 2006, une diminution du taux des résistances de bactéries isolées à partir d'animaux (22). Seulement, certains pays d'Amérique notamment tolèrent une utilisation déraisonnée des antibiotiques dans le monde vétérinaire (23). Or, du fait de la mondialisation, les bactéries circulent de pays en pays et par voie de conséquence, des résistances peuvent être transmises sur un territoire qui pourtant est très regardant quant à la politique de bon usage des antibactériens. Le risque principal sur le plan de la santé publique est la transmission des résistances acquises en santé animale à l'Homme et inversement (21) (24). Pour le moment, cette transmission existe bel et bien mais n'a pas de réelles conséquences à l'échelle humaine (24). Par contre, il reste à savoir si le passage répété de résistances aux antibiotiques d'un réservoir à un autre engendrerait au long cours un impact notoire en santé humaine (24). Il est aussi montré que la résistance bactérienne aux antibiotiques est favorisée par de mauvaises pratiques de prévention et de lutte contre les infections (25). A ce titre, en

France, grâce à de nombreuses techniques d'hygiène notamment, le niveau d'antibiorésistance n'atteint pas le niveau attendu si on ne prenait en compte que le mauvais usage des antibiotiques (13).

### **Moyens avancés pour favoriser le bon usage des antibiotiques**

Tout d'abord, dans cette étude, il a été démontré que l'attente des résultats obtenus à partir de tests effectués avant la mise en place d'une antibiothérapie augmentait la justesse des prescriptions. Par conséquent, il paraît fondamental de généraliser l'utilisation de Tests Rapides d'Orientation Diagnostic (TROD) qui semblent alors très efficaces, notamment dans le secteur communautaire. Effectivement, le simple fait de ne pas traiter les infections virales permettrait à lui seul de diminuer de moitié la consommation d'antibiotiques (13).

De plus, plusieurs campagnes sont mises en place dans le but de lutter contre le mauvais usage des antibiotiques. En 2001, le gouvernement déploie un programme nommé *Préservez l'efficacité des antibiotiques*. Il comprend notamment la promotion du test de détection rapide de l'antigène streptococcique et l'élaboration de recommandations auprès des professionnels de santé (26). En 2002, l'Assurance Maladie déploie une campagne dont l'objectif est d'informer l'ensemble de la population française sur l'utilisation appropriée des antibiotiques (4). La campagne « les antibiotiques, c'est pas automatique » aurait permis de réduire de plus de 26% leur prescription sur les cinq premières années (4) (26). Le taux de consommation des antibiotiques en France aurait tendance, depuis la fin de la campagne en 2007, à repartir à la hausse (4) (5) (26). Une seconde campagne a donc été mise en œuvre en 2010 mais elle ne semble pas avoir l'impact escompté par les autorités (5).

En plus des campagnes, d'autres moyens ont été mis en place par les institutions en France. En 2015, l'Assurance Maladie essaie d'encourager les médecins à diminuer le nombre de prescriptions antibiotiques en créant un document intitulé *Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques*. Il reste à savoir si ce document est bel et bien utilisé par les prescripteurs... (27).

Fin 2015, Marisol Touraine, actuelle ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes a reçu un rapport émanant d'un groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques (3) (13). Plusieurs recommandations y sont formulés afin de réduire de 25% la consommation française d'antibiotiques (3). Monsieur Jean Carlet, président de l'Alliance mondiale contre la résistance aux antibiotiques (World Alliance Against Antibiotic Resistance) stipule dans ce rapport que « sans la mise en place effective de mesures [...] la situation ne pourra que se dégrader » (3). Certaines propositions faites semblent particulièrement intéressantes pour le secteur communautaire, en voici quelques une résumées en quelques mots :

- mettre en place des Centres Régionaux de Conseil en Antibiothérapie (CRCA),
- augmenter la place du bon usage des antibiotiques dans la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique,
- limiter la durée de la première prescription antibiotique à 7 jours (une durée suffisante dans la plupart des cas),
- développer un « pack communication » avec mise en place notamment d'ordonnances spécifiques et de non-prescription d'une antibiothérapie,
- améliorer la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé y compris les vétérinaires ainsi que les éleveurs.

**THESE SOUTENUE PAR :** Antonin ROUGE

**TITRE :**

ANALYSE DE 103 PRESCRIPTIONS DE VILLE À L'ENTRÉE DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES : UNE PHOTOGRAPHIE DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS ANTIBIOTIQUES COMMUNAUTAIRES

**CONCLUSION :**

Le mésusage des antibiotiques ne cesse d'être pointé du doigt depuis plusieurs dizaines d'années, voire même depuis leur découverte, il y a environ un siècle. Il est indispensable de connaître et de rappeler qu'une mauvaise utilisation des antibiotiques présente des conséquences majeures aussi bien sur le plan de la santé publique internationale que sur le plan économique. L'objectif principal de cette étude était d'analyser, selon les recommandations nationales, la qualité des antibiothérapies prescrites en ville chez les patients admis aux urgences du centre hospitalo-universitaire Grenoble Alpes (CHUGA) et d'étudier les facteurs associés à la qualité des prescriptions. Les objectifs secondaires étaient de : 1) évaluer les stratégies antibiotiques initiées en milieu hospitalier et 2) comparer l'analyse médico-pharmaceutique des prescriptions par rapport aux recommandations.

