



UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation des pratiques professionnelles : prescription
d'antibiotiques chez l'enfant âgé de moins de 2 ans aux urgences
pédiatriques des Centres Hospitaliers de Lens et de Béthune**

Présentée et soutenue publiquement le 23 avril 2019 à 16h

Au Pôle Formation

Par Shaéma HASSANALY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François DUBOS

Madame le Professeur Karine FAURE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Paul ANDREGNETTE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CH	Centre hospitalier
CRP	Protéine C réactive
PCT	Procalcitonine
HT	Hyperthermie
OMA	Otite moyenne aigue
IV	Intraveineux
Mg/kg/j	Milligrammes/kilogramme/jour

Table des matières

Résumé	1
Introduction	
I. Généralités	2
II. Enjeux épidémiologiques de la prescription d'antibiotiques	3
III. Particularités de la prescription aux urgences	5
IV. Particularités en pédiatrie	5
Matériels et méthodes	
I. Type d'étude	7
II. Lieu d'étude	7
III. Critères d'inclusion et d'exclusion	7
IV. Données recueillies	8
V. Analyse statistique	9
Résultats	
I. Population étudiée	10
II. Description des traitements antibiotiques prescrits aux urgences	17
III. Evaluation des pratiques avec analyse de l'écart entre les pratiques et les référentiels	20
Discussion	27
Conclusion	35
Références bibliographiques	36
Annexes	39

RESUME

Contexte : L'utilisation massive et inappropriée d'antibiotiques a conduit à l'apparition de résistances bactériennes. Malgré la mise en place de nombreux plans d'actions nationaux, la France reste l'un des pays européens les plus consommateurs d'antibiotiques. La population pédiatrique représente une grande part de ces prescriptions. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la conformité des prescriptions d'antibiotiques chez l'enfant âgé de moins de 2 ans aux urgences pédiatriques des centres hospitaliers de Lens et de Béthune. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la conformité des prescriptions en médecine de ville si l'enfant avait consulté avant son arrivée aux urgences, et également de comparer la conformité des pratiques entre les 2 centres hospitaliers.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, bi-centrique, prospective, entre mars et septembre 2018.

Résultats : Sur les 104 patients inclus, l'âge moyen était de 1 an et 3 mois. 21% des nourrissons avaient bénéficié de la prescription d'antibiotiques dont 10% pour une pathologie ORL et 8% pour une infection urinaire haute. Dans notre étude, 77% des prescriptions étaient conformes et 23% non conformes principalement par erreur de molécule. En médecine de ville, le taux de conformité était seulement de 27%.

Conclusion : Les résultats ont révélé un taux de conformité satisfaisant dans les prescriptions d'antibiotiques dans les services d'urgences pédiatriques des centres hospitaliers de Lens et de Béthune. Une analyse des facteurs influençant la non conformité permettrait d'améliorer les pratiques de prescription.

INTRODUCTION

I- Généralités

Les antibiotiques sont nés dans les années 1930 avec notamment la découverte de la pénicilline par Alexander Flemming en 1928. Cette découverte a ouvert la voie à beaucoup d'autres antibiotiques et a constitué un progrès majeur dans la médecine du 20^{ème} siècle. En effet, les infections bactériennes représentaient auparavant la principale cause de décès. La découverte des antibiotiques a permis de soigner de nombreuses maladies mortelles et de prolonger considérablement la durée moyenne de l'espérance de vie.

Les antibiotiques sont des molécules capables d'inhiber la multiplication des bactéries (effet bactériostatique) et/ ou de détruire les bactéries (effet bactéricide). Il existe différents modes d'action en fonction des familles d'antibiotiques. On distingue les antibiotiques agissant sur la synthèse de la paroi, des protéines ou des acides nucléiques et ceux agissant sur la perméabilité membranaire.

Cependant, leur utilisation massive et parfois abusive a modifié l'écologie bactérienne et a contribué à faire émerger des résistances (1). Afin de préserver la richesse de cet arsenal thérapeutique, et de limiter les impasses, des politiques de sensibilisation ont été développées par les gouvernements pour favoriser un « juste usage » des antibiotiques (2).

II- Enjeux épidémiologiques de la prescription d'antibiotiques

La résistance aux antibiotiques est, dans le monde entier, un problème grave de santé publique. Elle augmente de façon exponentielle pour certaines bactéries et dans certains pays, où sont menacées la qualité et la sécurité des soins.

La notion de « médicament-miracle » est encore très présente dans les esprits, et la prescription d'antibiotiques est, aux yeux de beaucoup de gens, nécessaire pour toute pathologie infectieuse, ce qui constitue une forme de pression chez les médecins concernant leurs prescriptions. Le mauvais suivi des traitements (dose inférieure à la dose prescrite, arrêt du traitement précocement) accentue les risques d'acquisition de résistance. L'emploi intempestif des antibiotiques risque non seulement d'entraîner la résistance de la bactérie responsable de l'infection pour laquelle le traitement a été prescrit mais a aussi un impact sur les bactéries commensales, c'est-à-dire les bactéries présentes physiologiquement dans notre organisme (gorge, microbiote intestinal, peau...) (3).

À l'heure actuelle, de nombreux antibiotiques sont encore en vente libre dans plusieurs pays d'Amérique centrale ou du Sud et d'Asie.

En France, la consommation d'antibiotiques a connu une forte croissance. Ainsi, entre 1980 et 1991, la fréquence de consommation a augmenté de 47 %, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 3,7% (4). Sur la même période, le recours à l'antibiotique lors d'une infection respiratoire présumée d'origine virale a augmenté de 115% chez l'enfant et de 86% chez l'adulte. Depuis, on observe que la consommation d'antibiotiques est relativement stable : le taux stagne autour de 6,5%

et celui du nombre moyen de doses quotidiennes journalières autour de 26,6/1000 individus par jour (5) (2).

