

## Liste des abréviations

CDC	Conférence de Consensus
CH	Centre Hospitalier
DPC	Développement professionnel continu
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
FMC	Formation Médicale Continue
GAPP	Groupes d'Analyses de Pratique entre Pairs
H°	Hospitalisation
UI	Unité Internationale

# **Plan**

## **RESUME**

## **INTRODUCTION**

## **METHODES**

## **RESULTATS**

### **1. Traitement ambulatoire reçu devant un érysipèle par les patients hospitalisés secondairement en Dermatologie devant une aggravation ou l'absence d'amélioration clinique**

- 1.1. Population
- 1.2. Traitement ambulatoire initial des patients hospitalisés
  - 1.2.1. Antibiothérapie prescrite
  - 1.2.2. Posologie prescrite du traitement antibiotique
- 1.3. Adéquation aux recommandations établies

### **2. Habitudes thérapeutiques des médecins généralistes libéraux installés en Sarthe en termes d'antibiothérapie dans la prise en charge de l'érysipèle**

- 2.1. Population
- 2.2. Prise en charge de l'érysipèle en pratique
  - 2.2.1. Traitement ambulatoire habituellement prescrit
  - 2.2.2. Adéquation aux recommandations établies
  - 2.2.3. Proportion de guérison des patients traités en ville
  - 2.2.4. Connaissance des recommandations établies en Janvier 2000 concernant l'érysipèle
  - 2.2.5. Participation des médecins généralistes aux FMC
- 2.3. Analyses univariées

## **DISCUSSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

## RESUME

*Introduction.* - Pris en charge en Médecine Générale dans plus de 90% des cas, l'érysipèle est une dermo-hypodermite aigue bactérienne le plus souvent streptococcique, faisant l'objet d'une conférence de consensus établie en Janvier 2000. Les études, principalement hospitalières, montrent que les recommandations sont pourtant peu suivies.

*Objectif.* - Evaluer l'adéquation aux recommandations de la prescription d'antibiothérapie pour érysipèle par les médecins généralistes en Sarthe.

*Méthodes.* - Etude quantitative en deux parties. En Dermatologie au Centre Hospitalier du Mans en 2015, les hospitalisations pour érysipèle avec traitement antibiotique ambulatoire préalable étaient retenues, afin d'évaluer l'adéquation de ce traitement aux recommandations. Les médecins généralistes sarthois étaient aussi interrogés sur l'antibiotique, sa posologie, et sa durée habituellement utilisés. Une analyse descriptive univariée des résultats a été réalisée.

*Résultats.* - Parmi 135 hospitalisations pour érysipèle, 36 (27%) suivaient une antibiothérapie ambulatoire préalable. Seuls 39% des traitements respectaient les recommandations. Sur 195 questionnaires envoyés, 28,7% des médecins ont répondu. Leurs prescriptions étaient conformes aux recommandations dans 58,9% des cas, mais 73% déclaraient ne pas les connaître. Toutefois, l'utilisation du logiciel Antibioclic® semblait associée à une meilleure adéquation, ainsi qu'à une meilleure connaissance des recommandations.

*Conclusion.* - Plus de quinze ans après la conférence de Consensus, les recommandations sont encore peu suivies. Une meilleure diffusion est primordiale. Avec une obligation de développement professionnel continu triennal depuis 2016, les décrets récents pourraient favoriser une modification des pratiques des médecins, une amélioration des compétences, et ainsi, une meilleure prise en charge des patients présentant un érysipèle.

## INTRODUCTION

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aigue, non nécrosante, d'origine bactérienne, classiquement streptococcique, et pouvant récidiver (1,2). Il s'agit d'une maladie localisée dans plus de 85% des cas aux membres inférieurs. L'âge moyen de survenue varie entre 55 et 65 ans, avec un sex ratio de 0,61 à 1,30 selon les études (3).

Cette pathologie est la conjonction de plusieurs facteurs locaux au site de l'inflammation : le plus souvent un œdème de stase (d'origine veineuse, lymphatique ou mixte) et une rupture de la barrière cutanée préexistante (intertrigo interorteils, ulcère veineux, etc.) (3). Plusieurs études de suivi retrouvent un taux de récurrence à 12% à 6 mois et 30% à 3 ans, liées notamment à un mauvais contrôle de ces facteurs favorisants (4-6).

Avec une incidence estimée de 10 à 100 cas pour 100 000 habitants par an, cette pathologie commune serait en augmentation ces dernières décennies (1,2).

Ce motif fréquent de consultation en Médecine Générale, avec une prise en charge ambulatoire dans plus de 90% des cas, représente de ce fait une préoccupation de santé publique en soins primaires (7).

La conférence de consensus établie en Janvier 2000 « Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge » permet un traitement ambulatoire en l'absence de critères de gravité ou de nécessité d'une surveillance très rapprochée (1).

Elle stipule que le traitement ambulatoire adéquat devant un érysipèle est l'administration d'amoxicilline (3 à 4,5 grammes par 24 heures) ou de pristinaamycine (2 à 3 grammes par 24 heures) pendant une durée d'au moins 10 jours.

En pratique, les études réalisées après la CDC de Janvier 2000 concernent principalement les patients hospitalisés. Les rares études évaluant la prise en charge ambulatoire des patients sont limitées (7,8). Elles s'adressent surtout aux maîtres de stage en Ile de France, non représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes, et montrent que les recommandations établies sont peu suivies.

Plus de quinze ans après l'établissement de ces recommandations, l'objectif de ce travail était d'analyser les habitudes actuelles de prescription antibiotique des médecins généralistes dans la prise en charge de l'érysipèle, et d'évaluer leur adéquation avec les recommandations.

Notre objectif secondaire était d'évaluer la connaissance des médecins généralistes concernant ces recommandations.

## METHODES

Notre étude quantitative comportait deux parties.

Etude rétrospective du traitement reçu en ville devant un érysipèle par les patients hospitalisés secondairement en Dermatologie devant une aggravation ou l'absence d'amélioration clinique

La première partie évaluait l'adéquation aux recommandations de l'antibiothérapie utilisée en ambulatoire par l'omnipraticien chez des patients hospitalisés secondairement au Centre Hospitalier du Mans devant une aggravation ou l'absence d'amélioration clinique, par un recueil rétrospectif sur dossier-patient.

Pendant la période s'étalant du 1er janvier au 31 décembre 2015, nous avons recensé les hospitalisations pour le motif « érysipèle » dans le service de Dermatologie du CH du Mans.

Les hospitalisations pour un autre motif avec un érysipèle à l'examen clinique initial, celles au cours desquelles apparaissait un érysipèle, et les transferts d'autres services pour prise en charge d'érysipèle n'étaient pas inclus.

Après exclusion des patients consultant à l'hôpital pour érysipèle sans prise en charge thérapeutique ambulatoire préalable (antibiothérapie), 36 dossiers ont été étudiés.

Il n'y avait pas de limitation d'âge, de sexe, d'origine ethnique.

Il pouvait s'agir d'hospitalisation en Dermatologie via les urgences du CH du Mans, ou entrée directe après contact entre médecin généraliste et dermatologue.

Pour chaque dossier patient, nous nous sommes limités à évaluer le choix de l'antibiotique et sa posologie utilisés initialement en médecine de ville, sans analyser les autres facteurs qui auraient pu influencer une hospitalisation.

## Analyse des habitudes thérapeutiques des médecins généralistes libéraux installés en Sarthe en terme d'antibiothérapie dans la prise en charge de l'érysipèle

La deuxième partie analysait la pratique habituelle des médecins généralistes de Sarthe en matière d'antibiothérapie dans la prise en charge de l'érysipèle.

Les médecins généralistes libéraux installés en Sarthe sans limitation d'âge, de sexe, d'origine ethnique, ni durée minimale d'exercice libéral constituaient la population étudiée.

Les médecins généralistes ne traitant pas directement de cas d'érysipèles en exerçant une activité ambulatoire autre que la médecine générale : allergologues, acupuncteurs, homéopathes, nutritionnistes, médecins scolaires, angiologues, ... n'étaient pas inclus.

