

Le bon usage des antibiotiques dans les infections cutanées aux urgences adultes : étude rétrospective multicentrique dans les hôpitaux généraux en PACA-Est sur une année

Florian Cerea

▶ **To cite this version:**

Florian Cerea. Le bon usage des antibiotiques dans les infections cutanées aux urgences adultes : étude rétrospective multicentrique dans les hôpitaux généraux en PACA-Est sur une année. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02386630

HAL Id: dumas-02386630

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02386630

Submitted on 29 Nov 2019

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNEE 2019

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice le :

Lundi 14 octobre 2019

Par

Monsieur CEREA Florian

Né le 19 Septembre 1988, à Champigny Sur Marne (94)

Le bon usage des antibiotiques dans les infections cutanées aux urgences adultes : étude rétrospective multicentrique dans les hôpitaux généraux en PACA - EST sur une année.

Membres du jury

Président du jury	Monsieur le **Professeur Raymond RUIMY**
Directeur de thèse	Monsieur le **Docteur Pascal DEL GIUDICE**
Assesseurs	Monsieur le **Professeur Pierre DELLAMONICA**
	Monsieur le **Professeur Gilles GARDON**
	Monsieur le **Docteur Didier JAMMES**

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick
	M. BENCHIMOL Daniel

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Remerciements

Aux membres du jury,

À monsieur le Professeur Raymond Ruimy, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse et juger mon travail, soyez assuré de ma considération la plus respectueuse.

À monsieur le Professeur Pierre Dellamonica, vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury, veuillez recevoir l'expression de mes remerciements les plus respectueux.

À monsieur le Professeur Gilles Gardon, vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury, veuillez recevoir l'expression de mes remerciements les plus respectueux.

À monsieur le Docteur Didier Jammes, merci de me faire l'honneur de ta présence dans mon jury afin de juger ce travail.

À monsieur le Docteur Pascal Del Giudice, merci d'avoir dirigé cette thèse et m'avoir guidé à travers tous ce périple. Merci de ta patience et de tes nombreux et précieux conseils.

À mes parents, qui m'ont dans un premier temps poussé vers ces études, puis soutenu pendant toutes ces années. Grace à vous, j'ai découvert le sud l'instant de quelques vacances, pour finalement les rendre permanentes. Je sais que ça n'a pas été simple de vous séparer de votre petit garçon, mais la nécessité de couper le cordon ombilical était d'importance, ce qui ne nous empêche pas, malgré tous les évènements de la vie, de rester unis. Merci Maman, Merci Papa.

À La Personne qui m'a toujours soutenu à travers toutes ces années, qui m'a aidé à être qui je suis, sans qui je ne serai pas là aujourd'hui, qui a fait de moi un e(s)tranger. Cette histoire a débuté en 2013 et j'espère bien qu'elle perdurera longtemps. Merci d'avoir lu en moi et cru en nous. Merci MON Amour (#Flo^2).

À ma sœur, sans qui je n'aurai pas tenu le coup, toutes nos sessions films dans la chambre, tous nos rires et amusements, tous nos parcs, tout notre nous (Marchpaslàchémouyé).

À mes grands-parents, présents et ceux partis trop tôt pour l'éducation et tout l'amour que vous m'avez procuré.

À ma belle-famille, que j'adore et qui m'a accepté tel que je suis et soutenu. Merci Mumu, Etienne et Pierre-Alex.

À mes camarades et amis de la faculté de médecine de Créteil, qui m'ont permis de m'ouvrir et de m'assumer, leur générosité, ces années d'insouciances … nous étions jeunes. Merci à ***Stan, Nunu, Morguy, Razou, Nico, Cathcath, Demoul, Clairounette***, pour tout notre temps à l'EMC, et cette expérience devenue une amitié.

À mes amies de conf (et de cœur), ***Alexia, Marie V. et Marie C.*** pour tous ces moments à se prendre la tête, toutes ces soirées à se taper la tête, tous ces lendemains de soirées à avoir mal à la tête.

À mon fil conducteur … ***Ariane*** pour ce que l'on s'est apporté l'un l'autre, ces moments de tristesse et de joie, cette complicité, et à ces vacances dans le Sud qui m'ont précipité là où je suis aujourd'hui.

À tous les amis/amies et connaissances, que j'ai pu rencontrer lors de mon internat que ce soit de Nice ou de Fréjus, *Samantha, Fanny, Quentin, Aviva, Catherine, Margaux, John, Déb, Ilanite, Jenn, Constance, Gauthier, Mathildus, Guigui, Jérém, Chacha, Maxou, Crécré, Loloche, Marie-lèvre, Camille Michal (et son orange), Fanny, Wanda, Fred, Laurie, Dédé, Marie-Touf, Hatem, Loloche, Sanchou, Lacazouille, Rémy*, et ceux que j'oublie, merci d'avoir été là.

À Anne-So et Viovio, des co-internes devenues des amies, à nos soirées et nos plages, à notre Ferme adorée (et à Hector le Castor …).

À mon Toto, pour tous ces moments, tous ces fou-rires, toutes nos rigolades.

À ma Jess, et tout ce que l'on a rigolé et partagé.

À Brazieros Del Fuego (Camillou), pour ton soutien inégalable, pour ta gentillesse, notre amitié - qu'elle puisse durer longtemps, et nos sessions ski, vive le soleil Mewtwo.