Parmi les 103 stratégies antibiotiques communautaires incluses dans l'analyse, environ trois quarts des prescriptions ont été jugés non optimales selon les référentiels, en raison notamment d'une indication ne justifiant pas la mise en place d'une antibiothérapie, d'un choix d'antibiotique ou de posologie non adapté à la situation. Ces résultats étaient comparables à ceux obtenus par l'évaluation médico-pharmaceutique pour plus de huit prescriptions sur dix. Une clairance rénale inférieure à 60 mL/min était significativement associée à une antibiothérapie non optimale. Au contraire, cette étude a montré que la



réalisation d'un test avant la prescription d'antibiotique dans le secteur communautaire était liée à la bonne qualité des prescriptions, confirmant l'importance des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD). La réévaluation des antibiothérapies en milieu hospitalier était associée à une amélioration significative de la qualité des prescriptions, avec 62,5% de prescriptions optimales dans le secteur des urgences et 75% dans les autres services du CHUGA.

A notre connaissance, il s'agit d'une des premières études évaluant la qualité des antibiothérapies communautaires en France. Les résultats de cette étude soulignent l'importance de la formation et de la surveillance de l'usage des antibiotiques en ville mais aussi dans le milieu hospitalier. Cette amélioration des pratiques professionnelles doit passer par la promotion des différents Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD).

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**  
Grenoble, le : 17/05/16

**LE DOYEN**

Pour la Présidente  
et par délégation  
Le Doyen de Pharmacie  
Pr. Michel SEVE

**Pr. Michel SEVE**

**LE PRESIDENT DE LA THESE**

**Dr. Pierrick BEDOUCH**

## Bibliographie

1. Ventola CL. The Antibiotic Resistance Crisis. *Pharm Ther.* 2015 Apr;40(4):277–83.
2. Ministère de la Santé. Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. 86 p  
[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_antibiotiques\\_2011-2016\\_.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_antibiotiques_2011-2016_.pdf)
3. Groupe de travail spécial. Rapport sur la préservation des antibiotiques. 150 p  
[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_antibiotiques.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf).
4. Chahwakilian P, Huttner B, Schlemmer B, Harbarth S. Impact of the French campaign to reduce inappropriate ambulatory antibiotic use on the prescription and consultation rates for respiratory tract infections. *J Antimicrob Chemother.* 2011 Dec 1;66(12):2872–9.
5. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) Rapport sur l'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013 - Novembre 2014. 36 p
6. CMIT. Chapitre Anti-infectieux - Béta-lactamines. In: EPILLY 2014 24ème édition. Alinéa Plus. p. 36 5.3–1.
7. Spellberg B, Powers JH, Brass EP, Miller LG, Edwards JE. Trends in Antimicrobial Drug Development: Implications for the Future. *Clin Infect Dis.* 2004 May 1;38(9):1279–86.
8. Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques (ONERBA) : rapport d'activité 2009-10 / Annual Report 2009-10. ISBN 978-2-916641-53-9. Vivactis Plus Ed 2011.
9. InVS. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. 2014. [17 avril 2016].  
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2014/Consommation-d-antibiotiques-et-resistance-aux-antibiotiques-en-France-necessite-d-une-mobilisation-determinee-et-durable>
10. Steinke D, Davey P. Association between Antibiotic Resistance and Community Prescribing: A Critical Review of Bias and Confounding in Published Studies. *Clin Infect Dis.* 2001 Sep 15;33(Supplement 3):S193–S205.
11. OMS | Tuberculose [17 avril 2016]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>
12. Taylor J, Hafner M, Yerushalmi E, Smith R, Bellasio J, Vardavas R, et al. Estimating the economic costs of antimicrobial resistance. 2014
13. InVS. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. 2015. [17 avril 2016].  
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2015/Consommation-d-antibiotiques-et-resistance-aux-antibiotiques-en-France-necessite-d-une-mobilisation-determinee-et-durable>

14. Zambrowski J-J. Considérations pharmaco-économiques à propos des glycopeptides. Rev Générale - Université Paris Descartes CHU Bichat. 2007 Sep
15. CMIT. E.PILLY 2014. 24th ed. ALINEA Plus
16. ANSM. Thésaurus des interactions médicamenteuses. 2016.
17. IRDES. Enquête permanente sur la prescription médicale. [17 avril 2016]. <http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/enquete-permanente-sur-la-prescription-medicale.html>
18. CMIT. Chapitre Infections selon le site - Infections urinaires. In: EPILLY 2014 24ème édition. Alinéa Plus. p. 220 41–2.
19. Van Hollebeke M, Chapuis C, Bernard S, Foroni L, Stahl JP, Bedouch P, et al. Compliance with carbapenem guidelines in a university hospital. Médecine Mal Infect. 2016 Mar;46(2):72–8.
20. Werner NL, Hecker MT, Sethi AK, Donskey CJ. Unnecessary use of fluoroquinolone antibiotics in hospitalized patients. BMC Infect Dis. 2011;11:187.
21. INSERM. Résistance aux antibiotiques 2013 [17 avril 2016]. <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/resistance-aux-antibiotiques>
22. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ANSES. Antibiotiques à usage vétérinaire : une diminution des usages et des résistances aux antibiotiques se confirme, mais des efforts sont à poursuivre [17 avril 2016]. <https://www.anses.fr/fr/content/antibiotiques-%C3%A0-usage-v%C3%A9t%C3%A9rinaire-une-diminution-des-usages-et-des-r%C3%A9sistances-aux>
23. Hugnet C. Lutte contre l'antibiorésistance : quels sont les moyens mis en œuvre dans le monde agricole ? Interview d'un vétérinaire. [17 avril 2016]. [https://www.vidal.fr/actualites/15703/lutte\\_contre\\_l\\_antibioresistance\\_quels\\_sont\\_les\\_moyens\\_mis\\_en\\_uvre\\_dans\\_le\\_monde\\_agricole\\_interview\\_du\\_dr\\_christophe\\_hugnet\\_veterinaire/](https://www.vidal.fr/actualites/15703/lutte_contre_l_antibioresistance_quels_sont_les_moyens_mis_en_uvre_dans_le_monde_agricole_interview_du_dr_christophe_hugnet_veterinaire/)
24. Madec J-Y, Gay E. Bulletin épidémiologique, santé animale et alimentation : Antibiorésistance : le passage animal - Homme, mythe ou réalité ? ANSES, Laboratoire de Lyon, France; 2012. Report No.: 53.
25. OMS | Résistance aux antibiotiques. [17 avril 2016]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/fr/>
26. OMS | Les antibiotiques sont-ils encore “automatiques” en France ?. [17 avril 2016]. <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/11-030111/fr/>
27. Assurance Maladie. Les antibiotiques, utilisés à tort, ils deviendront moins forts. [17 avril 2016]. <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/les-antibiotiques.php>