Le recueil des données était basé sur un questionnaire en ligne via le logiciel WEBQUEST®, adressé par mail à chaque médecin généraliste (Annexe I). Ce logiciel a été choisi en raison de sa simplicité et du respect de l'anonymat. La liste des adresses électroniques des médecins généralistes a été recueillie auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Sarthe.

Le questionnaire comprenait 13 questions dont :

- 5 ouvertes (notamment pour le choix de la molécule et la posologie) pour éviter d'influencer les réponses données,
- 4 à réponse binaire (oui/non),
- 4 à réponse unique parmi plusieurs propositions.

Le délai de réponse au questionnaire était fixé à un mois.

Pour chaque questionnaire complété, nous avons étudié le choix de l'antibiotique et la posologie habituellement utilisés, ainsi que la durée totale de l'antibiothérapie habituellement prescrite.

Par ailleurs, les médecins généralistes étaient questionnés sur le nombre moyen de cas d'érysipèles rencontrés par an, la proportion d'hospitalisations d'emblée de leurs patients présentant un érysipèle, et la proportion de guérison de leurs patients traités en ambulatoire.

Leur participation aux FMC, et si oui, aux FMC abordant le thème de l'érysipèle, leur connaissance des recommandations de Janvier 2000 concernant l'érysipèle, et l'utilisation de logiciel(s) d'aide à la prescription comme Antibioclic<sup>®</sup> étaient recherchées.

### Traitement des données

Les données statistiques de ces deux parties étaient saisies dans un tableau WINDOWS EXCEL<sup>®</sup>. Les statistiques étaient établies à partir des logiciels WINDOWS EXCEL<sup>®</sup> et BIOSTATGV<sup>®</sup>. Le test du Chi-deux et le test exact de Fisher étaient utilisés.

# RESULTATS

## 1. Traitement ambulatoire reçu devant un érysipèle par les patients hospitalisés secondairement en Dermatologie devant une aggravation ou l'absence d'amélioration clinique

### 1.1. Population

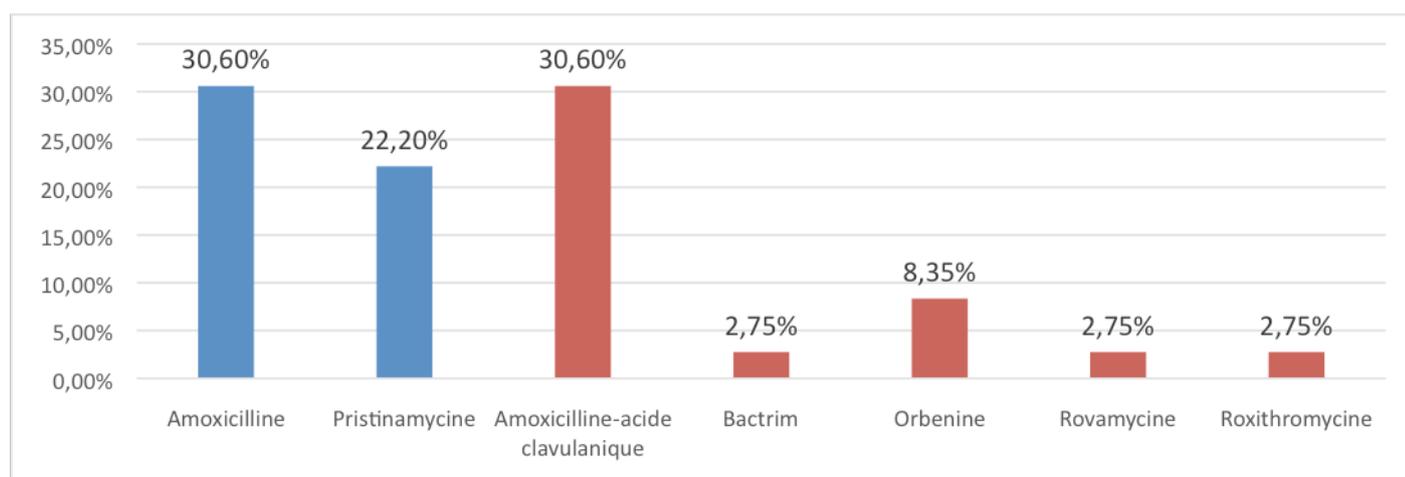
Cent dix-neuf patients, dont 12 hospitalisés à plusieurs reprises (135 dossiers répertoriés) ont été hospitalisés dans le service de Dermatologie du CH du Mans au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2015 pour le motif « érysipèle ».

Ils étaient âgés de 29 à 101 ans, avec une moyenne d'âge de 69,75 ans et une médiane de 72 ans. Il existait une prédominance féminine (sex ratio H/F de 0,71).

Trente-six d'entre eux, soit 27% des patients hospitalisés pour ce motif avaient reçu un traitement antibiotique préalable à l'hospitalisation.

### 1.2. Traitement ambulatoire initial des patients hospitalisés

#### 1.2.1. Antibiothérapie prescrite



*Figure 1 - Molécule utilisée dans la prise en charge initiale ambulatoire de l'érysipèle chez les patients hospitalisés secondairement.*

Les molécules antibiotiques prescrites en ambulatoire étaient très diverses (Figure 1). Environ un tiers des patients avaient été traités par amoxicilline (n=11), et autant par amoxicilline-acide clavulanique (n=11).

### **1.2.2. Posologie prescrite du traitement antibiotique**

Parmi les 11 patients traités par amoxicilline, 63,6% (n=7) avaient reçu une prescription de 3 à 4,5 grammes par 24 heures (45,5% des patients à 3 grammes par 24 heures, et 18,1% à 4,5 grammes par 24 heures). Dans 36,4% des cas (n=4), l'antibiotique était administré à 2 grammes par 24 heures.

Parmi les 8 patients traités par pristinamycine, 87,5% (n=7) l'avaient reçue à une dose de 2 à 3 grammes par 24 heures (62,5% à 2 grammes par 24 heures, et 25% des patients à 3 grammes par 24 heures). Dans 12,5% des cas (n=1), l'antibiotique était administré à 1,5 grammes par 24 heures.

### **1.3. Adéquation aux recommandations établies**

Seuls 53% des patients (n=19) étaient traités initialement en ambulatoire par l'amoxicilline ou la pristinamycine (respectivement 11 et 8 patients), molécules recommandées d'après la CDC. Parmi eux, 74% (n=14) avaient une posologie suffisante.

Au total, concernant l'antibiotique et sa posologie administrés, seuls 39% des patients (n=14) avaient reçu un traitement en adéquation vis-à-vis des recommandations de prise en charge de l'érysipèle établies par la CDC de Janvier 2000.

Cependant, parmi les traitements en inadéquation, 36% des patients (n=8) avaient reçu de l'amoxicilline-acide clavulanique à 3 grammes par 24 heures, traitement comprenant 3 grammes d'amoxicilline et donc efficace sur le streptocoque mais avec un spectre antibactérien trop large.

Par conséquent, dans 61% des cas, l'amoxicilline (n=7), la pristinamycine (n=7) et l'amoxicilline-acide clavulanique (n=8), utilisés préalablement à l'hospitalisation des patients, avaient donc une efficacité sur le(s) germe(s) habituellement incriminé(s) dans l'érysipèle.

*Tableau I – Adéquation aux recommandations selon l'antibiothérapie et la posologie reçues en ambulatoire par les patients présentant un érysipèle et hospitalisés secondairement.*

	Antibiothérapie utilisée	Adéquation aux recommandations (antibiothérapie et posologie)	
		Posologie adéquate (n=14)	Posologie inadéquate (n=22)
Antibiothérapie adéquate (n=19)	Amoxicilline (n=11)	63,6% (n=7)	36,4%
	Pristinamycine (n=8)	87,5% (n=7)	12,5%
Antibiothérapie inadéquate (n=17)	Amoxicilline-acide clavulanique (n=11)		
	Orbénine (n=3)		
	Bactrim (n=1)		
	Rovamycine (n=1)		
	Roxythromycine (n=1)		
<b>TOTAL :</b>		<b>39%</b>	<b>61%</b>

## **2. Habitudes thérapeutiques des médecins généralistes libéraux installés en Sarthe en termes d'antibiothérapie dans la prise en charge de l'érysipèle**

### **2.1. Population**

Cinquante-six médecins généralistes ont répondu à notre étude sur les 195 questionnaires envoyés, soit 28,7% de répondants.