Chaque année 158 000 personnes contractent une infection à bactérie multi résistante et 12 500 en décèdent (3). Devant la fréquence élevée des bactéries multi résistantes aux antibiotiques et le constat de prescriptions inappropriées d'antibiotiques, des recommandations ont émergé, d'une part pour la maîtrise de la diffusion des souches résistantes, et d'autre part pour le bon usage des antibiotiques.

Un premier plan d'action au niveau national pour préserver l'efficacité des antibiotiques était mis en place par B. Kouchner le 20 novembre 2001. Celui-ci était suivi d'une évaluation par le Haut Conseil de Santé Publique en 2010 avec création de l'élaboration du plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 (6). Une nouvelle impulsion a été donnée en 2015 à la lutte contre l'antibiorésistance avec la création d'un groupe de travail coordonné par Jean Carlet ayant pour objectif d'approuver les avancées de 5 groupes de travail pour formuler des propositions dans une approche « one health ». Ces groupes comprennent :

- le coût de l'antibiorésistance,
- le bon usage des antibiotiques,
- la communication, l'information et l'éducation,
- la recherche et l'innovation
- les antibiotiques et l'environnement (7).

III- Particularités de la prescription des antibiotiques aux urgences

Le service des urgences sert de passerelle vers le milieu hospitalier pour la plupart des patients, y compris les enfants. Plusieurs études démontrent que la pathologie infectieuse est une des entités les plus représentées avec une prévalence allant de 11 à 18% (8) (25).

Les médecins exerçant aux urgences, sont particulièrement confrontés à la décision d'instaurer un traitement antibiotique. Dans ces situations, la prescription est souvent empirique. L'antibiotique est prescrit devant la présence de signes cliniques, biologiques ou caractéristiques radiologiques suggérant une infection sans preuve bactériologique.

IV- Particularités en pédiatrie

La fièvre est un symptôme fréquent en pédiatrie et dans la majorité des cas d'origine infectieuse (9) (10). Un enfant va présenter en moyenne, dans ses premières années de vie entre 3 et 6 épisodes infectieux viraux ou bactériens par an. Environ 5 à 10% de ces fièvres sont causés par des infections bactériennes sévères (pneumopathies, infections urinaires, méningites ou infections ostéo-articulaires) (10).

Les erreurs de prescription sont plus fréquentes dans la population pédiatrique comme la posologie et le choix de la molécule (11). La nécessité de calculer la posologie en fonction du poids du patient pourrait expliquer cette difficulté à la différence de l'adulte pour qui les posologies sont standards et indépendantes du poids sauf exception (insuffisance rénale).

Il existe plusieurs études, au sein d'un ou plusieurs hôpitaux, évaluant les pratiques de prescription et leur conformité par rapport aux recommandations. Cependant, peu d'études concernent spécifiquement les services d'urgences et encore moins les services d'urgences pédiatriques.

Afin de confronter nos pratiques aux recommandations de bonnes pratiques cliniques, une évaluation des pratiques professionnelles était mise en place au sein des services des urgences pédiatriques des Centres Hospitaliers (CH) de Lens et de Béthune.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la conformité des prescriptions d'antibiotiques chez l'enfant âgé de moins de 2 ans aux urgences pédiatriques. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la conformité des prescriptions en médecine de ville si l'enfant avait consulté avant son arrivée aux urgences, et également de comparer la conformité des pratiques entre les 2 centres hospitaliers.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une évaluation des pratiques professionnelles par une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, bi-centrique, prospective, réalisée de mars à septembre 2018 dans les services des urgences pédiatriques des Centres Hospitaliers de Lens et de Béthune.

II. Lieu d'étude

Le Centre Hospitalier de Lens (CHL) est un hôpital situé à environ 40 km du Centre Hospitalier Régional de Lille (CHRU) qui dispose d'un service d'urgences pédiatriques avec un pédiatre de garde par 24 heures. Tout enfant, âgé de moins de 15 ans et 3 mois, est orienté dans la filière pédiatrique hormis la traumatologie (suture comprise) et le déchoquage soit environ 15 500 passages par an.

Le Centre Hospitalier de Béthune (CHB), quant à lui est situé à 15 km du CHL et également à 40 km du CHRU. L'accueil des consultations d'urgences pédiatriques se fait du lundi au vendredi de 8h30 à 18h soit environ 3000 passages par an. En dehors de ces plages horaires, les enfants sont examinés aux urgences générales. Un pédiatre d'astreinte reste joignable par téléphone.

III. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les enfants âgés de moins de 2 ans, consultant pour hyperthermie du 13 mars au 5 septembre 2018 étaient inclus dans l'étude. Le recueil des données était effectué par les médecins ou les internes des urgences pédiatriques à l'aide d'un

questionnaire disponible dans le service. Il était ensuite complété si besoin à l'aide du dossier médico-infirmier .

IV. Données recueillies

Les données générales du patient incluaient l'âge, les antécédents médicaux (cardiologiques, pneumologiques, hématologiques, urologiques, génétiques et gastro entérologiques), la consultation préalable chez le médecin traitant et l'éventuelle prescription d'antibiotique (la molécule en DCI, la posologie, la fréquence d'administration, la durée et le motif de la prescription).

La grille de recueil comportait des éléments cliniques (la température corporelle, la biométrie) à l'arrivée de l'enfant et des éléments paracliniques (biologiques, biochimiques, microbiologiques et radiologiques) réalisés lors du passage aux urgences.

Le diagnostic posé par le médecin, le traitement antibiotique prescrit en tenant compte de la posologie, de la fréquence et du mode d'administration étaient collectés (annexe 1).