## **Annexes**

Annexe 1 : fiche de recueil de données

Annexe 2 : fiche d'évaluation des antibiothérapies (selon les référentiels)

Annexe 3 : fiche d'évaluation des antibiothérapies (selon l'infectiologue)

Annexe 4 : fiche d'évaluation des antibiothérapies (selon le pharmacien)

**FICHE DE RECUEIL DE DONNEES**  
**Antibiothérapie instaurée en ville et arrivée au SAU du CHU de Grenoble**

---

*Objet : analyse de prescriptions d'antibiotiques de ville à l'arrivée au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble.*

Cette fiche est à remplir par la personne qui recueille les données ; en cas de question fermée,  
il faut entourer la bonne réponse se trouvant sur la partie droite de la feuille.  
Au cas où l'information n'est pas accessible, mettre une croix sur les pointillés.

Médecin traitant : ....

Médecin prescripteur : ....

Téléphone du MT : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Téléphone du prescripteur : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Pharmacie : ....

Téléphone de la pharmacie : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Date d'admission au SAU : ...../...../2015

Motif d'admission au SAU : ....

---

**1. Données sur le patient lors de l'admission aux urgences**

Age : ..... ans / Sexe : ....

Poids approximatif du patient : ..... kg

Taille approximative du patient : ..... m

} IMC = ..... kg.m<sup>-2</sup>

PAS : ..... mmHg / PAD : ..... mmHg / FC : ..... bpm

Fréquence respiratoire : ..... cycles.min<sup>-1</sup> / Saturation en oxygène : ..... %

Température maximale aux urgences ou dans les 24 heures précédant l'admission : ..... °C

Douleur à l'admission aux urgences (évaluée par une EVA de la douleur) : ...../10

Biologie :

- Créatininémie : ..... µmol/L → Clairance rénale (CKD-EPI) : ..... mL/min
- Urée : ..... mmol/L
- Leucocytes : ..... G/L
- CRP : ..... mg/L

Un diagnostic infectieux a-t-il été établi au SAU ?

**OUI NON**

→ si oui, lequel ? ....

---

Un diagnostic non infectieux a-t-il été établi au SAU ?

**OUI NON**

→ si oui, lequel ? ....

## 1. Données générales sur le patient

### 2.1 ANTECEDENTS ET CO-MORBIDITES DU PATIENT

Parmi les items suivants, le(s)quel(s) concerne(nt) le patient ?

· Maladie cérébrovasculaire	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Insuffisance cardiaque	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Pathologie respiratoire chronique	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Diabète	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Grossesse	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Insuffisance rénale → si oui, nécessitant des séances de dialyse ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Splénectomie et/ou drépanocytose	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Immunodépression (innée ou acquise)	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Pathologie cancéreuse	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Vie en institution	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Séjour hospitalier dans les 48h précédant l'admission au SAU ? (si oui, infection nosocomiale possible)	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Chirurgie dans le mois précédant l'admission au SAU ? (si oui, infection nosocomiale possible)	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Prothèse ostéo-articulaire ? → si oui, l'opération date-t-elle de moins d'un an ? (si oui, infection nosocomiale possible)	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
· Autres (qui pourraient impacter sur l'état infectieux et les antibiothérapies) ? → si oui, le(s)quel(s) ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>

Le patient a-t-il déjà fait une (ou des) réaction(s) à un (ou plusieurs) antibiotique(s) ? **OUI** **NON**  
→ si oui, le(s)quel(s) et quel type de réaction ? Mécanisme allergique ? : ....

### 2.2 TRAITEMENTS NON ANTIBIOTIQUES

Tableau A	DCI	Posologie	Voie d'administration

## 1. Prescription(s) d'antibiotique(s) en ville

### PREMIERE ANTIBIOTHERAPIE

Le patient connaît-il le diagnostic établi en ville ? Ou ce diagnostic est-il rapporté au SAU ? **OUI NON**  
 → si oui, lequel ? ....

S'il s'agit d'une association d'antibiotiques administrés pendant la même période, remplir autant de lignes qu'il y a d'antibiotiques :

Tableau B	DCI	Posologie	Voie d'administration	Durée prescrite	Durée effective de prise / Date d'arrêt si connue

La première antibiothérapie a-t-elle été instaurée après un examen ? **OUI NON**  
 → si oui, le(s)quel(s) parmi les items suivants ?