Agés de 30 à 67 ans, les médecins généralistes ont été répartis en quartiles. Les 4 classes d'âge obtenues étaient : 30 à 39 ans, 41 à 50 ans, 54 à 60 ans, 60 à 67 ans.

La moyenne d'âge des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire était de 50 ans et la médiane de 52 ans.

Tous les modes d'exercice étaient représentés dans cette étude : 30% exerçaient en milieu rural (n=17), 38% en milieu semi-rural (n=21), et 32% en milieu urbain (n=18).

Avec une expérience professionnelle allant de 2 à 40 ans, les médecins ayant participé à l'étude exerçaient en moyenne depuis 20,7 ans en tant que médecin généraliste. La médiane atteignait 21 ans.

Trente-deux médecins généralistes (57%) utilisaient habituellement des outils d'aide à la prescription comme Antibioclic<sup>®</sup> en consultation.

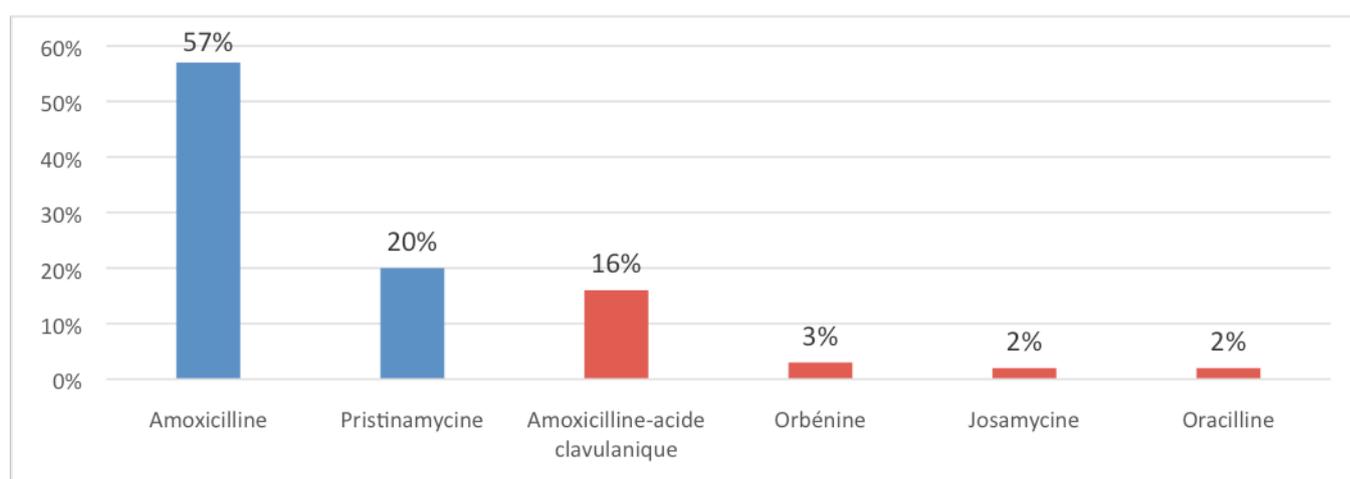
### **2.2. Prise en charge de l'érysipèle en pratique**

En moyenne, 68% des médecins généralistes (n=38) déclaraient prendre en charge 1 à 5 cas d'érysipèle par an, 27% plus de 5 cas par an (n=15), et 5% moins d'un cas par an (n=3).

La proportion de patients hospitalisés d'emblée était de :

- Moins de 25% pour 91% des médecins généralistes (n=51)
- 25 à 50% pour 7% des médecins généralistes (n=4)
- Plus de 75% pour 2% des médecins généralistes (n=1)

### 2.2.1. Traitement ambulatoire habituellement prescrit



*Figure 2 - Molécule habituellement utilisée dans la prise en charge de l'érysipèle  
Par les médecins généralistes de Sarthe.*

Pour traiter un érysipèle en ville, six molécules différentes ont été énoncées par les médecins généralistes (Figure 2).

L'amoxicilline, retrouvée chez 57% des médecins généralistes (n=32), était l'antibiothérapie la plus utilisée.

Concernant sa prescription, 84,4% des médecins généralistes (n=27) la prescrivaient à raison de 3 à 4,5 grammes par 24 heures (65,6% des médecins à 3 grammes par 24 heures, 9,4% à 4 grammes par 24 heures, et 9,4% à 4,5 grammes par 24 heures). Dans 12,5% des cas (n=4), elle était prescrite à 2 grammes par 24 heures, et dans 3,1% des cas (n=1) à 1,5 grammes par 24 heures.

Concernant la prescription de pristinamycine, 100% des médecins généralistes (n=11) la prescrivait à raison de 2 à 3 grammes par 24 heures (45,5% des médecins à 2 grammes par 24 heures, et 55,5% à 3 grammes par 24 heures).

*Tableau II – Posologie habituellement administrée*

*selon l'antibiothérapie utilisée par les médecins généralistes en Sarthe*

Antibiothérapie utilisée	Posologie administrée					
	1,5 g par 24H	2 g par 24H	3 g par 24H	4 g par 24H	4,5 g par 24H	4 MUI par 24H
<b>Amoxicilline (n=32)</b>	1	4	21	3	3	0
<b>Pristinamycine (n=11)</b>	0	5	6	0	0	0
<b>Amoxicilline acide clavulanique (n=9)</b>	0	3	5	1	0	0
<b>Orbénine (n=2)</b>	0	0	2	0	0	0
<b>Josamycine (n=1)</b>	0	0	1	0	0	0
<b>Oracilline (n=1)</b>	0	0	0	0	0	1

La durée de traitement antibiotique était variable selon les médecins généralistes interrogés. Allant de 7 à 21 jours, elle était en moyenne de 11,4 jours, et la médiane de 10 jours.

### 2.2.2. Adéquation aux recommandations établies

Parmi les médecins interrogés, 77% (n=43) prescrivait habituellement l'amoxicilline ou la pristinamycine (respectivement 32 et 11 médecins), molécules recommandées d'après la CDC. Parmi eux, 88% (n=38) avaient une posologie suffisante.

Au total, concernant l'antibiotique choisi et sa posologie, 67,9% des médecins généralistes (n=38) étaient en adéquation vis-à-vis des recommandations de prise en charge de l'érysipèle établies par la CDC de Janvier 2000.

Cependant, parmi les médecins en inadéquation, 33,3% (n=6) prescrivait de l'amoxicilline-acide clavulanique à une posologie d'au moins 3 grammes par 24 heures, traitement comprenant 3 grammes d'amoxicilline et donc efficace sur le streptocoque mais avec un spectre antibactérien trop large.

Par conséquent, dans 78,6% des cas, l'amoxicilline (n=27), la pristinamycine (n=11) et l'amoxicilline-acide clavulanique (n=6), utilisés habituellement par les médecins généralistes de Sarthe, avaient donc une efficacité sur le(s) germe(s) habituellement incriminé(s) dans l'érysipèle.

*Tableau III – Adéquation aux recommandations par les médecins généralistes en Sarthe selon l'antibiothérapie et la posologie habituellement prescrites en ambulatoire devant un érysipèle.*

	Antibiothérapie utilisée	Adéquation aux recommandations (antibiothérapie et posologie)	
		Posologie adéquate (n=38)	Posologie inadéquate (n=18)
Antibiothérapie adéquate (n=43)	Amoxicilline (n=32)	84,4% (n=27)	15,6%
	Pristinamycine (n=11)	100% (n=11)	0%
Antibiothérapie inadéquate (n=13)	Amoxicilline-acide clavulanique (n=9)		
	Orbénine (n=2)		
	Josamycine (n=1)		
	Oracilline (n=1)		
<b>TOTAL :</b>		<b>67,9%</b>	<b>32,1%</b>

Parmi les 38 médecins généralistes en adéquation avec les recommandations concernant l'antibiotique choisi et sa posologie, 86,9% (n=33) avaient prescrit un traitement pendant une durée d'au moins 10 jours.