Pour chaque patient ayant reçu une antibiothérapie, nous avons étudié la conformité des traitements prescrits aux protocoles locaux du service des urgences pédiatriques et/ou aux recommandations de bonnes pratiques. La conformité était définie comme une prescription antibiotique appropriée où tous les critères suivants étaient remplis : le choix de la molécule, la posologie, le rythme, la voie d'administration et la durée du traitement.

Les référentiels utilisés étaient des protocoles internes du service des urgences, disponibles dans un classeur mis à disposition dans l'unité. En l'absence

de protocole, les prescriptions étaient analysées par un pédiatre et/ou comparées aux recommandations nationales de bonnes pratiques comme la Société Française de Pédiatrie (SFP), le Groupe de Pathologies infectieuses Pédiatriques (GPIP), et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF).

Les données étaient recueillies de façon entièrement anonyme et les informations étaient saisies dans un fichier Excel. L'étude avait fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (commission nationale de l'informatique et des libertés).

V.Analyse statistique

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R version 3.5.0. Les caractéristiques des patients et les prescriptions liées sont présentées sous forme de moyennes (et écart-types) ou de médianes (et intervalles interquartiles) pour les variables continues et en effectifs (proportions) pour les variables qualitatives. Pour l'objectif principal, des intervalles de confiance ont été fournis afin d'estimer la proportion de prescriptions non conformes. Pour les objectifs secondaires, les caractéristiques des pratiques entre les CH de Lens et de Béthune ont été comparées, à visée exploratoire, par des tests non-paramétriques.

RESULTATS

Au cours de l'étude, 104 patients âgés de moins de 2 ans et consultant pour hyperthermie étaient inclus entre le 13 mars et le 5 septembre 2018.

I. Population étudiée

Sur les 104 nourrissons inclus, 70% (73 nourrissons) avaient consulté le CH de Béthune et 30% le CH de Lens (31 nourrissons).

Les semaines 11 et 13, étaient celles où le nombre de consultations a été le plus important, respectivement 13% et 10%.

L'âge moyen était de 1 an et 3 mois avec un poids moyen de 9kg.

Le motif principal d'admission était pour 61% des nourrissons une hyperthermie isolée (64/104) et pour 17% (18/104) une hyperthermie associée à des diarrhées et/ ou vomissements.

A l'arrivée aux urgences, 70% des nourrissons présentaient une hyperthermie (73/104).

Concernant les antécédents personnels :

- 11% présentaient un antécédent uro-néphrologique (11/104) : 6 une pyélonéphrite, 1 un hypospadias, 1 une valve de l'urètre postérieur, 1 un méga uretère non refluant, et 1 un reflux vésico-urétéral.
- 1 nourrisson présentait un souffle cardiaque fonctionnel.
- 4% des nourrissons avaient un antécédent d'asthme (4/104).

Aucun nourrisson n'avait d'allergie médicamenteuse.

Avant l'admission aux urgences

Avant l'admission aux urgences, 49% des nourrissons avaient consulté un médecin (51/104). Le diagnostic principal retenu était l'otite moyenne aigue (21%) suivie ex aequo d'une rhinopharyngite, d'une angine et d'une hyperthermie sans point d'appel clinique (10%). L'obtention d'un diagnostic était souvent difficile car nous n'avions pas de compte rendu écrit de la part des médecins dans le carnet de santé. Ils étaient évoqués selon les dires des parents.

30% des nourrissons avaient bénéficié de la prescription d'antibiotiques (15/51). 10 patients avaient consulté leur médecin traitant, 4 le remplaçant du médecin traitant et 1 un autre service d'urgences. Parmi les molécules prescrites, on retrouvait :

- 47% recevaient Amoxicilline (7/15),
- 13% Cefpodoxime (2/15),
- 13% Céfixime,
- 7% Amoxicilline-Acide clavulanique (1/15),
- 7% Ceftriaxone,
- 7% Josamycine,
- 1 dont les données étaient manquantes concernant la molécule et la posologie.