À tou(te)s les infirmièr(e)s, aides-soignant(e)s, auxiliaires puéricultrices, ASH, secrétaires et médecins, qui m'ont vu grandir, qui m'ont fait grandir et qui ont partagé leurs connaissances et expériences.

À Mylène, pour sa présence acharnée dans mes conduits auditifs externes, qui pendant des heures durant m'a soutenu à coup de « je saigne aux 4 veines ». Sans contrefaçon, Mylène s'en fout, Et pourtant … Nous souviendrons nous de Tristana ? Je te rends ton amour desgénérations Désenchantées.

SOMMAIRE

Remerciements **9**

Serment D'Hippocrate **12**

Liste des abréviations : **13**

Liste Figures et Tableau **14**

INTRODUCTION **15**

MATERIEL ET METHODE : **16**

RESULTATS : **18**

DISCUSSION : **23**

CONCLUSION : **27**

Références **28**

Annexes **31**

Résumé **33**

Serment D’Hippocrate

« Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité. Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque. »

Liste des abréviations :

AB : Antibiotique

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CH : Centre Hospitalier

DHBA : Dermohypodermite Aigue Bactérienne

EU: États-Unis

IDSA: Infectious Diseases Society of America

SARM-CO : *Staphylococcus Aureus* Résistant à la Méticilline communautaire

TMP-SMX : Triméthoprime / Sulfaméthoxazole

Liste Figures et Tableau

Figure 1 : Répartition des différents dossiers des Centres Hospitaliers **18**

Figure 2 : Recueil des différents diagnostics posés aux urgences **19**

Figure 3 : Bon usage AB entre le groupe DHBA et le groupe abcès **20**

Tableau 1 : Comparatif indication AB entre les différents CH de la région PACA-EST **21**

Figure 4 : répartition prescription AB dans les DHBA **22**

INTRODUCTION

Dans un contexte d'émergence de bactéries résistantes aux antibiotiques (AB) (1), leur bon usage est considéré comme un enjeu de santé publique (2). L'évaluation de la pertinence de prescription des AB est un outil de la politique du bon usage. Les infections cutanées représentent une part importante de cette prescription.(3,4)

L'objectif de l'étude était d'évaluer le bon usage des AB dans les infections cutanées aux urgences des hôpitaux généraux de la zone Est de la Provence Alpes Cotes d'Azur (PACA).

MATERIEL ET METHODE :

Nous avons réalisé une étude rétrospective multicentrique ; les hôpitaux généraux publics de la région PACA EST (Centre Hospitalier (CH) Intercommunal de Fréjus/Saint-Raphaël, le CH de Cannes, le CH d'Antibes-Juan-Les-Pins, et le CH de Grasse) ont accepté d'y participer sur l'année 2016 (du 01/01/2016 au 31/12/2016). Le critère d'inclusion était tout patient admis aux urgences adultes et ayant eu un prélèvement bactériologique cutané. Les données cliniques et microbiologiques étaient recueillies sur une fiche standardisée à partir du dossier des urgences : nom, âge, sexe, diagnostic clinique, demande d'un avis spécialisé, traitement AB ou non, antibiotique(s) prescrit(s) si prescrit, durée du traitement AB, bactéries identifiées sur le prélèvement cutané.

Le critère d'évaluation principal était la pertinence de la mise en route d'une antibiothérapie au regard du diagnostic clinique proposé par l'urgentiste. Les critères d'évaluation secondaires étaient la pertinence de l'AB prescrit en termes de molécules, de durée, de l'efficacité contre le germe retrouvé.

Les données recueillies ont été interprétés en fonction des recommandations existantes en 2016 : pour les dermohypodermites bactériennes aigues (DHBA) la conférence de consensus sur la prise en charge de l'érysipèle de 2000 (5), pour les infections de plaies chroniques la conférence de consensus escarre de 2001 (6), pour la prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse 2006 (7), les recommandations AFSSAPS « prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires » (8), et enfin pour les abcès les recommandations de l'Infectious Diseases Society of America (IDSA) de 2014 (9).

Les hôpitaux généraux étaient de dimensions et de bassin de populations relativement semblables : Population âgée en moyenne de 55 ans sur l'ensemble des hôpitaux. Le CH Intercommunal de Fréjus Saint Raphael a une capacité d'accueil de 547 lits (dont 177 en Médecine), pour le CH de Cannes 747 lits (dont 232 en Médecine), pour le CH d'Antibes-Juan-

Les-Pins 702 lits (dont 252 en Médecine), et au CH de Grasse 545 lits (dont 307 en Médecine). Chaque CH compte un service de microbiologie et un infectiologue.

Les différents outils statistiques de l'étude ont été calculé selon médiane, moyenne, pourcentage et test de Fisher.