Au total, concernant l'antibiotique choisi, sa posologie et sa durée de traitement, seuls 58,9% des médecins généralistes (n=33) étaient en adéquation vis-à-vis des recommandations de prise en charge de l'érysipèle établies par la CDC de Janvier 2000.

### **2.2.3. Proportion de guérison des patients traités en ville**

Quelque soit le traitement prescrit, la proportion de guérison des patients traités en ambulatoire était de :

- Plus de 75% pour 75% des médecins généralistes (n=42)
- 51 à 75% pour 21% des médecins généralistes (n=12)
- 25 à 50% pour 4% des médecins généralistes (n=2)

Aucun médecin généraliste n'a déclaré obtenir une guérison inférieure à 25% des cas des patients traités.

### **2.2.4. Connaissance des recommandations établies en Janvier 2000 concernant l'érysipèle**

Parmi les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, seuls 27% (n=15) pensaient connaître les recommandations de Janvier 2000 concernant la prise en charge de l'érysipèle.

### **2.2.5. Participation des médecins généralistes aux FMC**

Parmi les médecins interrogés, 89% (n=50) suivaient régulièrement des journées de formation médicale continue.

Concernant les FMC abordant le thème de l'érysipèle, 18% des médecins ayant répondu au questionnaire (n=10) y avaient participé.

### 2.3. Analyses univariées

Nous avons comparé l'adéquation aux recommandations de l'antibiothérapie mise en place par les médecins généralistes en Sarthe en fonction de leur pratique habituelle (Tableau IV).

La proportion d'hospitalisations d'emblée devant un érysipèle était significativement corrélée à l'adéquation aux recommandations ( $p=0,002$ ). Tous les médecins généralistes hospitalisant plus de 25% des patients d'emblée n'étaient pas en adéquation vis-à-vis de celles-ci.

En revanche, la proportion de guérison des patients traités en ambulatoire n'était pas associée à l'adéquation aux recommandations, tout comme le nombre de cas d'érysipèles par an et par médecin.

Parmi les médecins interrogés, 67% de ceux déclarant connaître les recommandations étaient en adéquation avec celles-ci. Pourtant, 68% des médecins généralistes déclarant ne pas les connaître étaient tout de même en adéquation.

Il existait une tendance à une plus large utilisation d'outils d'aide à la prescription comme Antibioclic<sup>®</sup> pour les médecins généralistes pensant connaître les recommandations, puisqu'ils étaient 80% ( $n=12$ ) à les utiliser ( $p= 0,06$ ). De même, l'utilisation du logiciel Antibioclic<sup>®</sup> semblait associée à une meilleure adéquation aux recommandations ( $p=0,18$ ).

La participation aux FMC paraissait corrélée à un meilleur respect de la CDC de Janvier 2000.

Tableau IV – Analyse de l'adéquation aux recommandations

par les médecins généralistes de Sarthe selon leur pratique habituelle

		Résultats bruts	Adéquation aux recommandations (antibiothérapie et posologie)		
			En adéquation	En inadéquation	
<b>Nombre de cas d'érysipèle par an</b>					
-	1 à 5 cas par an	68% (n=38)	65,8% (n=25)	34,2% (n=13)	p= 0,88
-	> 5 cas par an	27% (n=15)	73,3% (n=11)	26,7% (n=4)	
-	< 1 cas par an	5% (n=3)	67% (n=2)	33% (n=1)	
<b>Proportion d'hospitalisations d'emblée</b>					
-	< 25% des patients	91% (n=51)	74,5% (n=38)	25,5% (n=13)	p= 0,002
-	25 à 50% des patients	7% (n=4)	0%	100% (n=4)	
-	51 à 75% des patients	0% (n=0)			
-	> 75% des patients	2% (n=1)	0%	100% (n=1)	
<b>Proportion de guérison des patients traités en ambulatoire</b>					
-	> 75% des patients	75% (n=42)	71% (n=30)	29% (n=12)	p= 0,45
-	51 à 75% des patients	21% (n=12)	58% (n=7)	42% (n=5)	
-	25 à 50% des patients	4% (n=2)	50% (n=1)	50% (n=1)	
-	< 25% des patients	0% (n=0)			
<b>Participation aux FMC</b>					
OUI	- abordant le thème de l'érysipèle	18% (n=10)	70% (n=7)	30% (n=3)	p= 0,59
	- n'abordant pas le thème de l'érysipèle	71% (n=40)	70% (n=28)	30% (n=12)	
NON		11% (n=6)	50% (n=3)	50% (n=3)	
<b>Utilisation Antibioclac<sup>®</sup></b>					
OUI		57% (n=32)	75% (n=24)	25% (n=8)	p= 0,18
NON		43% (n=24)	58% (n=14)	42% (n=10)	
<b>Connaissance des recommandations (Janv. 2000)</b>					
OUI		27% (n=15)	67% (n=10)	33% (n=5)	p= 0,9
NON		73% (n=41)	68% (n=28)	32% (n=13)	

Nous avons comparé les données obtenues en fonction de l'âge des médecins généralistes (Tableau V).

*Tableau V - Analyse des réponses des médecins généralistes de Sarthe selon leur classe d'âge*

		30 à 39 ans	41 à 50 ans	54 à 60 ans	60 à 67 ans	
<b>Adéquation aux recommandations (antibiothérapie et posologie)</b>						
-	En adéquation	57% (n=8)	86% (n=12)	57% (n=8)	71% (n=10)	p= 0,3
-	En inadéquation	43% (n=6)	14% (n=2)	43% (n=6)	29% (n=4)	
<b>Participation aux FMC</b>						
OUI	abordant le thème de l'érysipèle	7% (n=1)	14% (n=2)	14% (n=2)	36% (n=5)	p= 0,16
	n'abordant pas le thème de l'érysipèle	64% (n=9)	79% (n=11)	86% (n=12)	57% (n=8)	
NON		29% (n=4)	7% (n=1)	0%	7% (n=1)	
<b>Utilisation Antibioclic®</b>						
OUI		86% (n=12)	50% (n=7)	43% (n=6)	36% (n=5)	p= 0,03
NON		14% (n=2)	50% (n=7)	57% (n=8)	64% (n=9)	
<b>Connaissance des recommandations (Janv. 2000)</b>						
OUI		43% (n=6)	7% (n=1)	21% (n=3)	36% (n=5)	p= 0,14
NON		57% (n=8)	93% (n=13)	79% (n=11)	64% (n=9)	

L'utilisation du logiciel Antibioclic® était significativement associée à une population de jeunes médecins généralistes (p=0,03). Les médecins âgés de 30 à 39 ans utilisaient Antibioclic® dans 86% des cas.

Il existait une tendance à une meilleure connaissance des recommandations par les médecins généralistes les plus jeunes et les plus âgés (p=0,14).

Cependant, concernant l'adéquation aux recommandations, il n'y avait pas de différence significative selon les quartiles des médecins pour la classe d'âge.

Néanmoins, pour la classe d'âge la plus jeune, nous avons pu noter un décalage entre les fortes utilisations d'Antibioclac<sup>®</sup> (86%) et la connaissance des recommandations (43%), et la faible adéquation aux recommandations (57%).

La participation aux FMC « érysipèle » semblait concerner plutôt la classe d'âge la plus âgée de médecins ( $p=0,16$ ).