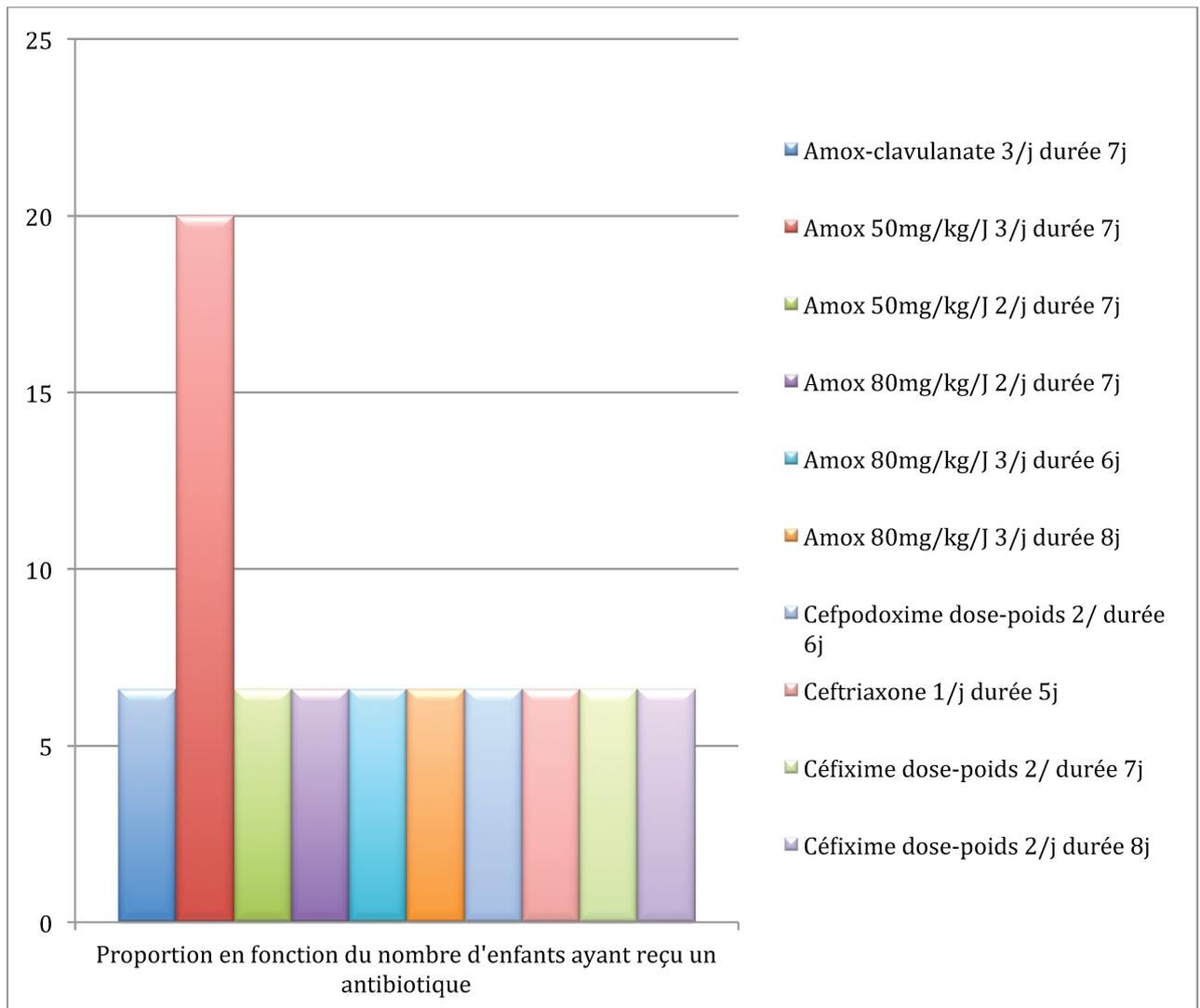
La durée moyenne de prescription était de 7 jours pour 61% des antibiotiques puis de 6 et 8 jours pour 15%.

L'Amoxicilline était prescrite en première intention avec une posologie de 50 milligrammes/kilogramme/jour (mg/kg/j) dans 27% des cas (4/15), puis à 80mg/kg/j dans 20% des cas. Les prescriptions d'Amoxicilline-Acide Clavulanique, Josamycine, Céfixime et Cefpodoxime étaient en fonction du poids du patient. Il nous manquait la donnée concernant la posologie de Ceftriaxone.

En moyenne, l'antibiotique était prescrit deux fois par jour pour 61% des patients (8/15), puis trois fois par jour pour 31% des patients et une fois par jour chez 1 patient. Cette dernière prescription concernait la Ceftriaxone.

La voie d'administration était orale excepté pour la Ceftriaxone dont l'injection était intra musculaire.

Le graphique 1 résume les prescriptions réalisées en médecine de ville.



Graphique 1 : Proportion de prescriptions d'antibiotiques en fonction du nombre d'enfants en médecine de ville.

Parmi les prescriptions réalisées 27% étaient conformes (4/15) et 73% non conformes (11/15). Il y avait pour la majorité, une erreur de diagnostic et donc une erreur de molécule prescrite. Il y avait deux données manquantes concernant la posologie et la fréquence d'administration.

Bilan pré thérapeutique aux urgences

A l'arrivée aux urgences, 41% de la population étudiée avaient bénéficié d'un bilan biologique (43/104).

La protéine C réactive (CRP) était positive (>5mg/l) pour 27% des patients (28/104) et négative pour 14%.

La procalcitonine (PCT) était positive pour 2% des patients (2/104) et négative pour 4% (4/104) des patients. Pour 94% des patients, il n'a pas été jugé cliniquement nécessaire de réaliser ce dosage.

Des hémocultures étaient prélevées chez 11 patients et étaient revenues négatives.

Une bandelette urinaire était réalisée chez 81% des patients (84/104). Celle-ci était revenue positive dans 18% des cas (19/104). L'ECBU était positif pour 11% des patients (12/104). L'Escherichia Coli était retrouvé chez 8 nourrissons et l'Enterococcus Faecalis et Klebsiella Pneumoniae chez 1 nourrisson respectivement. 2 ECBU étaient rendus polymicrobiens. 7 étaient rendus stériles.

Une radiographie de thorax était faite pour 10% des patients (11/104). Celle-ci était revenue normale à chaque fois.

1 scanner cervical était réalisé devant la suspicion d'un abcès rétropharyngé.

La PCR grippe était prélevée chez 7 patients devant la présence de signes cliniques. Elle était positive pour 4 d'entre eux. 1 nourrisson sur 104 avait présenté une infection à métapneumovirus.

Parmi les 104 nourrissons ayant consulté le service des urgences pédiatriques, 35% étaient hospitalisés (37/104). Les autres patients avaient bénéficié d'un traitement ambulatoire (64%).