RESULTATS :

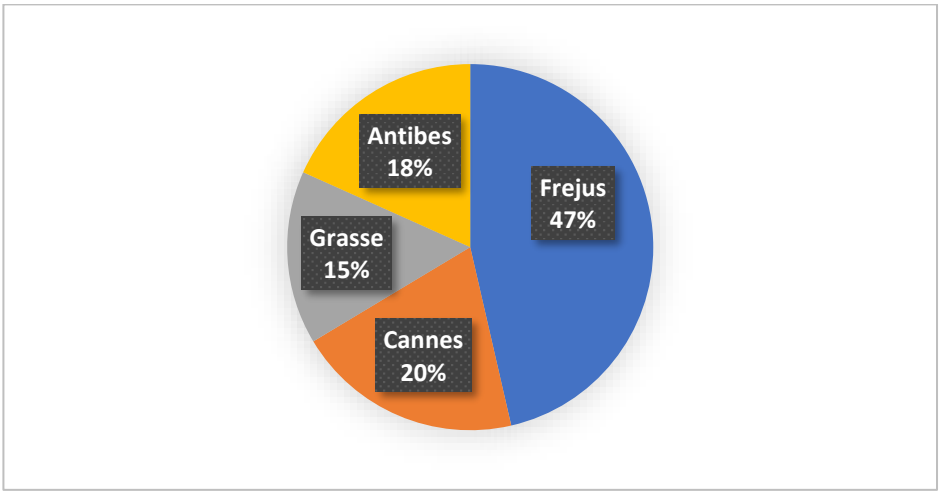


Figure 1 : Répartition des différents dossiers des Centres Hospitaliers

236 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge médian était de 55 ans (moyenne à 55 ; limite (18-102)) avec un pourcentage de femme à 46%.

Leurs répartitions dans les différents hôpitaux est indiquée dans la Figure 1, et selon leurs pathologies dans l'annexe 1.

177 cas correspondaient à des diagnostics d'infection cutanée ; ces différents diagnostics ont été regroupés en catégories suivantes (Figure 2) : DHBA (57 cas soit 32%), abcès (61 ; 34,5%), ulcères surinfectés (1 ; 0,5%), infections sites opératoires (17 ; 9,5%), escarres surinfectées (3 ; 1,5%), morsures animales (5 ; 3%), plaies traumatiques infectées (21 ;12%), kystes sébacées surinfectés (8 ; 4,5%), et intertrigos (4 ; 2,5%).

59 cas ont été exclus de l'étude ne rentrant pas dans les critères d'infections cutanées bactériennes : ulcères non surinfectés, escarres non surinfectées, fistules, ostéite, fracture ouverte, urétrite, maux perforants plantaires, affections verge et testiculaire, hygroma, nécrose, pathologies ORL, bartholinite.

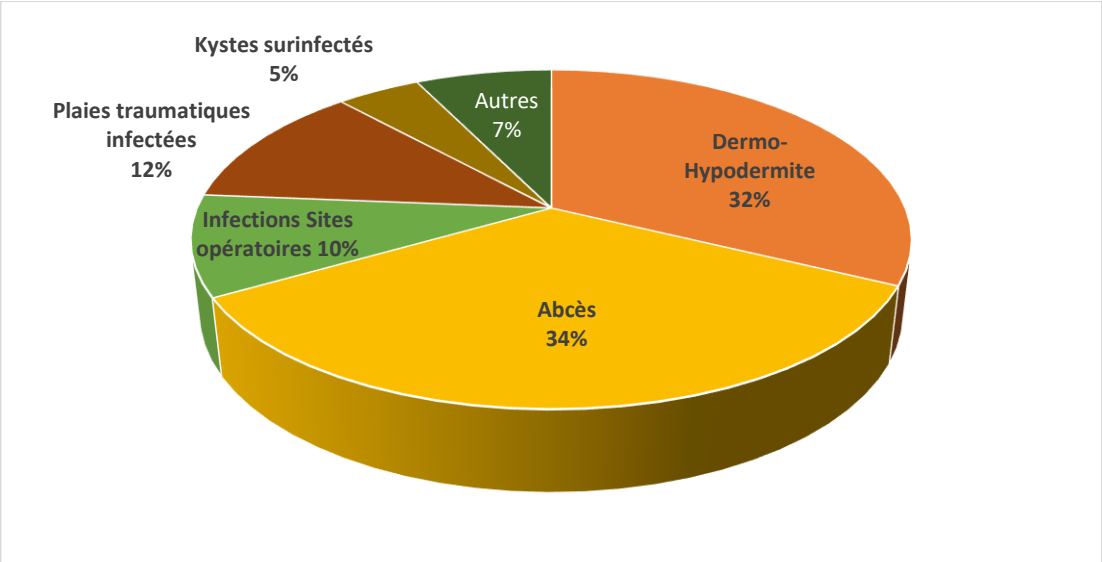


Figure 2 : Recueil des différents diagnostics posés aux urgences

Concernant le critère de jugement principal, à savoir la pertinence d'une prescription d'AB, 164 sur 177 patients étaient analysables (13 dossiers incomplets avec absence de données concernant la prise en charge thérapeutique).

L'indication d'AB était jugée pertinente pour 136 sur 164 patients soit 83% des cas. (40 patients n'avaient pas reçu d'AB). La majorité d'inadéquation provenait d'AB prescrit chez des patients présentant un abcès cutané alors qu'une simple incision et drainage était indiqué sans complément par AB.

Sur ces 136 patients, 104 patients ont reçu un AB dont seuls 49 ont été jugés ayant reçu une molécule adaptée soit 48%.

38,5% des patients (soit 40 cas) ont reçu une durée de traitement en accord avec les recommandations, 18,5% (19 cas) ont reçu une durée de traitement trop courte et 43% ont été jugés avec un traitement trop long.

Un recours par un avis de spécialiste était demandé dans 58,5 % des cas (96 cas sur 164)

134 prélèvements se sont révélés positifs, dans 63,5% l'AB était adaptée au résultat de l'antibiogramme.