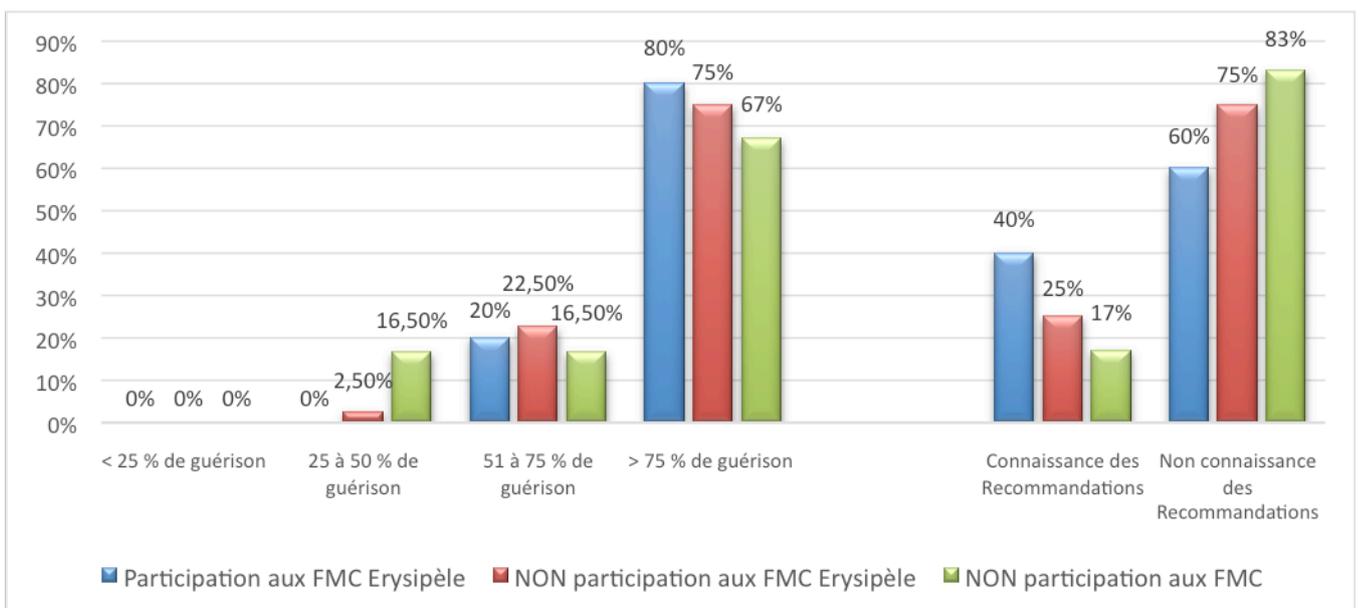
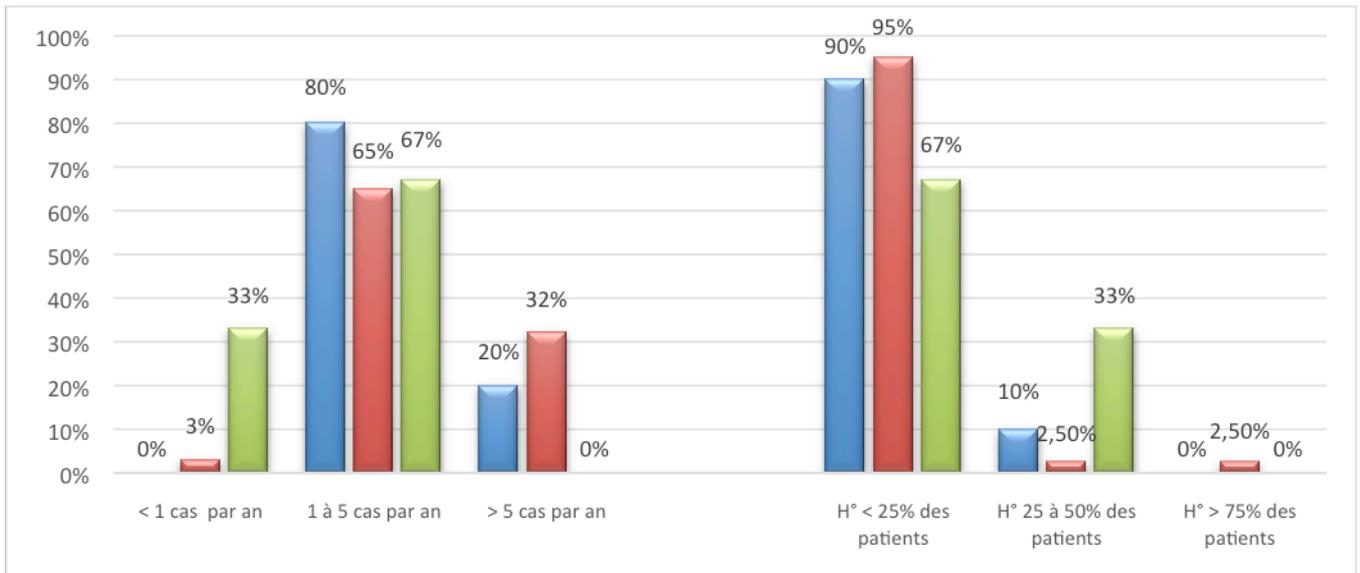
Nous avons comparé la participation des médecins généralistes de Sarthe aux FMC abordant le thème de l'érysipèle selon leur pratique habituelle et leur connaissance des recommandations de prise en charge de cette pathologie (Figure 3).

Le nombre moyen de cas d'érysipèle par an et par médecin semblait corrélé à la participation des médecins aux FMC ( $p=0,07$ ), puisque 80% ( $n=8$ ) des médecins ayant participé à une FMC « érysipèle » observaient en moyenne 1 à 5 cas par an, 20% ( $n=2$ ) plus de 5 cas par an, et aucun ( $n=0$ ) moins d'1 cas par an.

Il existait également une tendance à une moindre proportion d'hospitalisations d'emblée par les médecins généralistes participant à des FMC ( $p=0,07$ ).

Le fait de participer à une FMC sur l'érysipèle n'était pas significativement associé à une meilleure guérison ambulatoire des patients. La guérison des patients était obtenue dans plus de 75% des cas chez 80% ( $n=8$ ) des médecins ayant suivi une FMC « érysipèle », chez 75% ( $n=30$ ) des médecins participant régulièrement à des FMC, et chez 67% ( $n=4$ ) des médecins ne suivant pas de FMC.

Il n'y avait pas de différence significative concernant la connaissance des recommandations, pour les médecins généralistes ayant participé à une FMC abordant le thème de l'érysipèle.



*Figure 3 – Analyse de la participation aux FMC abordant le thème de l'érysipèle*

*selon le nombre de cas moyen d'érysipèles observé par an et par médecin généraliste (p= 0,07),*

*selon la proportion d'hospitalisations d'emblée de ces patients (p= 0,07),*

*selon la proportion de guérison ambulatoire des patients traités par médecin généraliste (p= 0,53),*

*et selon la connaissance des recommandations par ces médecins (p= 0,61)*

## DISCUSSION

La prise en charge de l'érysipèle est le plus souvent ambulatoire, comme le montrent l'étude de D. Larivière et al. (4) et celle de WG. Goettsch et al. (9), dans lesquelles seuls 7 à 9% des cas étaient hospitalisés. Notre étude réalisée auprès des médecins généralistes en Sarthe a complété le faible nombre d'études en médecine de ville portant sur ce sujet.

Reposant sur des arguments bactériologiques et l'accumulation d'expériences cliniques, l'antibiothérapie de référence recommandée par la CDC est la pénicilline G. L'amoxicilline est l'antibiothérapie orale préconisée en prise en charge ambulatoire depuis Janvier 2000. En cas d'allergie aux bêta-lactamines, le choix se porte sur la pristinamycine (1). Une étude randomisée comparant la pristinamycine orale (3 grammes par jour) à la pénicilline G intraveineuse, montre un taux de guérison de 65% dans le groupe pristinamycine versus 53% dans le groupe pénicilline G (10).

Dans la première partie de notre étude, 27% des patients hospitalisés pour un érysipèle en Dermatologie à l'hôpital du Mans en 2015 avaient reçu un traitement ambulatoire préalable. Seuls 39% des traitements étaient en adéquation avec les recommandations. Ces données concordent avec celles de la littérature. Dans l'étude de J. Jégou et al. sur les motifs d'hospitalisation de l'érysipèle (11), 28 patients sur les 89 patients hospitalisés par leur médecin traitant (soit 31%) avaient reçu un traitement antibiotique préalable à l'hospitalisation ; seuls 43% étaient en adéquation avec les recommandations. Dans l'étude de P. Bernard et al. sur la prise en charge de l'érysipèle en milieu hospitalier après la CDC (12), 34% des patients hospitalisés avaient reçu une antibiothérapie ambulatoire préalable.