Le tableau 1 met en évidence les différents diagnostics retrouvés par ordre de fréquence :

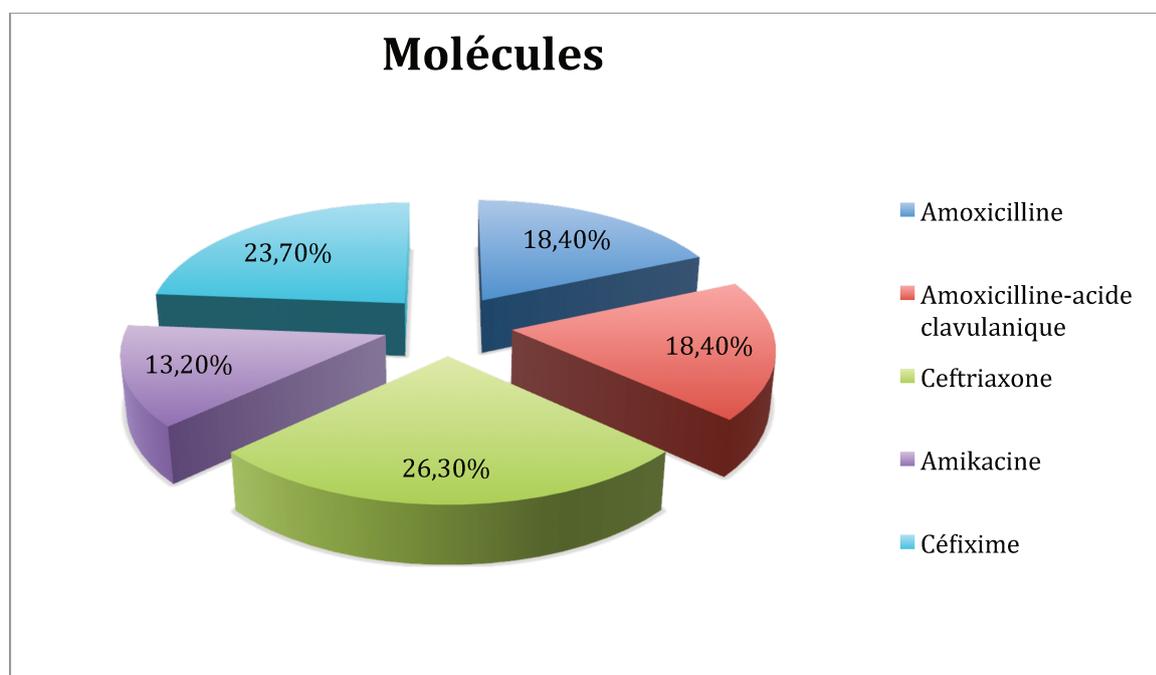
Diagnostiques	Nombre de patients N=104	%
HT sans point d'appel clinique	22	21,5
Autres viroses	16	15,3
Gastroentérite	13	12,7
Pyélonéphrite	8	7,7
Rhinopharyngite	8	7,7
Angine virale	6	5,8
Otite moyenne aiguë	5	4,9
Rhinite	5	4,9
Grippe	4	3,9
Angine	4	3,9
OMA congestive	2	1,9
Crise d'asthme	2	1,9
Varicelle	2	1,9
Eruption virale	2	1,9
Crise convulsive fébrile	2	1,9
Erysipèle	1	0,9
Parvovirus B19	1	0,9
Abcès rétropharyngé	1	0,9

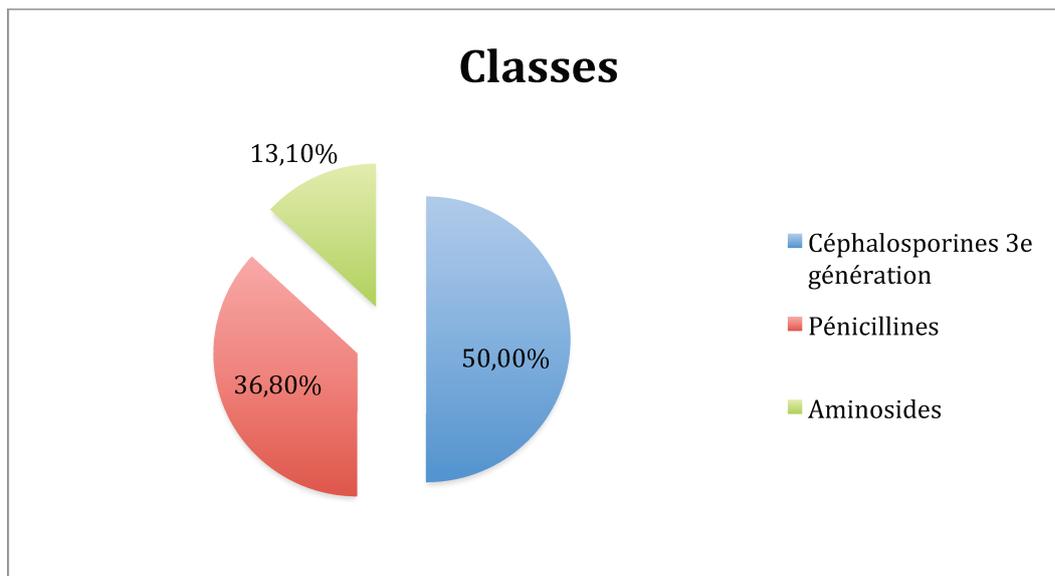
HT : hyperthermie

II. Description des traitements antibiotiques prescrits aux urgences

21% des patients avaient bénéficié de la prescription d'une antibiothérapie après le passage aux urgences soit 22/104. 79% des patients ayant consulté aux urgences n'avaient pas reçu d'antibiotiques.

Les figures 1 et 2 mettent en évidence les molécules et classes d'antibiotiques prescrites.