Les abcès cutanés et les DHBA représentaient 66,5% du total des diagnostics posés. Ceux-ci ont fait l'objet d'une analyse plus détaillée :

Groupe DHBA : 57 patients recensés dans ce groupe dont 96,5% (55 cas) ont été jugé ayant une indication d'AB pertinente. 43,5% (24 cas sur 55) ont reçu une molécule adaptée.

79% ont reçu un AB de bonne durée (19 cas sur 24).

Enfin dans 60 % des cas, un avis auprès d'un spécialiste était demandé, et dans 76 % des patients la prescription d'antibiotique était adaptée à l'antibiogramme.

Groupe Abcès Cutanée : la pertinence de l'indication d'un AB a été jugée conforme dans 46% des cas (29 cas sur 63). La plupart des patients ont reçu un AB alors qu'il n'existait qu'une indication d'incision et de drainage. Seul 16% des patients ont reçu une molécule adaptée selon les recommandations IDSA (4 cas sur 25), et tous les patients ayant reçu un AB adapté en termes d'indication et de molécule avait tous une bonne durée d'antibiothérapie. Toutefois la pertinence du choix de la molécule ne s'applique pas ici, car nous ne sommes pas dans le contexte épidémiologique américain avec une forte prévalence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline communautaire (SARM-CO).

Dans 62% des situations, un avis à un confrère spécialiste a été demandé, et dans 62,5% des prescriptions, l'AB était adapté aux germes et à son antibiogramme.

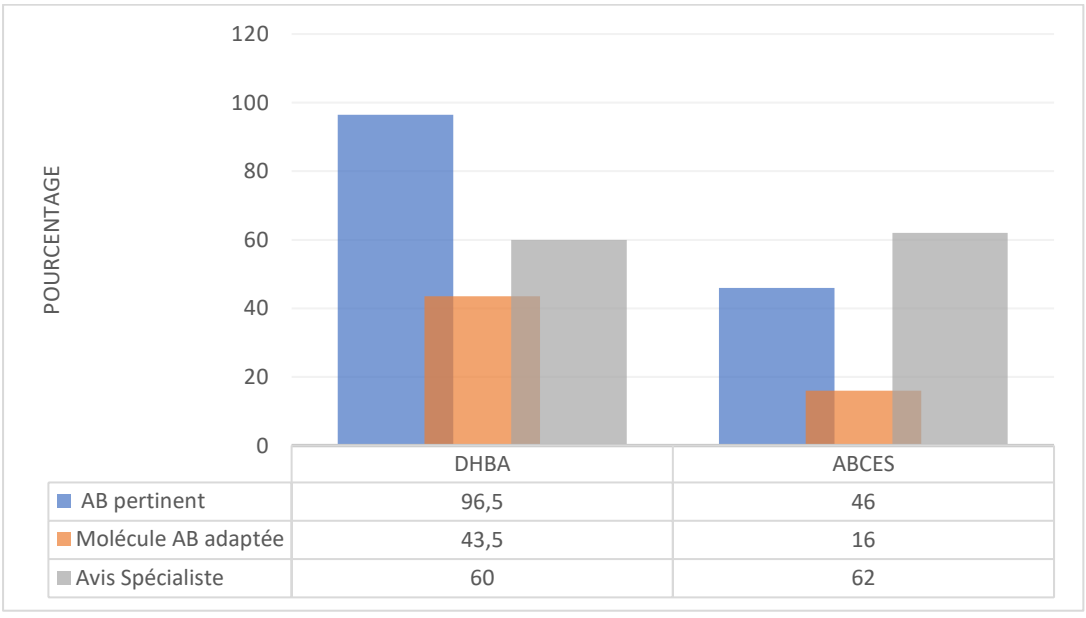


Figure 3 : Bon usage AB entre le groupe DHBA et le groupe abcès

Comparaison entre les différents CH selon le test de Fisher :

Respectivement ; sur le CH Intercommunal de Fréjus/Saint-Raphaël, le CH de Cannes, le CH d'Antibes-Juan-Les-Pins, et le CH de Grasse ; sur l'ensemble des diagnostics, l'indication d'AB était jugée correcte pour 88,5% ; 77% ; 75% ; et 87%.

Pour les DHBA, ils étaient respectivement de 96,5% ; 100 % ; 87,5% ; et 100%.