	OUI	NON	Résultat de l'examen s'il a été effectué
· Une Bandelette Urinaire (BU)	OUI	NON	
· Un Examen Cyto-Bactériologique des Urines (ECBU)	OUI	NON	
· Un Test de Diagnostic Rapide du streptocoque (TDR)	OUI	NON	
· Une radiographie pulmonaire	OUI	NON	
· Un isolement de la bactérie	OUI	NON	
· Un antibiogramme	OUI	NON	
· Une coproculture	OUI	NON	
· Une sérologie	OUI	NON	
· D'autres examens → si oui, le(s)quel(s) ?	OUI	NON	

### ANTIBIOTHERAPIES SUCCESSIVES EVENTUELLES EN VILLE

Si le patient a reçu d'autres antibiotiques durant une période différente de la première antibiothérapie, les inscrire ci-dessous :

Tableau C	DCI	Posologie	Voie d'administration	Durée prescrite	Durée effective de prise / Date d'arrêt si connue	Après un examen ?

**OBSERVANCE GENERALE DES TRAITEMENTS (ANTIBIOTIQUES OU NON) : ECHELLE DE MORISKY**

Le patient est-il capable de répondre au questionnaire suivant ? **OUI NON**  
 → si oui, remplir le questionnaire afin de calculer le score final

Vous est-il parfois arrivé d'oublier de prendre vos médicaments ?	<b>OUI (0)</b>	<b>NON (1)</b>
Parfois certaines personnes ne prennent pas leurs médicaments pour d'autres raisons qu'un oubli. En pensant aux deux dernières semaines, y-a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?	<b>OUI (0)</b>	<b>NON (1)</b>
Vous est-il déjà arrivé de réduire la dose ou d'arrêter de prendre vos médicaments sans en informer votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien en les prenant ?	<b>OUI (0)</b>	<b>NON (1)</b>
Lorsque vous voyagez ou que vous quittez la maison, vous est-il arrivé d'oublier d'emporter vos médicaments ?	<b>OUI (0)</b>	<b>NON (1)</b>
Avez-vous pris vos médicaments hier ?	<b>OUI (1)</b>	<b>NON (0)</b>
Quand vous ressentiez beaucoup moins vos symptômes, voire plus du tout, vous est-il parfois arrivé d'arrêter de prendre vos médicaments ?	<b>OUI (0)</b>	<b>NON (1)</b>
Le fait de devoir prendre des médicaments tous les jours représente un réel inconvénient pour certaines personnes. Vous est-il parfois arrivé d'être contrarié par le fait d'avoir à respecter vos médicaments ?	<b>OUI (0)</b>	<b>NON (1)</b>
Vous est-il arrivé d'avoir des difficultés à vous rappeler de prendre vos médicaments ?	<b>Jamais/Rarement (1)</b> <b>Temps en temps (0,75)</b> <b>Parfois (0,5)</b> <b>Régulièrement (0,25)</b> <b>Tout le temps (0)</b>	

Score obtenu : .... / 8 (7,5 ou plus : Observance bonne - 6 à 7,25 : Observance moyenne - Moins de 6 : Observance faible)

Administration des médicaments à domicile par une tierce personne compétente (IDE, conjoint...)? **OUI NON**

**1. Evolution de l'antibiothérapie prescrite à partir du SAU**

Une antibiothérapie est-elle toujours prescrite au patient ? **OUI NON**  
 L'antibiothérapie prescrite par le SAU est-elle modifiée par rapport la précédente ? **OUI NON**  
 → si oui, remplir le tableau D ci-dessous

Tableau D	DCI	Posologie	Voie d'administration	Durée prescrite	Durée effective de prise / Date d'arrêt si connue	Après un examen ?

**4.1 DESTINATION DU PATIENT**

Le patient a-t-il quitté l'hôpital ? **OUI NON**  
 En sortant du SAU, le patient a-t-il rejoint l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ? **OUI NON**  
 En sortant du SAU, le patient a-t-il rejoint un service du CHU de Grenoble (autre que l'UHCD) ? **OUI NON**

**1.2 EN CAS DE D'HOSPITALISATION A L'UHCD (DATE : ...../...../2015)**

Une antibiothérapie est-elle toujours prescrite au patient ? **OUI NON**  
 L'antibiothérapie prescrite par l'UHCD est-elle modifiée par rapport à la précédente ? **OUI NON**  
 → si oui, remplir le tableau E ci-dessous



Tableau E	DCI	Posologie	Voie d'administration	Durée prescrite	Durée effective de prise / Date d'arrêt si connue	Après un examen ?

En sortant de l'UHCD, le patient a-t-il rejoint un service du CHU de Grenoble ? **OUI NON**

**1.2 EN CAS D'HOSPITALISATION DANS UN SERVICE AUTRE QUE L'UHCD (DATE : ...../...../2015)**

Le diagnostic établi dans le service est-il différent de celui du SAU ? **OUI NON**

→ si oui, lequel ? ....

Une antibiothérapie est-elle toujours prescrite au patient ? **OUI NON**

L'antibiothérapie prescrite par le service est-elle modifiée par rapport à la précédente ? **OUI NON**

→ si oui, remplir le tableau F ci-dessous **OUI NON**

Tableau F	DCI	Posologie	Voie d'administration	Durée prescrite	Durée effective de prise / Date d'arrêt si connue	Après un examen ?

48 à 72 heures après l'admission dans le service :

Le patient présente une amélioration de son état général ? **OUI NON**

Le patient a-t-il rejoint un autre service ? **OUI NON**

Le patient est-il décédé ? **OUI NON**

Y a-t-il d'autres modifications d'antibiothérapies dans ce service au-delà des 72 premières heures ? **OUI NON**

→ si oui, remplir le tableau G ci-dessous en respectant l'ordre chronologique

Tableau G	DCI	Posologie	Voie d'administration	Durée prescrite	Durée effective de prise / Date d'arrêt si connue	Après un examen ?