Molécules prescrites en fonction du site d'infection

Si l'on observe la répartition des 38 antibiotiques prescrits en fonction du site dans la population étudiée :

- sur les 10 prescriptions de Ceftriaxone, 8 étaient prescrites dans le cadre d'une pyélonéphrite à la posologie de 50mg/kg/j en une prise par jour (soit 8%). Une prescription était réalisée devant la suspicion d'un purpura, mais celle-ci était arrêtée après une injection car les PCR (polymerase chain reaction ou amplification en chaîne par polymérase) Méningocoque et Pneumocoque étaient revenues négatives. La seconde prescription était arrêtée suite à un ECBU polymicrobien.
- les prescriptions d'Amikacine à raison de 20mg/kg/j en une prise étaient synergiques de celles de Ceftriaxone dans le cadre d'une pyélonéphrite chez 5% des nourrissons (5/104) .
- 16% des prescriptions d'Amoxicilline étaient à posologie d'otite moyenne aiguë, et 2% pour une angine après réalisation d'un test diagnostique rapide positif.

- l'Amoxicilline-acide clavulanique était prescrite à 150mg/kg/j en intra veineux (IV) en 3 prises par jour chez 1 nourrisson dans le cadre d'un abcès rétropharyngé, relayée par la suspension buvable (dose-poids soit 80mg/kg/j). 2% des nourrissons avaient également bénéficié de la prescription d'Amoxicilline-acide clavulanique à 100mg/kg/j en 3 prises par jour en raison d'une varicelle surinfectée et d'un érysipèle relayée par voie orale (2/104).
- 9% des nourrissons avaient reçu Céfixime en relais de la Ceftriaxone pour pyélonéphrite. Cet antibiotique était prescrit en première intention dans le cadre d'une cystite chez 1 nourrisson.

Voie d'administration et qualité du prescripteur

La voie d'administration était uniquement orale pour 41% des patients (9/22). Un relais IV-voie orale était réalisé pour 50% des patients (11/22). 2 patients avaient bénéficié d'une prescription IV rapidement arrêtée après avoir récupéré les résultats microbiologiques.

Le prescripteur majoritaire était un médecin sénior dans 65% des prescriptions (25/38). 34% des prescriptions étaient réalisés par un interne.

III. Evaluation des pratiques avec analyse de l'écart entre les pratiques et les référentiels

Nous avons confronté les prescriptions d'antibiotiques aux protocoles locaux disponibles dans le service ou aux recommandations de bonnes pratiques cliniques.

Sur les 104 nourrissons ayant consulté les urgences, 22 avaient reçu un ou plusieurs antibiotiques. 77% des prescriptions étaient conformes (17/22) et 23% étaient non conformes (5/22). Ainsi, 21% des nourrissons ayant consulté aux urgences avaient bénéficié d'un traitement par antibiotiques.

Si l'on compare le nombre de prescriptions conformes par rapport à l'ensemble des nourrissons ayant consulté, on obtient un taux de 16%. Afin de pouvoir comparer notre étude aux données de la littérature, nous avons choisi de réaliser les données statistiques sur un effectif total de 22, représentant le nombre de patients pour lequel un antibiotique a été prescrit.

Sur les 17 prescriptions conformes, 82% faisaient référence aux recommandations nationales de bonnes pratiques (14/17) et 17% faisaient l'objet de protocoles internes (3/17).

Sur les 5 prescriptions non conformes:

- 1 faisait l'objet d'une erreur de durée de traitement.
- 2 prescriptions étaient arrêtées après avoir récupéré les résultats microbiologiques : un ECBU polymicrobien et une PCR Méningocoque et Pneumocoque négative (devant une suspicion clinique d'un purpura fébrile).
- 1 antibiotique était prescrit alors que la clinique ne permettait pas de voir correctement les tympans.

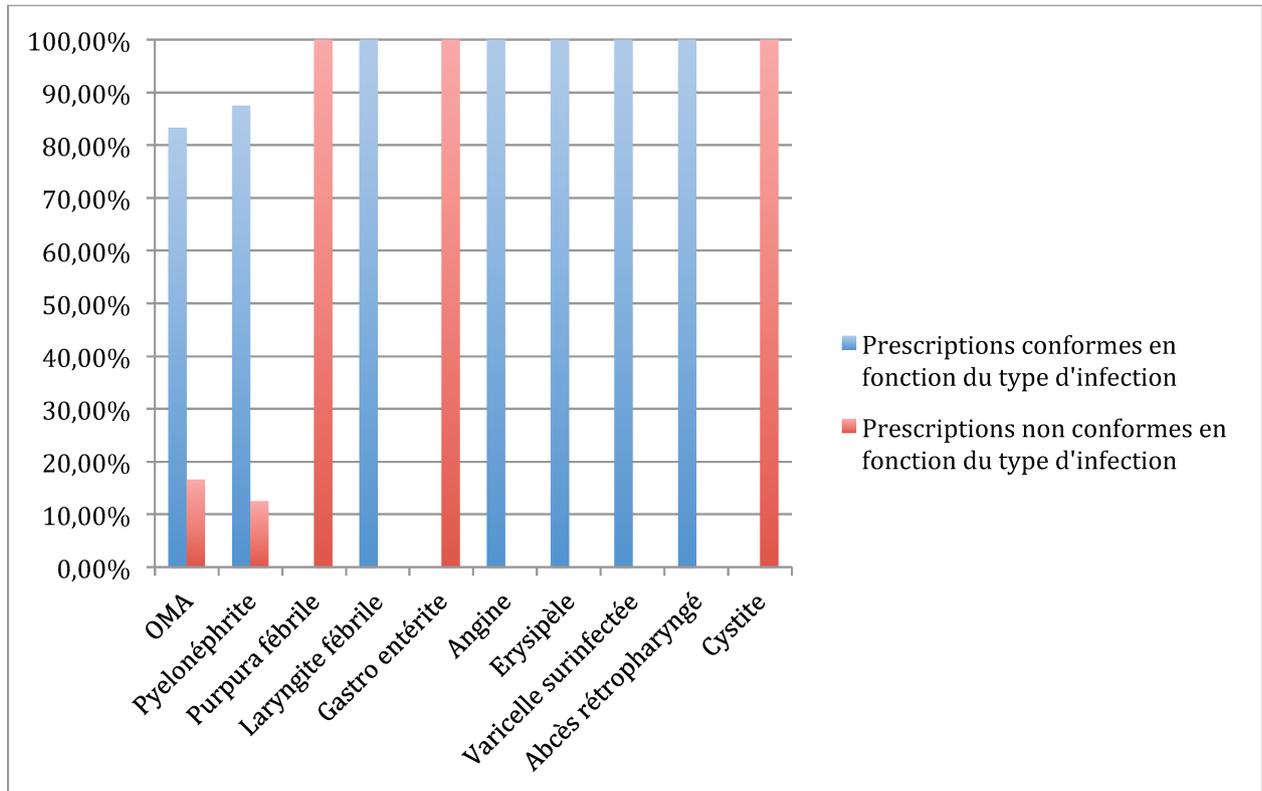
- 1 prescription faisant l'objet d'association d'une bi antibiothérapie était jugée non nécessaire.