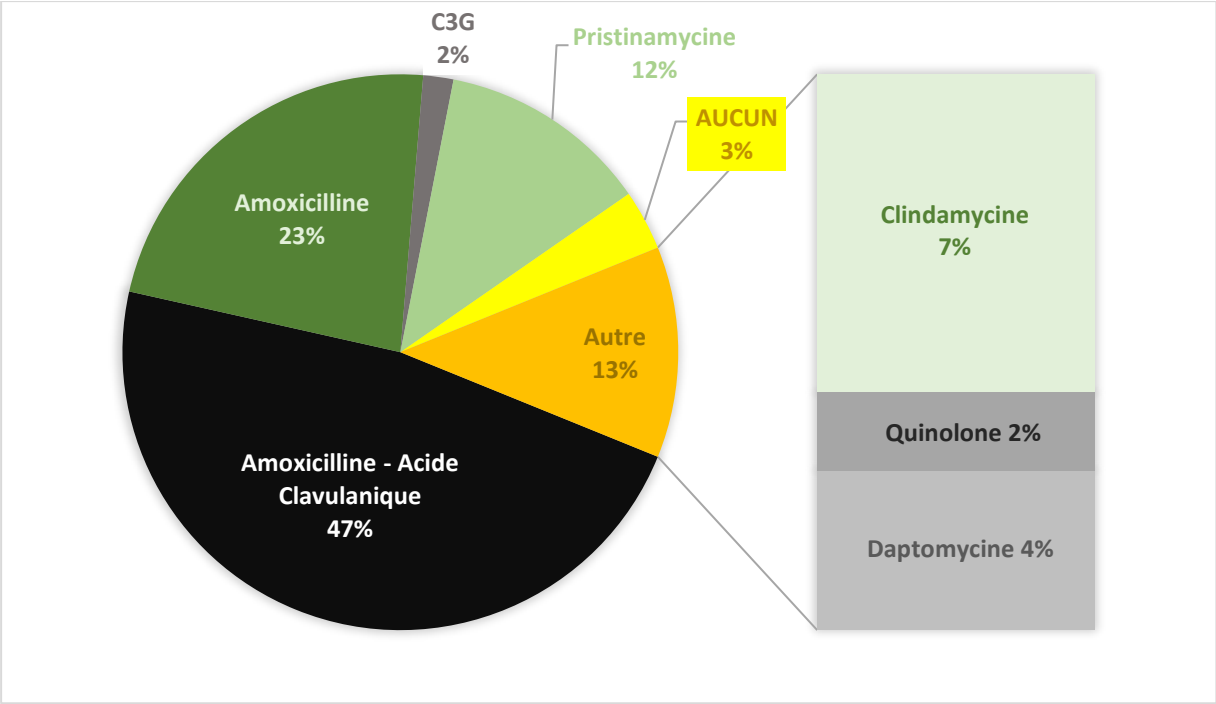
Pour les abcès, ils étaient respectivement de 44,5%, de 50 %, de 50%, et de 40%.

Les résultats du tableau montrent que lorsque l'on compare les différents hôpitaux sur l'indication d'AB pertinente, il n'existe aucune une différence significative entre les hôpitaux.

-	CH Intercommunal Fréjus	CH Cannes	CH d'Antibes Juan Les Pins	CH de Grasse	Total	p
Tous Diagnostics	62 / 70 (88,5%)	30 / 39 (77%)	24 / 32 (75%)	20 / 23 (87%)	141 / 174 (81,5%)	0,22
DHBA	30 / 31 (96,5%)	10 / 10 (100%)	7 / 8 (87,5%)	8 / 8 (100%)	55 / 57 (96,5%)	0,51
Abcès	12 / 27 (44,5%)	8 / 16 (50%)	5 / 10 (50%)	4 / 10 (40%)	29 / 63 (46%)	0,95

Tableau 1 : Comparatif indication AB entre les différents CH de la région PACA-EST

Pour les AB, différentes molécules ont été recensé pour les DHBA : 72% des prescriptions sont de la famille des bétalactamines (23% amoxicilline soit 13 cas, et 47% d'amoxicilline-acide clavulanique soit 27 cas, et enfin 2% de céphalosporine de 3ème génération soit 1 cas). 12,5% des molécules prescrites étaient de la pristinamycine, 2% (1 cas) une fluoroquinolone, 7% (4 cas) la clindamycine, et 4% (2 cas) la daptomycine (Figure 4).



AB recommandé par la conférence de consensus

AB non recommandé par la conférence de consensus

Figure 4 : Répartition prescription AB dans les DHBA

DISCUSSION :

Dans notre étude, nous avons pu observer que l'indication d'un AB (critère de jugement principal) était globalement adaptée dans 83 %. Du fait d'effectif plus important et de recommandations existantes, deux groupes ont retenus notre attention dans l'analyse : le groupe DHBA et le groupe abcès. On observe que dans le groupe DHBA, la pertinence de prescription était de 96,5%, alors que dans le groupe abcès, elle n'était que de 46%. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'il existe une recommandation française pour les DHBA, alors que ce n'était pas le cas pour les abcès. Il existe des recommandations américaines récentes (9), mais non adaptées à notre épidémiologie en particulier concernant le choix des AB (lorsque ceux-ci sont nécessaires) : triméthoprime / sulfaméthoxazole (TMP-SMX), doxycycline, clindamycine actifs sur des SARM-CO faiblement représentés en Europe et non adaptés à la France (10) (la pristinamycine actif sur tous les SARM-CO ne figure pas dans les recommandation américaines car non disponible aux États-Unis (EU)). Donc dans ce groupe abcès, seul le critère de la pertinence de la prescription d'AB a été évaluée et non la nature de l'AB.

En revanche, sur les critères secondaires, seul 43,5% des patients du groupe DHBA ont reçu une molécule AB adaptée, ce qui est peu. Ce n'est pas pour autant que tous les AB non recommandés étaient mal prescrits (11). Dans certains cas, comme pour la daptomycine, l'AB répond aux critères de bon usage mais il ne fait pas partie des AB recommandés. On remarque que la majorité du mésusage est liée à une sur-prescription d'amoxicilline-acide clavulanique. Cette utilisation est possiblement liée à un flou concernant le spectre clinique des cellulites.