**1.2 EN CAS D'HOSPITALISATION DANS UN AUTRE SERVICE (DATE : ...../...../2015)**

Le diagnostic établi dans le service est-il différent de celui du service précédent ? **OUI NON**  
 → si oui, lequel ? ....

Une antibiothérapie est-elle toujours prescrite au patient ? **OUI NON**

L'antibiothérapie prescrite par le service est-elle modifiée par rapport à la précédente ? **OUI NON**  
 → si oui, remplir le tableau H ci-dessous

Tableau H	DCI	Posologie	Voie d'administration	Durée prescrite	Durée effective de prise / Date d'arrêt si connue	Après un examen ?

Y a-t-il d'autres modifications d'antibiothérapies dans ce service ? **OUI NON**  
 → si oui, remplir le tableau I ci-dessous en respectant l'ordre chronologique

Tableau I	DCI	Posologie	Voie d'administration	Durée prescrite	Durée effective de prise / Date d'arrêt si connue	Après un examen ?

**2. Sortie de l'hôpital**

Date : ..... / ..... / 2015

Une antibiothérapie est-elle toujours prescrite au patient ? **OUI NON**  
 → si oui, remplir le tableau J ci-dessous

Tableau J	DCI	Posologie	Voie d'administration	Durée prescrite

**FICHE D'ÉVALUATION DES ANTIBIOTHÉRAPIES**  
**(selon les référentiels)**  
**Antibiothérapie instaurée en ville et arrivée au SAU du CHU de Grenoble**

*Objet : analyse et évaluation de prescriptions d'antibiotiques de ville à l'arrivée au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble.*

Cette fiche d'évaluation de la prescription permettant une analyse d'ordonnance ne s'intéresse uniquement à la prise en charge antibiotique et n'a pas pour but de commenter l'ordonnance dans son intégralité.

Cette fiche est à remplir par la personne en charge de lire les référentiels en se référant à la fiche de recueil.

En cas de question fermée, il faut entourer la bonne réponse se trouvant sur la partie droite de la feuille. En cas de question ouverte où des items sont proposés, il faut cocher le ou les item(s) qui semblent le plus appropriés à la situation.

En cas de question ouverte sans proposition d'items, il faut écrire sa réponse dans l'espace imparti.

Les contre-indications et les interactions médicamenteuses seront résumées en pages 5 et 6 à la fin de la fiche.

Antibiothérapie **justifiée** : une antibiothérapie était effectivement indiquée.  
 Antibiothérapie **pertinente** : le choix de la molécule était effectivement le bon.  
 Antibiothérapie **conforme** : la posologie et la voie d'administration sont adaptées, absence d'IM et de CI.

## 1. Antibiothérapie(s) communautaires

### 1.1 PREMIERE ANTIBIOTHERAPIE INSTAUREE EN VILLE (TABLEAU B DE LA FICHE DE RECUEIL DE DONNEES)

L'antibiothérapie semble-t-elle justifiée ?

<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))

- Etiologie rarement bactérienne
- Examens n'orientant pas vers une étiologie bactérienne
- Pas d'infection

En cas de commentaires : ....

L'antibiothérapie semble-t-elle pertinente ?

<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))

- Molécule(s) non adaptée(s) à la clinique
- Molécule(s) non recommandée(s) dans cette indication
- Association non recommandée

En cas de commentaires : ....

L'antibiothérapie semble-t-elle conforme ?

<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))

- Posologie non adaptée
- Voie d'administration non adaptée
- Présence de contre-indications
- Présence d'interactions médicamenteuses

En cas de commentaires : ....

## 1.2 ANTIBIOTHERAPIES SUCCESSIVES EVENTUELLES INSTAUREES EN VILLE (TABLEAU C S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle justifiée ?

OUI	OUI	NON	NON
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))

- Etiologie rarement bactérienne
- Examens n'orientant pas vers une étiologie bactérienne
- Pas d'infection

En cas de commentaires : ....

---

L'antibiothérapie semble-t-elle pertinente ?

OUI	OUI	NON	NON
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))

- Molécule(s) non adaptée(s) à la clinique
- Molécule(s) non recommandée(s) dans cette indication
- Association non recommandée

En cas de commentaires : ....

---

L'antibiothérapie semble-t-elle conforme ?

OUI	OUI	NON	NON
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))

- Posologie non adaptée
- Voie d'administration non adaptée
- Présence de contre-indications
- Présence d'interactions médicamenteuses

En cas de commentaires : ....

Selon les référentiels : quelle antibiothérapie aurait été la plus adaptée dans cette situation ? ....

## 1. Admission au SAU

### 2.1 ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE AU SAU (TABLEAU D S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle justifiée ?

OUI	OUI	NON	NON
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

En cas de commentaires : ....

---

L'antibiothérapie semble-t-elle pertinente ?

OUI	OUI	NON	NON
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

En cas de commentaires : ....

---

L'antibiothérapie semble-t-elle conforme ?

OUI	OUI	NON	NON
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

En cas de commentaires : ....