Les prescriptions faisant l'objet d'une erreur de durée, et de l'association d'une molécule étaient rédigées par un médecin sénior.

Le tableau 2 met en évidence la conformité et la non conformité des prescriptions en fonction du site d'infection.

Pathologies	Conformes (=n)	Non conformes (=n)	Total
Pyélonéphrite	7	1	8
Cystite	0	1	1
OMA	5	1	6
Abcès rétropharyngé	1	0	1
Angine	1	0	1
Laryngite fébrile	1	0	1
Purpura fébrile	0	1	1
Erysipèle	1	0	1
Varicelle surinfectée	1	0	1
Gastroentérite + ECBU polymicrobien	0	1	1
Total	17	5	22

Le graphique 2 résume la répartition des prescriptions conformes et non conformes en fonction du site d'infection et la présence d'un protocole.



Graphique 2 : Répartition des prescriptions conformes et non conformes en fonction du site d'infection

Tableau 3 : Répartition de non conformité en fonction de l'antibiotique utilisé

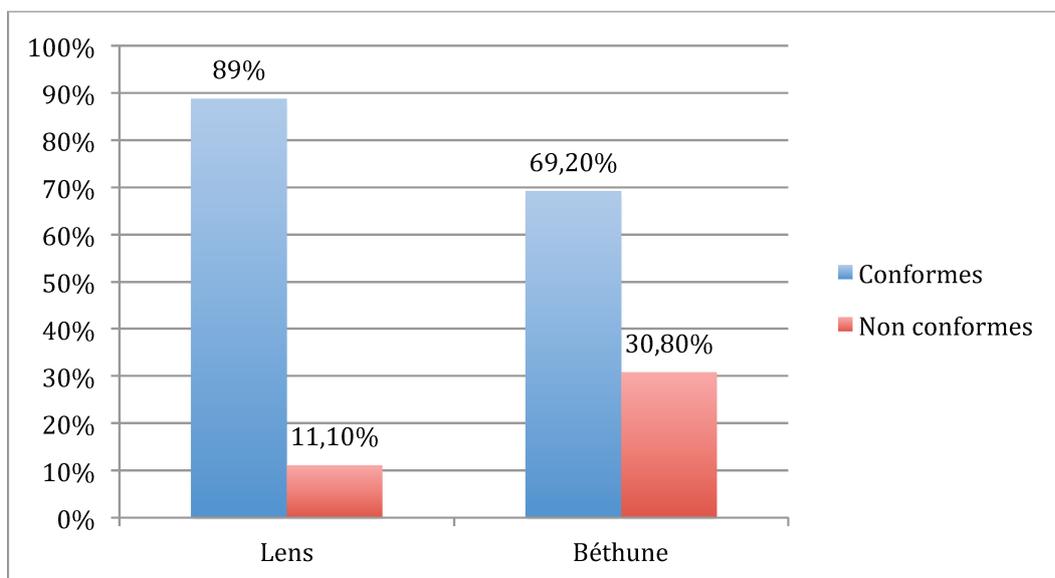
Non conformes n=5				
Antibiotiques	Posologie	Diagnostique	Durée	Total
	n	n	n	n
Amoxicilline	0	1	0	1
Amoxicilline-acide Clavulanique	0	0	0	0
Ceftriaxone	0	2	0	2
Céfixime	0	0	1	1
Amikacine	0	0	1	1
Total	0	3	2	5

Analyse multivariée

Les différentes variables incluses pour l'analyse multivariée des facteurs de risque d'avoir une prescription non conforme étaient les prescriptions (molécule, posologie, voie d'administration), la qualité du prescripteur, l'indication d'une hospitalisation et le traitement ambulatoire. Il n'y avait pas de différence significative ($p < 0,05$) concernant ces données.

Comparaison Lens-Béthune

Tableau 4 : Répartition des conformités et non conformités en fonction du lieu d'étude



Il n'y avait pas de différence significative concernant la population étudiée parmi les deux lieux d'étude. Il était remarqué une différence significative concernant la réalisation des bandelettes urinaires. Ces dernières étaient réalisées de façon quasi systématique à l'entrée d'un patient aux urgences pédiatriques du CH de

Béthune ($p=0,03$). Il n'y avait pas de différence significative concernant le type de prescripteur ($p=0,3$) ni concernant la conformité de la prescription ($p=0,22$).

Comparaison ville-hôpital

Nous avons comparé à visée exploratrice les nourrissons ayant reçu une antibiothérapie avant/après la consultation aux urgences. 15 patients avaient bénéficié d'une prescription d'antibiotiques avant la consultation aux urgences et 22 après. 7 prescriptions étaient arrêtées :

- 2 cas de grippe
- 2 angines virales
- 1 exacerbation respiratoire
- 1 hyperthermie sans point d'appel clinique
- 1 infection à Parvovirus B19.