Cette étude suggère que lorsque des recommandations existent, les pratiques pour la mise en route d'un AB sont bonnes, mais le choix de la molécule et la durée du traitement sont mis en défaut. Quand les recommandations n'existent pas, l'indication de prescription d'un AB est moins conforme comme le montre les résultats du groupe abcès. Nos recommandations viennent d'être actualisées (12) et c'est donc une avancée dans l'optimisation de la prescription d'AB et donc leur bon usage.

Malgré le fait que l'usage des AB soit une priorité en santé public, peu d'études ont été menées dans les infections cutanées qui représentent pourtant une part importante de leur prescription en pratique courante.

L'étude française de Grenet et Al. (13) évaluait en 2010 la pertinence de prescription des AB prescrits aux urgences pour des patients ambulatoires. 71,2% des prescriptions AB des patients traités pour une infection cutanée étaient jugés non conformes : le critère de jugement associait l'indication AB, avec le choix de la molécule AB et la durée.

L'étude australienne de Denny et Al. (14) évaluait en 2016 la pertinence de la prescription AB des patients passant aux urgences. Elle était de 62,8% pour toutes pathologies confondues. Pour le groupe infection cutanée, 71,8% des prescriptions d'AB étaient pertinentes.

Les limites de ces études viennent que leurs objectifs étaient d'évaluer la globalité des prescriptions AB. Les résultats sur les infections cutanées ont pu être analysés mais sans pouvoir distinguer les différentes pathologies composant ce groupe.

L'étude de Lipsky (15), aux EU, évaluait de 2008 à 2009 dans des services hospitaliers l'adéquation de l'AB de première intention pour des infections cutanées sévères nécessitant un AB intraveineux. 22,5% des patients ont reçu un AB de première intention inappropriée. Ils soulignent que ces taux étaient plus importants dans les « hôpitaux ruraux » que dans les « hôpitaux urbains ». La limite de cette étude était qu'elle n'évaluait que des patients hospitalisés sévères.

Deux autres études, menées respectivement dans un centre hospitalier du Colorado et du Texas, ont évalués, sur des patients aux urgences, la pertinence des prescriptions AB dans les infections cutanées classées selon cellulites, abcès et plaies. La première étude de Hurley et Al.(16) met en évidence que la moitié des patients traité entre 2010 et 2011 en ambulatoire ont reçu un AB non adapté, 48% des patients atteints d'un abcès nécessitait une simple incision et drainage alors que près de 80% des patients ont reçu un AB en complément. 52% des patients atteints de DHBA/cellulites ont reçu un AB non adapté : la majorité des patients ont eu un traitement jugé trop long. La seconde étude de Kamath et Al.(17) évaluait la prise en charge AB post réactualisation des recommandations IDSA de 2014 sur les infections cutanées. 29,1 % des patients atteints d'une DHBA/cellulite ont reçu un AB recommandé (la majorité ayant reçu du

TMP / SMX). 31,5% des patients atteints d'abcès cutanée était en accord avec les recommandations (tous les patients ont reçu un AB).

L'étude de Bernard et Al.(18) comparait sur des hôpitaux français la prise en charge des DHBA hospitalière pré et post conférence de consensus de 2000 (première cohorte en 1999 et seconde cohorte en 2002) et l'AB prescrit par le médecin. Il n'existait pas de différence significative sur le choix de l'AB avant et après la mise en place des recommandations, la Pénicilline G – pour l'époque – restant majoritaire (38%), avec des taux comparables aux résultats précédant la conférence de consensus. 35% des prescriptions restaient non recommandées.

L'étude de Jenkins et Al.(19) constatait un rôle important à la formation continue. Ils ont évalué aux EU entre 2007 et 2010, l'indication, le choix, et la durée d'AB prescrit aux urgences et dans les services hospitaliers avant et après mise en place de recommandations locales sur les infections cutanées. Les résultats nous montraient en effet une diminution nette de la durée totale des AB passant d'une médiane de 13 jours à 10 jours, ainsi qu'une diminution des agents anti infectieux à large spectre prépondérante dans l'émergence des résistances bactériennes : AB large spectre aérobie gram négatif passant de 66% à 36% des patients (soit un $p < 0,001$), anti-pseudomonas passant 28% à 18% (soit un $p = 0,02$), et les anaérobies passant de 76% à 49% (soit un $p < 0,001$). Il est donc possible par la formation d'accorder les professionnels avec les recommandations et ainsi diminuer le nombre de complications par un mauvais choix d'AB.

L'étude niçoise de Klotz et Al.(20), se déroulant de 2005 à 2017, évaluait au sein d'un service d'infectiologie le lien entre l'adhérence aux recommandations françaises de la prescription d'AB et les complications (défini par la mort, le transfert en unité de soins continus, et la nécessité d'une intervention chirurgicale) chez des patients atteints d'un érysipèle / cellulite. 65% des patients ont reçu un AB en accord avec les recommandations.

Peu d'études en France ont été menées sur le sujet de la prescription des AB dans les infections cutanées, surtout sur les abcès cutanés (absence jusqu'alors de recommandation), encore moins en milieu ambulatoire. L'étude de Larivière et Al.(21) évaluait entre 2005 et 2006 la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'érysipèle par des médecins généralistes en France, les

médecins étaient interrogés sur leur prescription. L'AB choisi répondait rarement à la conférence de consensus : 26,5 % d'amoxicilline-acide clavulanique, la prescription de pristinamycine restait élevée à 30,6%. L'amoxicilline seule n'était prescrit que pour 18,3% des patients.