### 3. Sortie du SAU et transfert dans un service du CHU de Grenoble

#### 3.1 SI HOSPITALISATION A L'UHCD (TABLEAU E S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

#### 3.2 SI HOSPITALISATION DANS UN SERVICE

##### 3.2.1 ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE DANS LE SERVICE (TABLEAU F S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

##### 3.2.2 ANTIBIOTHERAPIES SUCCESSIVES EVENTUELLES DANS LE SERVICE (TABLEAU G S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

### 3.3 **SI HOSPITALISATION DANS UN SECOND SERVICE**

#### 3.2.1 **ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE DANS LE SERVICE** (TABLEAU H S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

#### 3.2.2 **ANTIBIOTHERAPIES SUCCESSIVES EVENTUELLES DANS LE SERVICE** (TABLEAU I S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

### 3. Sortie définitive du CHU de Grenoble

#### 4.3 **ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE POUR LA SORTIE DEFINITIVE DU PATIENT** (TABLEAU J S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

Tableau résumant les différentes contre-indications intégrant au moins un antibiotique :

Antibiotiques en cause	Antécédents en cause	Risques pour le patient	Niveau de CI
			<input type="checkbox"/> CI absolue <input type="checkbox"/> Déconseillée <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> A prendre en compte
Commentaires : ....			
			<input type="checkbox"/> CI absolue <input type="checkbox"/> Déconseillée <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> A prendre en compte
Commentaires : ....			
			<input type="checkbox"/> CI absolue <input type="checkbox"/> Déconseillée <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> A prendre en compte
Commentaires : ....			
			<input type="checkbox"/> CI absolue <input type="checkbox"/> Déconseillée <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> A prendre en compte
Commentaires : ....			
			<input type="checkbox"/> CI absolue <input type="checkbox"/> Déconseillée <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> A prendre en compte
Commentaires : ....			

Tableau résumant les différentes interactions médicamenteuses intégrant au moins un antibiotique :

Antibiotiques en cause	Autres DCI impliquées	Risques pour le patient	Niveau de l'IM
			<input type="checkbox"/> CI absolue <input type="checkbox"/> Déconseillée <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> A prendre en compte
Commentaires : ....			
			<input type="checkbox"/> CI absolue <input type="checkbox"/> Déconseillée <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> A prendre en compte
Commentaires : ....			
			<input type="checkbox"/> CI absolue <input type="checkbox"/> Déconseillée <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> A prendre en compte
Commentaires : ....			
			<input type="checkbox"/> CI absolue <input type="checkbox"/> Déconseillée <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> A prendre en compte
Commentaires : ....			
			<input type="checkbox"/> CI absolue <input type="checkbox"/> Déconseillée <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> A prendre en compte
Commentaires : ....			



**FICHE D'ÉVALUATION DES ANTIBIOTHÉRAPIES**  
**(selon l'infectiologue)**  
**Antibiothérapie instaurée en ville et arrivée au SAU du CHU de Grenoble**

---

*Objet: analyse et évaluation de prescriptions d'antibiotiques de ville à l'arrivée au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble.*

Cette fiche est à remplir par l'expert médical en infectiologie en se référant à la fiche de recueil.  
 En cas de question fermée, il faut entourer la bonne réponse se trouvant sur la partie droite de la feuille.  
 En cas de question ouverte où des items sont proposés, il faut cocher le ou les item(s) qui semblent le plus appropriés à la situation.  
 En cas de question ouverte sans proposition d'items, il faut écrire sa réponse dans l'espace imparti.

Antibiothérapie **justifiée** : une antibiothérapie était effectivement indiquée.  
 Antibiothérapie **pertinente** : le choix de la molécule était effectivement le bon.  
 Antibiothérapie **conforme** : la posologie et la voie d'administration sont adaptées.

**1. Antibiothérapie(s) communautaires**

**1.1 PREMIERE ANTIBIOTHERAPIE INSTAUREE EN VILLE** (TABLEAU B DE LA FICHE DE RECUEIL DE DONNEES)

L'antibiothérapie semble-t-elle justifiée ?

	<b>OUI</b> <b>certainement</b>	<b>OUI</b> <b>peut-être</b>	<b>NON</b> <b>probablement</b>	<b>NON</b> <b>certainement</b>
	→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))			
	<input type="checkbox"/> Etiologie rarement bactérienne			
	<input type="checkbox"/> Examens n'orientant pas vers une étiologie bactérienne			
	<input type="checkbox"/> Pas d'infection			

En cas de commentaires : ....

---

L'antibiothérapie semble-t-elle pertinente ?

	<b>OUI</b> <b>certainement</b>	<b>OUI</b> <b>peut-être</b>	<b>NON</b> <b>probablement</b>	<b>NON</b> <b>certainement</b>
	→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))			
	<input type="checkbox"/> Molécule(s) non adaptée(s) à la clinique			
	<input type="checkbox"/> Molécule(s) non recommandée(s) dans cette indication			
	<input type="checkbox"/> Association non recommandée			

En cas de commentaires : ....

---

L'antibiothérapie semble-t-elle conforme ?

	<b>OUI</b> <b>certainement</b>	<b>OUI</b> <b>peut-être</b>	<b>NON</b> <b>probablement</b>	<b>NON</b> <b>certainement</b>
	→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))			
	<input type="checkbox"/> Posologie non adaptée			
	<input type="checkbox"/> Voie d'administration non adaptée			

En cas de commentaires : ....

**1.2 ANTIBIOTHERAPIES SUCCESSIVES EVENTUELLES INSTAUREES EN VILLE (TABLEAU C S'IL EST COMPLETE)**

L'antibiothérapie semble-t-elle justifiée ?

<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))

- Etiologie rarement bactérienne
- Examens n'orientant pas vers une étiologie bactérienne
- Pas d'infection

En cas de commentaires : ...

L'antibiothérapie semble-t-elle pertinente ?

<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))

- Molécule(s) non adaptée(s) à la clinique
- Molécule(s) non recommandée(s) dans cette indication
- Association non recommandée

En cas de commentaires : ...

L'antibiothérapie semble-t-elle conforme ?