La deuxième partie de notre étude nous a montré une adéquation aux recommandations par 58,9% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire. Dans la littérature, les enquêtes de pratique en médecine de ville (7,8) retrouvent une adéquation aux recommandations dans plus de la moitié des cas, respectivement dans 50% et 56% des cas.

Notre objectif secondaire consistait à évaluer les connaissances des médecins généralistes sarthois concernant ces recommandations. Seuls 27% des médecins pensaient les connaître, mais un tiers d'entre eux n'était pourtant pas en adéquation. Plus de quinze ans après la conférence de consensus, ces résultats questionnent sur son impact auprès des professionnels de santé. L'étude de P. Bernard et al. réalisée sur la modification de la prise en charge de l'érysipèle en milieu hospitalier après la CDC de Janvier 2000 (12) met en lumière le faible impact de la CDC en milieu hospitalier avec 35% d'inadéquation aux recommandations parmi les 235 cas évalués. Les auteurs expliquent ce faible impact par la diffusion insuffisante des recommandations, la prise en charge de l'érysipèle largement partagée entre médecins généralistes et médecins hospitaliers, et le manque d'études de qualité qui ne permettrait pas de justifier certaines recommandations. A l'inverse, l'impact des recommandations de la CDC concernant la prise en charge du mélanome (13) était très important, probablement en raison du suivi majoritairement par les seuls dermatologues.

Il existe de très nombreuses recommandations concernant des pathologies diverses, qui évoluent au fil du temps, nécessitant une réactualisation perpétuelle des connaissances des médecins. La médecine générale prenant en charge les patients dans leur globalité, il semble difficile de connaître toutes les recommandations, d'où l'importance pour les médecins généralistes de se munir de moyens et outils conformes à celles-ci.

Une FMC abordant le thème de l'érysipèle est proposée régulièrement aux médecins généralistes en Sarthe. Parmi ceux déclarant avoir participé à l'une d'elles, seuls 40% pensaient connaître les recommandations.

L'utilisation du logiciel Antibioclic<sup>®</sup> concernait 75% des médecins généralistes en adéquation avec les recommandations, et 80% des médecins généralistes pensant les connaître. Cet outil d'aide à la prescription semble donc être un excellent moyen de prescrire un traitement adéquat et de connaître les recommandations devant une pathologie infectieuse, et notamment l'érysipèle.

L'âge des médecins généralistes a semblé avoir une incidence sur leur connaissance des recommandations d'après les résultats de notre étude. En effet, seuls 7% des médecins âgés de 41 à 50 ans et 21% de ceux âgés de 54 à 60 ans déclaraient connaître ces recommandations. En revanche, 43% des médecins âgés de 30 à 39 ans et 36% de ceux âgés de 60 à 67 ans pensaient les connaître. Nous pouvons notamment expliquer ces résultats parce que la classe d'âge la plus jeune (30 à 39 ans) a reçu sa formation facultaire il y a seulement quelques années, vraisemblablement après la CDC. Quant à la classe d'âge la plus élevée (60 à 67 ans), elle a participé à une FMC sur le thème de l'érysipèle dans plus d'un tiers des cas.

Les chiffres de notre enquête sont néanmoins difficiles à interpréter. En effet, pour la population médicale jeune, malgré la large utilisation d'un outil adapté et la forte connaissance des recommandations, nous avons pu remarquer que leurs prescriptions étaient inadéquates dans 43% des cas.

Le nombre de patients hospitalisés d'emblée devant un érysipèle était inférieur à 25% pour 91% des médecins généralistes interrogés. Dans la littérature, la proportion d'hospitalisations d'emblée devant un érysipèle allant de 9% à 21% (7,8), le faible

pourcentage retrouvé dans notre étude souligne la prise en charge principalement ambulatoire de l'érysipèle (7). Par ailleurs, concordant avec la littérature (7,8), la guérison ambulatoire était obtenue dans plus de 75% des cas par 75% des médecins généralistes interrogés dans notre étude.

Malgré le manque d'adéquation aux recommandations, ces résultats suggèrent une efficacité certaine du traitement ambulatoire mis en place par les médecins généralistes expliqué notamment par l'utilisation de l'amoxicilline-acide clavulanique à une posologie d'au moins 3 grammes par 24 heures.

Avec un spectre antibactérien pourtant trop large, ce traitement comprenant 3 grammes d'amoxicilline est en effet efficace sur les streptocoques bêta hémolytiques, principales espèces bactériennes retrouvées à l'origine d'érysipèle (14–16). Dans notre étude, 50% des médecins ayant prescrit cette molécule à une posologie d'au moins 3 grammes par 24 heures ont obtenu une guérison dans plus de 75% des cas. Toutefois, l'utilisation d'un antibiotique à spectre antibactérien trop large expose à des résistances et risques de complications plus importants (comme des diarrhées plus fréquentes, colites pseudomembraneuses ou hémorragiques, etc.) (17).

En revanche, 39% (partie I) et 21,4% (partie II) des traitements prescrits étaient inappropriés et/ou inefficaces dans l'érysipèle.

Certaines molécules comme le bactrim, l'orbénine, la josamycine ou la rovamycine retrouvées dans notre étude ne devraient pas être administrées devant un érysipèle.

L'usage de la roxithromycine est discutable (18,19) puisque l'étude de Bernard et al. (20) comparant la roxithromycine orale à la pénicilline G intraveineuse ne montre pas de différence d'efficacité dans des érysipèles peu sévères. Le manque de puissance de cette étude ne permet pas une conclusion définitive. Cette efficacité des macrolides doit être

confrontée à l'émergence croissante de la résistance du streptocoque à cette classe d'antibiotiques (jusqu'à 50% selon les séries) (21).

Quant à l'oracilline, bien que son spectre antibactérien soit adapté, d'après la CDC, son usage n'est pas recommandé en première intention devant un érysipèle, mais en relais de la pénicilline G intraveineuse dès l'obtention d'une apyrexie stable et amélioration des signes locaux (1,3). En prévention secondaire, il s'agit en revanche d'une excellente molécule antibioprophylactique contre les récurrences d'érysipèle (22-24). Mais, nous avons pu relever dans la littérature un article prônant la pénicilline V par voie orale en première intention (à raison de 500 milligrammes toutes les 6 heures, soit environ 800 000 UI) en l'absence de signes de gravité (25-27), du fait d'une bonne activité antistreptococcique avec un spectre antibactérien étroit, limitant ainsi le développement de résistances bactériennes. Dans cette revue, la pénicilline A est considérée comme une alternative avec une efficacité voisine de celle de la pénicilline V, mais avec un spectre d'activité plus large, exposant au développement de résistances bactériennes plus étendues. Selon les auteurs, l'amoxicilline aurait été proposée par le jury de la conférence de consensus pour des raisons d'habitudes de prescription. Cependant, une analyse de la littérature montre une biodisponibilité orale restreinte de l'oracilline, seulement de 55 à 60% contre 80% pour l'amoxicilline (28), ce qui justifie l'amoxicilline en première intention.

Au total, dans notre étude, les recommandations n'étaient pas suivies dans 61% (partie I) et 41,1% des cas (partie II). Le pronostic des patients restait en revanche très favorable avec un taux important de guérison ambulatoire, expliqué notamment par la prescription de l'amoxicilline-acide clavulanique, traitement efficace mais non indiqué en première intention.

Nous pouvons noter une différence non négligeable entre les deux parties de notre étude. Nous avons pu constater une adéquation aux recommandations dans 39% des cas dans la première partie, contre 58,9% des cas dans la seconde partie.

Notre étude est originale par la volonté d'évaluer de deux manières (qui peuvent expliquer cette différence) les pratiques des médecins sarthois au sujet de l'érysipèle :

- l'une avérée (partie I)
- la seconde déclarative (partie II).