Les limites de notre étude sont de deux ordres ; le critère d'inclusion était des patients admis aux urgences et ayant eu un prélèvement cutané, ce qui implique que toutes les infections cutanées n'ayant pas fait l'objet d'un prélèvement n'ont pas été incluses. Le choix de cette méthodologie est arbitraire et discutable. De plus, notre étude n'a été réalisée que de manière rétrospective.

Toutes les études citées plus haut proposent différentes méthodologies pour l'évaluation du bon usage des antibiotiques. La majorité d'entre elles sont menées à l'hôpital, si bien que les prescriptions en ville semblent un angle mort de la prescription des AB dans les infections cutanées. L'amélioration du recueil des données informatiques est un préalable important pour ce type d'études.

CONCLUSION :

Il est possible d'évaluer le bon usage des antibiotiques dans les infections cutanées, comme le montre les résultats de notre étude. Ces pathologies représentent un motif fréquent de consultation et de prescriptions d'AB. Mais des conditions importantes sont nécessaires à cette évaluation : des recommandations simples, claires, réactualisées et cohérentes (22) et une méthodologie reproductible facile à mettre en œuvre.

Références

1. Roca I, Akova M, Baquero F, Carlet J, Cavaleri M, Coenen S, et al. The global threat of antimicrobial resistance: science for intervention. New Microbes and New Infections. juill 2015;6:22-9.

2. Recommandations - Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de sante. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. sept 2008;27(9):772-88.

3. Ramakrishnan K, Salinas RC, Higuita NIA. Skin and Soft Tissue Infections. 2015;92(6):15.

4. Chrysogelou DI, Clerc O. Infections cutanées aux urgences : le diable se cache dans les détails. REVUE MÉDICALE SUISSE. 2016;5.

5. Érysipèle et fasciite nécrosante. Prise en charge. Conférence de consensus (2000). Med Mal Inf. 30(Suppl 4):252-72.

6. Prevention and treatment of bedsores in adults and the elderly. Ann Dermatol Venereol. 2002 May;129(5 Pt 1):757-65. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf

7. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. mars 2007;134(3):287-98.

8. Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. nov 2004;131(11):1018-21.

9. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases. 15 juill 2014;59(2):e10-52.

10. David MZ, Daum RS. Community-Associated Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus: Epidemiology and Clinical Consequences of an Emerging Epidemic. Clinical Microbiology Reviews. 1 juill 2010;23(3):616-87.

11. Brindle R, Williams OM, Barton E, Featherstone P. Assessment of Antibiotic Treatment of Cellulitis and Erysipelas: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Dermatol [Internet]. 12 juin 2019 ; Disponible sur: http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamadermatol.2019.0884

12. Has. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. août 2019;S0151963819302510.

13. Grenet J, Davido B, Bouchand F, Sivadon-Tardy V, Beauchet A, Tritz T, et al. Evaluating antibiotic therapies prescribed to adult patients in the emergency department. Médecine et Maladies Infectieuses. juin 2016;46(4):207-14.

14. Denny KJ, Gartside JG, Alcorn K, Cross JW, Maloney S, Keijzers G. Appropriateness of antibiotic prescribing in the Emergency Department. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 1 févr 2019;74(2):515-20.

15. Lipsky BA, Napolitano LM, Moran GJ, Vo L, Nicholson S, Kim M. Inappropriate initial antibiotic treatment for complicated skin and soft tissue infections in hospitalized patients: incidence and associated factors. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease. 2014;79(2):273-9.

16. Hurley HJ, Knepper BC, Price CS, Mehler PS, Burman WJ, Jenkins TC. Avoidable Antibiotic Exposure for Uncomplicated Skin and Soft Tissue Infections in the Ambulatory Care Setting. The American Journal of Medicine. déc 2013;126(12):1099-106.

17. Kamath RS, Sudhakar D, Gardner JG, Hemmige V, Safar H, Musher DM. Guidelines vs Actual Management of Skin and Soft Tissue Infections in the Emergency Department. Open Forum Infect Dis [Internet]. 12 janv 2018 ; 5(1). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5767964/

18. P. Bernard, D. Christmann, M. Morel. Prise en charge de l'érysipèle en milieu hospitalier. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. mars 2005;1343(3):205.

19. Jenkins TC, Knepper BC, Sabel AL, Sarcone EE, Long JA, Haukoos JS, et al. Decreased Antibiotic Utilization After Implementation of a Guideline for Inpatient Cellulitis and Cutaneous Abscess. Arch Intern Med [Internet]. 27 juin 2011;171(12). Disponible sur: http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2011.29

20. Klotz C, Courjon J, Michelangeli C, Demonchy E, Ruimy R, Roger P-M. Adherence to antibiotic guidelines for erysipelas or cellulitis is associated with a favorable outcome. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. avr 2019;38(4):703-9.

21. Larivière D, Blavot-Delépine A, Fantin B, Lefort A. Prise en charge de l'érysipèle en médecine générale : enquête de pratique. La Revue de Médecine Interne. déc 2011;32(12):730-5.

22. Roger PM, Michélangeli C, Girard D, Etienne P, Borredon G, Dautezac V, et al. Streamlined guidelines for antibiotic therapies are required for greater efficacy. Médecine et Maladies Infectieuses. sept 2019;49(6):363-6.