<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))

- Posologie non adaptée
- Voie d'administration non adaptée

En cas de commentaires : ...

Avis d'expert : quelle antibiothérapie aurait été la plus adaptée dans cette situation ? ...

**1. Admission au SAU**

**2.1 ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE AU SAU (TABLEAU D S'IL EST COMPLETE)**

Une antibiothérapie est-elle nécessaire ?

<b>OUI</b>	<b>NON</b>
------------	------------

L'antibiothérapie semble-t-elle justifiée ?

<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

En cas de commentaires : ...

L'antibiothérapie semble-t-elle pertinente ?

<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

En cas de commentaires : ...

L'antibiothérapie semble-t-elle conforme ?

<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

En cas de commentaires : ...

### 3. Sortie du SAU et transfert dans un service du CHU de Grenoble

#### 3.1 SI HOSPITALISATION A L'UHCD (TABLEAU E S'IL EST COMPLETE)

Une antibiothérapie est-elle nécessaire ?			<b>OUI</b>	<b>NON</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
<hr/>				
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
<hr/>				
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

#### 3.2 SI HOSPITALISATION DANS UN SERVICE

##### 3.2.1 ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE DANS LE SERVICE (TABLEAU F S'IL EST COMPLETE)

Une antibiothérapie est-elle nécessaire ?			<b>OUI</b>	<b>NON</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
<hr/>				
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
<hr/>				
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

##### 3.2.2 ANTIBIOTHERAPIES SUCCESSIVES EVENTUELLES DANS LE SERVICE (TABLEAU G S'IL EST COMPLETE)

Une antibiothérapie est-elle nécessaire ?			<b>OUI</b>	<b>NON</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
<hr/>				
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
<hr/>				
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

### 3.3 SI HOSPITALISATION DANS UN SECOND SERVICE

#### 3.2.1 ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE DANS LE SERVICE (TABLEAU H S'IL EST COMPLETE)

Une antibiothérapie est-elle nécessaire ?			<b>OUI</b>	<b>NON</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

#### 3.2.2 ANTIBIOTHERAPIES SUCCESSIVES EVENTUELLES DANS LE SERVICE (TABLEAU I S'IL EST COMPLETE)

Une antibiothérapie est-elle nécessaire ?			<b>OUI</b>	<b>NON</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

### 3. Sortie définitive du CHU de Grenoble

#### 4.3 ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE POUR LA SORTIE DEFINITIVE DU PATIENT (TABLEAU J S'IL EST COMPLETE)

Une antibiothérapie est-elle nécessaire ?			<b>OUI</b>	<b>NON</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>justifiée</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

**FICHE D'ÉVALUATION DES ANTIBIOTHERAPIES**  
**(selon le pharmacien)**  
**Antibiothérapie instaurée en ville et arrivée au SAU du CHU de Grenoble**

*Objet: analyse et évaluation de prescriptions d'antibiotiques de ville à l'arrivée au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble.*

Cette fiche d'évaluation de la prescription permettant une analyse d'ordonnance ne s'intéresse uniquement à la prise en charge antibiotique et n'a pas pour but de commenter l'ordonnance dans son intégralité.

Cette fiche est à remplir par la personne en charge de lire les référentiels en se référant à la fiche de recueil.

En cas de question fermée, il faut entourer la bonne réponse se trouvant sur la partie droite de la feuille.

En cas de question ouverte où des items sont proposés, il faut cocher le ou les item(s) qui semblent le plus appropriés à la situation.

En cas de question ouverte sans proposition d'items, il faut écrire sa réponse dans l'espace imparti.

Les contre-indications et les interactions médicamenteuses seront résumées en page 4 à la fin de la fiche.

Antibiothérapie **pertinente** : le choix de la molécule était effectivement le bon.  
 Antibiothérapie **conforme** : la posologie et la voie d'administration sont adaptées, absence d'IM et de CI.

## 1. Antibiothérapie(s) communautaires

### 1.1 PREMIERE ANTIBIOTHERAPIE INSTAUREE EN VILLE (TABLEAU B DE LA FICHE DE RECUEIL DE DONNEES)

L'antibiothérapie semble-t-elle pertinente ?

	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))				
<input type="checkbox"/> Molécule(s) non adaptée(s) à la clinique				
<input type="checkbox"/> Molécule(s) non recommandée(s) dans cette indication				
<input type="checkbox"/> Association non recommandée				

En cas de commentaires : ....

L'antibiothérapie semble-t-elle conforme ?

	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>
→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))				
<input type="checkbox"/> Posologie non adaptée				
<input type="checkbox"/> Voie d'administration non adaptée				
<input type="checkbox"/> Présence de contre-indications				
→ Potentiel impact pour le patient ?				<b>OUI    NON</b>
<input type="checkbox"/> Présence d'interactions médicamenteuses				
→ Potentiel impact pour le patient ?				<b>OUI    NON</b>

En cas de commentaires : ....

## 1.2 ANTIBIOTHERAPIES SUCCESSIVES EVENTUELLES INSTAUREES EN VILLE (TABLEAU C S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b> <b>certainement</b>	<b>OUI</b> <b>peut-être</b>	<b>NON</b> <b>probablement</b>	<b>NON</b> <b>certainement</b>
→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))				
<input type="checkbox"/> Molécule(s) non adaptée(s) à la clinique				
<input type="checkbox"/> Molécule(s) non recommandée(s) dans cette indication				
<input type="checkbox"/> Association non recommandée				
En cas de commentaires : ....				