Pour rappel, plus d'un patient hospitalisé sur quatre pour érysipèle (27%) avait été traité initialement en ville, mais seuls 39% des traitements étaient en adéquation aux recommandations. Même si le constat réalisé auprès des patients secondairement hospitalisés n'était pas représentatif de l'ensemble de la population traitée pour un érysipèle, il a pu montrer la prescription de molécules antibiotiques inappropriées, qui posent la question de l'émergence croissante de nouvelles résistances bactériennes aux antibiotiques. Par ailleurs, nous n'avons pas analysé tous les facteurs qui auraient pu influencer une hospitalisation, mais même si certains patients doivent être hospitalisés (par la présence de signes généraux importants, de comorbidités, de l'existence d'un doute diagnostique, l'apparition de nouveaux signes locaux, etc. (29)), nous pouvons nous demander si un traitement ambulatoire conforme aux recommandations ne pourrait pas diminuer le nombre d'hospitalisations.

Par son âge, son expérience professionnelle et son mode d'exercice, l'échantillon de médecins ayant participé à notre étude était plutôt représentatif des médecins généralistes. Néanmoins, avec 28,7% de réponses, l'ensemble des médecins généralistes de Sarthe (partie II) n'était pas représenté. En 2015, 366 médecins généralistes exerçaient en Sarthe.

Le fait d'envoyer un questionnaire par voie électronique a exclu les 171 médecins n'ayant pas transmis leur adresse électronique au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Sarthe, et/ou ceux n'étant pas dotés d'un ordinateur avec accès internet, et représente de ce fait un autre biais. Par ailleurs, nous n'avions pas de moyens de vérifier si le traitement énoncé dans les réponses au questionnaire était réellement celui prescrit en pratique courante. De plus, avec 58,9% d'adéquation aux recommandations, les médecins ayant répondu au questionnaire étaient peut-être plus à l'aise avec le thème de l'érysipèle.

Plus de quinze ans après la conférence de consensus, les résultats de notre étude montrent un faible impact de la CDC sur les pratiques des médecins généralistes. L'importance de la diffusion des recommandations est aujourd'hui primordiale.

Actuellement, Antibioclic<sup>®</sup> paraît être un élément permettant d'améliorer la connaissance et l'application des recommandations de prise en charge de l'érysipèle.

La « formation médicale continue » a été créée pour permettre un continuum entre la formation médicale initiale et celle des professionnels. Au-delà du classique « entretien et actualisation des connaissances » (30), un des principaux objectifs de ces activités ou programmes de formation est aujourd'hui, en évaluant leurs pratiques professionnelles, de modifier les pratiques des médecins, afin d'améliorer leurs performances, et donc l'état de santé des patients. Mais la démarche d'EPP peut sembler parfois difficile pour les médecins. De nombreuses études ont remis en question l'impact des FMC sur le comportement clinique des médecins (31-34). Cependant, un impact sur les pratiques apparaît lorsque les actions de FMC « classiques » (conférences, ateliers, etc.) sont assorties de mesures d'accompagnement (discussions en petits groupes, rétroaction, etc.) (30).

Les groupes d'analyses de pratique entre pairs semblent être aussi un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale (35), tout en étant un mode

d'EPP apprécié par les médecins participants. Dans l'étude de F. Patrice et al., les médecins déclarent que leur participation à un GAPP contribue à une meilleure application des recommandations de bonne pratique, et une modification de leurs habitudes de prescriptions médicamenteuses.

Les médecins ont une obligation de développement professionnel continu annuel depuis 2013, et triennal depuis 2016. Les décrets récents pour le DPC, démarche active tout au long de l'exercice professionnel, pourraient favoriser une modification des pratiques des médecins, une amélioration de leurs compétences, et ainsi, une meilleure prise en charge des patients présentant un érysipèle.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. Texte long. *Ann Dermatol Venereol* 2001. 128(3):463-82.
2. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. Texte court. *Ann Dermatol Venereol* 2001. 128(3):458-62.
3. Begon E. Erysipèle, dermohypodermes bactériennes et fasciites nécrosantes. *Dermatol* 2013. 8(2 (98-335-A-10)).
4. Dupuy A. Épidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle. *Ann Dermatol Venereol* 2001. 128(3):312-6.
5. Jorup-Rönström C, Britton S, Gavlevik A, Gunnarsson K, Redman A-C. The course, costs and complications of oral versus intravenous penicillin therapy of erysipelas. *Infect* 1984. 12(6):390-4.
6. Jorup-Rönström C, Britton S. Recurrent erysipelas: Predisposing factors and costs of prophylaxis. *Infect* 1987. 15(2):105-6.
7. Larivière D, Blavot-Delépine A, Fantin B, Lefort A. Prise en charge de l'érysipèle en médecine générale : enquête de pratique. *Rev Médecine Interne* 2011. 32(12):730-5.
8. Kopp M, Bernard P, Schmit J-L. Prise en charge des dermo-hypodermes bactériennes par les médecins généralistes : enquête de pratique et étude prospective. *Ann Dermatol Venereol* 2001. 128(3):338-44.
9. Goettsch WG, Bouwes Bavinck JN, Herings RMC. Burden of illness of bacterial cellulitis and erysipelas of the leg in the Netherlands. *JEADV* 2006. 20(7):834-9.
10. Bernard P, Chosidow O, Vaillant L, French Erysipelas Study Group. Oral pristinamycin versus standard penicillin regimen to treat erysipelas in adults: randomised, non-inferiority, open trial. *BMJ* 2002. 325(7369):864.
11. Jégou J, Hansmann Y, Chalot F, Roger M, Faivre B, Granel F, et al. Motifs d'hospitalisation de l'érysipèle. Etude prospective de 145 cas. *Ann Dermatol Venereol* 2002. 129(4):375-9.
12. Bernard P, Christmann D, Morel M. Prise en charge de l'érysipèle en milieu hospitalier. *Ann Dermatol Venereol* 2008. 132(3):213-7.
13. Bafounta M-L, Beauchet A, Poisson-Salomon A-S, Saiag P. Impact de la conférence de consensus sur le suivi des patients opérés de mélanome de stade I chez les dermatologues et cancérologues français. *Ann Dermatol*

Venereol 2008. 126(11):795-800.

14. Denis F, Martin C, Ploy MC. L'érysipèle : données microbiologiques et pathogéniques. Ann Dermatol Venereol 2001. 128(3):317-25.

15. Hansmann Y. De quelles données a-t-on besoin aujourd'hui pour prendre en charge un érysipèle ? Ann Dermatol Venereol 2001. 128(3):419-28.

16. Coz C-JL, Caumes E, Chosidow O. Antibiotiques en dermatologie. Dermatol 2002. (98-904-A-10):1-17.

17. Amoxicilline-acide clavulanique. Vidal 2017.

18. Granier F. Érysipèle : quelle prise en charge ? Ann Dermatol Venereol 2001. 128(3):429-42.

19. Dega H, Chosidow O. Traitement des infections bactériennes dermatologiques communes en ville. Antibiot 2003. 5(1):5-15.

20. Bernard P, Plantin P, Roger H, Sassolas B, Villaret E, Legrain V, et al. Roxithromycin versus penicillin in the treatment of erysipelas in adults: a comparative study. Br J Dermatol 1992. 127(2):155-9.

21. Chosidow O. Actualités de la prise en charge des dermo-hypodermes bactériennes. Médecine Mal Infect 2005. 35(S2):61-2.

22. Becq-Giraudon B. L'érysipèle : prévention primaire et secondaire. Ann Dermatol Venereol 2001. 128(3):368-75.

23. Sahali S, Noël N, Ghosn J. Antibioprophylaxie des infections bactériennes. Traité Médecine AKOS 2008. 3(1):1-9.

24. Cedef. Item 152 – UE 6 Infections cutané-muqueuses bactériennes et mycosiques. Ann Dermatol Venereol 2015. 142(S83-100).

25. Reconnaître et prendre en charge l'érysipèle de jambe. Deuxième partie. La pénicilline avant tout. Rev Prescrire Oct 2007. 27(288):763-7.