Annexes

ANNEXE I :

Répartition selon pathologies et hôpitaux.

Répartition	Fréjus	Cannes	Antibes	Grasse	%	Total
DHBA	31	10	8	8	32,2	57
Abcès	27	16	10	8	34,5	61
Ulcères surinfectés	0	0	0	1	0,6	1
Escarres surinfectées	2	0	1	0	1,7	3
Morsures animales	3	0	2	0	2,8	5
Plaies traumatiques infectées	7	7	4	3	11,9	21
Kystes surinfectés	1	2	4	1	4,5	8
Intertrigos	2	0	1	1	2,3	4
Plaies surinfectées post opératoire	7	4	2	4	9,6	17
SOUS TOTAL	80	39	32	26	100%	177
Infections non cutanées	30	8	11	10		59
TOTAL	110	47	43	36		236

ANNEXE II : Résumé des différentes études de la discussion

	Lieu de l'étude	Année(s) de l'étude	Populations	Pathologies	Résultats
Grenet et Al. (13)	France	2010	Urgences	Pertinence prescription AB toutes pathologies	71,2% de la prescription AB des infections cutanées non conformes
Denny et Al. (14)	Australie	2016	Urgences	Pertinence prescription AB toutes pathologies	71,8% de la prescription AB des infections cutanées pertinentes
Lipsky et Al. (15)	États-Unis	2008-2009	Services Hospitaliers	Inadéquation de l'AB de 1ère intention pour infections cutanées sévères	22,5% des patients ont reçu un AB de première intention inappropriée
Hurley et Al. (16)	États-Unis	2010-2011	Urgences	Pertinence prescription AB dans les infections cutanées	50% de prescriptions inadaptées 52% DHBA/cellulites non adaptées 48% des abcès nécessitait juste incision et drainage, 80% de prescription AB en complément
Kamath et Al. (17)	États-Unis	2015-2016	Urgences	Prise en charge AB dans les infections cutanées post réactualisation recommandations	29,1% prescriptions AB des DHBA/Cellulites recommandées 31,5% prescriptions AB des abcès cutanées étaient recommandées
Bernard et Al. (18)	France	2002	Services Hospitaliers	Prise en charge des DHBA pré et post conférence de consensus de 2000	Absence de différence de prise en charge thérapeutique avant et après recommandations. 35% des prescriptions non recommandées
Jenkins et Al.(19)	États-Unis	2007-2010	Urgences et services hospitaliers	Pertinence AB avant et après mise en place de recommandations locales et sensibilisation	Diminution de la durée des AB, diminution de la prescription d'AB large spectre
Klotz et Al. (20)	France	2005-2017	Service d'infectiologie	Adhérence aux recommandations françaises de la prescription d'AB dans les DHBA et les complications	65% de prescriptions recommandées dans les DHBA
Lariviere et Al. (21)	France	2005-2006	Ville / Médecin Généraliste	Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'érésipèle	84% de guérison mais beaucoup d'AB non en accord avec conférence de consensus

Résumé

Introduction : Dans un contexte d'émergence de bactéries résistantes aux antibiotiques (AB), leur bon usage est un enjeu de santé publique. L'objectif de cette étude était d'évaluer leur bon usage dans les infections cutanées.

Méthodes : Cette étude rétrospective était réalisée dans les hôpitaux généraux publics en région PACA-EST sur l'année 2016. Le critère d'inclusion était tout patient admis aux urgences adultes ayant eu un prélèvement bactériologique cutané. Les données cliniques et microbiologiques étaient recueillies sur une fiche standardisée : nom, âge, sexe, diagnostic clinique, avis spécialisé, traitement AB ou non, AB prescrit, durée, germes identifiés. Le critère d'évaluation principal était la pertinence de l'instauration d'un AB au regard du diagnostic posé aux urgences. Les critères secondaires étaient : pertinence du choix l'AB, et sa durée.

Résultats : 236 patients étaient analysés, l'âge moyen étaient de 55 ans (sex ratio de 1,18 : 1). Les diagnostics posés étaient : dermohypodermite bactérienne aigue (DHBA) (57 cas), abcès (61) ulcères surinfectés (1), infections sites opératoires (17), escarres surinfectées (3), morsures animales (5), plaies traumatiques infectées (21), kystes sébacées surinfectés (8), intertrigos (4), infections non cutanées (Fistules, Ostéite, …) (59). Sur ces 177 patients, 164 étaient analysables. 83% des patients ont reçu une prescription d'AB pertinente dont 48% avec une molécule AB adaptée et 39% avec une durée adéquate. Deux groupes (DHBA et abcès) représentant 73% des patients ont eu une analyse plus détaillée : 97% des DHBA avaient une prescription d'AB pertinente dont seul 44% ont reçu un AB recommandé, 46% des prescriptions dans les abcès était pertinentes.

Conclusion : La pertinence d'instauration d'un AB lors d'une infection cutanée est plutôt bonne, mais la nature ainsi que la durée de l'AB utilisée n'était pas conforme. Il est possible d'évaluer le bon usage des AB dans les infections cutanées, mais des conditions importantes sont nécessaires à cette évaluation : des recommandations simples, claires, réactualisées et cohérentes.

Mots-Clefs : Bon usage antibiotique, infections cutanées, dermohypodermite bactérienne, abcès cutanés, urgences, Provences-Alpes-Cotes d'Azur.