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b> <b>certainement</b>	<b>OUI</b> <b>peut-être</b>	<b>NON</b> <b>probablement</b>	<b>NON</b> <b>certainement</b>	
→ si non, pourquoi ? (cochez le ou les item(s))					
<input type="checkbox"/> Posologie non adaptée					
<input type="checkbox"/> Voie d'administration non adaptée					
<input type="checkbox"/> Présence de contre-indications					
→ Potentiel impact pour le patient ?					
				<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<input type="checkbox"/> Présence d'interactions médicamenteuses					
→ Potentiel impact pour le patient ?					
				<b>OUI</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ....					

## 1. Admission au SAU

### 2.1 ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE AU SAU (TABLEAU D S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b> <b>certainement</b>	<b>OUI</b> <b>peut-être</b>	<b>NON</b> <b>probablement</b>	<b>NON</b> <b>certainement</b>
En cas de commentaires : ....				

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b> <b>certainement</b>	<b>OUI</b> <b>peut-être</b>	<b>NON</b> <b>probablement</b>	<b>NON</b> <b>certainement</b>
En cas de commentaires : ....				

## 3. Sortie du SAU et transfert dans un service du CHU de Grenoble

### 3.1 SI HOSPITALISATION A L'UHCD (TABLEAU E S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b> <b>certainement</b>	<b>OUI</b> <b>peut-être</b>	<b>NON</b> <b>probablement</b>	<b>NON</b> <b>certainement</b>
En cas de commentaires : ....				

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b> <b>certainement</b>	<b>OUI</b> <b>peut-être</b>	<b>NON</b> <b>probablement</b>	<b>NON</b> <b>certainement</b>
En cas de commentaires : ....				

### **3.2 SI HOSPITALISATION DANS UN SERVICE**

#### **3.2.1 ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE DANS LE SERVICE (TABLEAU F S'IL EST COMPLETE)**

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

#### **3.2.2 ANTIBIOTHERAPIES SUCCESSIVES EVENTUELLES DANS LE SERVICE (TABLEAU G S'IL EST COMPLETE)**

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

### **3.3 SI HOSPITALISATION DANS UN SECOND SERVICE**

#### **3.2.1 ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE DANS LE SERVICE (TABLEAU H S'IL EST COMPLETE)**

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

#### **3.2.2 ANTIBIOTHERAPIES SUCCESSIVES EVENTUELLES DANS LE SERVICE (TABLEAU I S'IL EST COMPLETE)**

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>pertinente</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

---

L'antibiothérapie semble-t-elle <u>conforme</u> ?	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NON</b>
En cas de commentaires : ...	<b>certainement</b>	<b>peut-être</b>	<b>probablement</b>	<b>certainement</b>

### 3. Sortie définitive du CHU de Grenoble

#### 4.3 ANTIBIOTHERAPIE PRESCRITE POUR LA SORTIE DEFINITIVE DU PATIENT (TABLEAU J S'IL EST COMPLETE)

L'antibiothérapie semble-t-elle pertinente ?      **OUI**      **OUI**      **NON**      **NON**  
    **certainement**      **peut-être**      **probablement**      **certainement**  
 En cas de commentaires : ....

L'antibiothérapie semble-t-elle conforme ?      **OUI**      **OUI**      **NON**      **NON**  
    **certainement**      **peut-être**      **probablement**      **certainement**  
 En cas de commentaires : ....

Tableau résumant les différentes contre-indications intégrant au moins un antibiotique :

Antibiotiques en cause	Antécédents en cause	Potentiel impact pour le patient ?	
		OUI	NON
Commentaires : ....			
Commentaires : ....			
Commentaires : ....			

Tableau résumant les différentes interactions médicamenteuses intégrant au moins un antibiotique :

Antibiotiques en cause	Autres DCI impliquées	Potentiel impact pour le patient ?	
		OUI	NON
Commentaires : ....			
Commentaires : ....			
Commentaires : ....			



Antonin ROUGE

ANALYSE DE 103 PRESCRIPTIONS DE VILLE À L'ENTRÉE DES URGENCES DU CENTRE  
HOSPITALO-UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES : UNE PHOTOGRAPHIE DE LA QUALITÉ  
DES PRESCRIPTIONS ANTIBIOTIQUES COMMUNAUTAIRES

RESUME :

**Objectif:** Analyser la qualité des prescriptions antibiotiques dans le secteur communautaire et hospitalier, et étudier les facteurs associés au bon usage des antibactériens en ville.

**Méthodes:** Cette étude prospective monocentrique concernait tous les patients majeurs admis au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre hospitalo-universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), de juin à août 2015, avec une antibiothérapie en cours prescrite par un praticien de ville. Les prescriptions d'antibiotiques ambulatoires et hospitalières successives étaient évaluées jusqu'à la sortie des patients selon les recommandations nationales et par un comité d'experts médico-pharmaceutique.

**Résultats:** 26,2% des 103 patients admis au SAU avaient une prescription antibiotique communautaire jugée optimale selon les référentiels. L'analyse par un comité d'experts présentait des résultats similaires ( $\kappa = 0,59$ ). Deux facteurs étaient statistiquement associés à la qualité des antibiothérapies prescrites en ville : une clairance rénale supérieure à 60 mL/min et la réalisation d'un test diagnostique. Après admission au CHUGA, 62,5% et 75% des antibiothérapies réévaluées étaient respectivement jugées optimales dans le secteur des urgences et les autres services hospitaliers.

**Conclusion:** Une amélioration des pratiques quant à l'utilisation des antibiotiques est nécessaire et doit notamment passer par une meilleure formation des prescripteurs et la promotion des différents Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD).

LES MOTS CLES : antibiotiques, bon usage, communautaire

ADRESSE : [Données à caractère personnel]

FILIERE : officine