26. Erysipèle de jambe chez un adulte. Rev Prescrire Mars 2016. 36(389):208-11.

27. Erysipèle de jambe chez un adulte. Rev Prescrire Prem Choix Prescrire Juillet 2016. (Actualisation).

28. Lebrun D, Bonnet M, Limelette A, De Champs C. Pénicillines et inhibiteurs de bêtalactamases. *Mal Infect* Dec 2016. 8-004-B-50.
29. Crickx B. Érysipèle : évolution médicale sous traitement. Complications. *Ann Dermatol Venereol* 2001. 128(3):358-62.
30. Barrier JH, Séréni D, Piette J-C, Lévesque H, Ziza J-M, Aumaître O, et al. La formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles de l'interniste : enjeux et débats. *Rev Médecine Interne* 2007. 28(12):813-7.
31. Cleary PD. Changing clinician behavior: necessary path to improvement or impossible dream? *Ann Intern Med* 1999. 131(11):859-60.
32. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1999. 131(11):822-9.
33. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999. 282(9):867-74.
34. Durieux P, Ravaud P, Chaix C, Durand-Zaleski I. Does continuing medical education improve the way physicians conduct their practice? *Presse Medicale* Mars 1999. 28(9):468-72.
35. François P, Philibert A-C, Esturillo G, Sellier É. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. *Presse Médicale* Août 2013. 42(1):E21-7.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 .....	8
Figure 2 .....	12
Figure 3 .....	20

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I.....	10
Tableau II .....	13
Tableau III .....	14
Tableau IV.....	17
Tableau V.....	18

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>METHODES .....</b>	<b>5</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Traitement ambulatoire reçu devant un érysipèle par les patients hospitalisés secondairement en Dermatologie devant une aggravation ou l'absence d'amélioration clinique.....</b>	<b>8</b>
1.1. Population.....	8
1.2. Traitement ambulatoire initial des patients hospitalisés .....	8
1.2.1. Antibiothérapie prescrite .....	8
1.2.2. Posologie prescrite du traitement antibiotique .....	9
1.3. Adéquation aux recommandations établies .....	9
<b>2. Habitudes thérapeutiques des médecins généralistes libéraux installés en Sarthe en termes d'antibiothérapie dans la prise en charge de l'érysipèle .....</b>	<b>11</b>
2.1. Population.....	11
2.2. Prise en charge de l'érysipèle en pratique.....	11
2.2.1. Traitement ambulatoire habituellement prescrit.....	12
2.2.2. Adéquation aux recommandations établies .....	13
2.2.3. Proportion de guérison des patients traités en ville .....	15
2.2.4. Connaissance des recommandations établies en Janvier 2000 concernant l'érysipèle.....	15
2.2.5. Participation des médecins généralistes aux FMC.....	15
2.3. Analyses univariées .....	16
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>21</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>29</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>32</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>33</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>34</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

## ANNEXE I

Questionnaire de l'enquête de pratique adressé aux médecins généralistes de Sarthe

### **PRISE EN CHARGE DE L'ERYSIPELE EN PRATIQUE DE VILLE**

- 1) En moyenne, à combien de cas d'érysipèles êtes-vous confrontés par an ?
  - < 1 cas par an
  - 1 à 5 cas par an
  - > 5 cas par an
  
- 2) Quelle est la proportion de patients que vous hospitalisez d'emblée ?
  - < 25%
  - 25 à 50 %
  - 51 à 75%
  - > 75%

### **En cas de prise en charge ambulatoire de l'érysipèle :**

- 3) Quel antibiotique prescrivez-vous habituellement ?
  
- 4) A quelle posologie ?
  
- 5) Pour quelle durée ?
  
- 6) Quelle est la proportion de guérison à domicile de vos patients traités
  - < 25%
  - 25 à 50 %
  - 51 à 75%
  - > 75%

**Vous concernant :**

7) Vous êtes médecin généraliste :

- en milieu urbain
- en milieu semi-rural
- en milieu rural

8) Quel âge avez-vous ?

9) Depuis combien d'années exercez-vous en tant que médecin généraliste (remplacement et installation) ?

10) Participez-vous à des FMC (Formation médicale continue) ?

11) Si oui, avez-vous participé à une FMC abordant le thème de l'érysipèle et sa prise en charge ?

12) Utilisez-vous des outils d'aide à la prescription (Antibiocllic) ?

13) Connaissez-vous les Recommandations de Janvier 2000 concernant la prise en charge de l'érysipèle ?



## Analyse de l'adéquation de l'antibiothérapie mise en place par l'omnipraticien dans l'érysipèle, vis-à-vis des recommandations. Enquête auprès des médecins généralistes de Sarthe

### RÉSUMÉ

*Introduction.* - Pris en charge en Médecine Générale dans plus de 90% des cas, l'érysipèle est une dermo-hypodermite aigue bactérienne le plus souvent streptococcique, faisant l'objet d'une conférence de consensus établie en Janvier 2000. Les études, principalement hospitalières, montrent que les recommandations sont pourtant peu suivies.

*Objectif.* - Evaluer l'adéquation aux recommandations de la prescription d'antibiothérapie pour érysipèle par les médecins généralistes en Sarthe.

*Méthodes.* - Etude quantitative en deux parties. En Dermatologie au Centre Hospitalier du Mans en 2015, les hospitalisations pour érysipèle avec traitement antibiotique ambulatoire préalable étaient retenues, afin d'évaluer l'adéquation de ce traitement aux recommandations. Les médecins généralistes sarthois étaient aussi interrogés sur l'antibiotique, sa posologie, et sa durée habituellement utilisés. Une analyse descriptive univariée des résultats a été réalisée.

*Résultats.* - Parmi 135 hospitalisations pour érysipèle, 36 (27%) suivaient une antibiothérapie ambulatoire préalable. Seuls 39% des traitements respectaient les recommandations. Sur 195 questionnaires envoyés, 28,7% des médecins ont répondu. Leurs prescriptions étaient conformes aux recommandations dans 58,9% des cas, mais 73% déclaraient ne pas les connaître. Toutefois, l'utilisation du logiciel Antibioclic® semblait associée à une meilleure adéquation, ainsi qu'à une meilleure connaissance des recommandations.

*Conclusion.* - Plus de quinze ans après la conférence de Consensus, les recommandations sont encore peu suivies. Une meilleure diffusion est primordiale. Avec une obligation de développement professionnel continu triennal depuis 2016, les décrets récents pourraient favoriser une modification des pratiques des médecins, une amélioration des compétences, et ainsi, une meilleure prise en charge des patients présentant un érysipèle.

**Mots-clés :** érysipèle, recommandations, conférence de consensus, médecine générale, antibioctic, formation médicale continue, développement professionnel continu, dermo-hypodermite

## Analysis of the Guidelines' adequacy of antibiotic treatment prescribed by the general practitioners in erysipela. Survey of Sarthe general practitioners

### ABSTRACT

*Background.* - Erysipela is a bacterial cellulitis often streptococcal, subject to a consensus conference established in January 2000. His treatment is very often initiated by a general practitioner. However, studies, mainly hospital, show that guidelines are not followed enough.

*Aim.* - To assess the adequacy and knowledge of these guidelines by Sarthe general practitioners.

*Patients and Methods.* - Quantitative study in two parts. Among hospitalizations for erysipela in 2015 in Dermatology at Le Mans Hospital, inpatients who received a prior ambulatory antibiotic treatment were selected, to assess treatment's adequacy with guidelines. The general practitioners also answered an online questionnaire on the antibiotic choice, its dosage and duration usually employed in erysipela. An univariate statistical descriptive analysis of the results has been performed.

*Results.* - Of the 135 hospitalizations, 36 (27%) followed prior ambulatory antibiotic treatment. Only 39% of these treatments followed guidelines. Secondly, among 28,7% questionnaires filled in, guidelines' adequacy stood for 58.9% of answers, but 73% of doctors said they didn't know them. Nevertheless, the use of the Antibioclic® software appeared to be associated with a better adequacy, as well as a better guidelines' expertise.

*Conclusion.* - More than fifteen years after the consensus conference, erysipela's guidelines are still insufficiently followed. Promoting them is essential. Physicians have a triennial continuing professional education obligation since 2016. The recent decrees could lead to modify physicians' practices, as well as their skills and so patient care suffering erysipela.

**Keywords :** erysipela, guidelines, consensus conference, general medicine, antibioctic, continuing medical education, cellulitis