DISCUSSION

L'enjeu de l'évaluation des pratiques professionnelles s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les services des urgences pédiatriques des CH de Béthune et de Lens n'avaient jamais réalisé ce genre d'étude. Notre travail avait donc une visée éducative vis à vis des différents prescripteurs, dans le but d'identifier les points à améliorer.

Dans notre étude, parmi les 104 nourrissons inclus, 21% bénéficiaient de la prescription d'une antibiothérapie. 77% des prescriptions étaient considérées comme conformes soit aux recommandations de bonnes pratiques soit aux protocoles internes du service. 23% des prescriptions étaient jugées non conformes. Cette fréquence de prescriptions non conformes se situe dans la moyenne par rapport aux études menées dans d'autres pays où elle se situe entre 20 et 78% (12) (13) (14) .

En pédiatrie, l'étude Morin réalisée en 2013 au sein du service des urgences du CHU de Nantes a montré que 76% des prescriptions étaient non conformes. L'erreur la plus fréquente était le choix de la molécule (15). Une autre étude transversale réalisée dans plusieurs pays d'Europe confirme le mauvais choix de la molécule à prescrire en première intention (16). Dans notre étude, ce taux d'erreur était de 4%. Il s'agissait de l'association Amikacine-Ceftriaxone dans le cadre d'une pyélonéphrite chez un nourrisson âgé de plus de 3 mois, sans germe producteur de bêtalactamases à spectre étendu (1/22).

Les autres non conformités retrouvées étaient une erreur de durée de traitement avec prescription de Céfixime en relais oral pour une durée totale de traitement de 6 jours au lieu de 8 à 10 jours. 2 prescriptions étaient avérées non conformes après avoir récupéré les examens microbiologiques. L'antibiothérapie

était rapidement arrêtée. Une prescription concernait l'Amoxicilline pour une otite moyenne aiguë, prescrite par le médecin traitant. A l'arrivée aux urgences, le patient présentait une hyperthermie à 72h, sans point d'appel clinique. Le traitement était poursuivi en raison d'une mauvaise visualisation des tympans.

Une étude rétrospective menée aux Etats Unis de 2009 à 2014 par Poole and all chez des enfants âgés de 0 à 17 ans, a révélé que 32 % des antibiotiques prescrits n'étaient pas justifiés (17).

Une autre étude américaine publiée en 1998, et menée en 1992 par The National Ambulatory Medical Care Survey au niveau national, montrait que 53% des enfants âgés de 0 à 4 ans avaient reçu une antibiothérapie. Des antibiotiques étaient prescrits dans 44% des cas de grippe, 46% des cas d'infection respiratoire haute et 75% des cas de bronchite /bronchiolite (14). Notre étude a révélé que 79% des personnes ayant consulté n'avaient pas reçu d'antibiotiques en raison d'une pathologie virale.

Selon une étude prospective menée du 1^{er} juillet 2004 au 1^{er} juin 2006 dans un service d'urgences pédiatriques en Australie, 20% des enfants âgés de moins de 5 ans ne présentant pas d'infection bactérienne étaient traités par antibiotiques. Seulement 66 à 81% des enfants âgés de moins de 5 ans atteints d'une infection bactérienne (infection urinaire, pneumopathie ou bactériémie) étaient traités par des antibiotiques lors de la première consultation. Les facteurs explicatifs étaient la tendance à sous estimer la probabilité d'une infection bactérienne grave et la seconde concernaient des erreurs d'interprétations des examens complémentaires réalisés (10).

Afin de mieux communiquer sur la consommation d'antibiotiques, trois agences nationales : Santé Publique France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) ont réuni leurs efforts pour présenter pour la première fois de manière commune les chiffres clefs de la consommation et de la résistance bactérienne aux antibiotiques en France sur les 10 dernières années (période 2005-2015), en santé humaine et en santé animale. Ce rapport a révélé qu'en 2015, 93% des antibiotiques étaient consommés en médecine de ville, représentant 29,9 doses/jour pour 1000 habitants et 7% en milieu hospitalier, soit 2,2 doses/jour pour 1000 habitants.

En établissements de santé, l'Amoxicilline représentait 17,8% de la consommation d'antibiotiques, l'association Amoxicilline-acide clavulanique 34% et les quinolones 10,7%. Les céphalosporines de 3^e et 4^e générations représentaient 8,6% des consommations (18) (19). L'annexe 2 résume la consommation d'antibiotiques en France, par région en nombre de doses/ jour pour 1000 habitants. Comparativement à notre étude, le taux de prescription d'Amoxicilline se situait dans la moyenne (18%) française tout âge confondu. Concernant celui d'Amoxicilline- acide clavulanique, celui-ci était relativement bas comparé à cette même moyenne (18%).

En ville, l'Amoxicilline représentait 37,6 % de la consommation d'antibiotiques, l'association Amoxicilline-Acide clavulanique 24,1% et les tétracyclines 10,9 %. La part des fluoroquinolones et la part des céphalosporines de 3^e et 4^e générations étaient équivalentes et représentaient chacune 5,3 % des consommations. Malgré une diminution globale de la consommation dans toutes les classes, l'association Amoxicilline- Acide clavulanique restait en augmentation. Dans notre étude, le taux

de prescription d'Amoxicilline seule était de 47% alors que l'association Amoxicilline-acide clavulanique représentait 7% des prescriptions. La consommation de céphalosporines de 3e génération restait élevée à 33%.

Dans la littérature, les pathologies ORL, urinaires hautes et respiratoires basses sont les 3 principales étiologies de la mise sous antibiotiques avant l'âge de 2 ans (20) (16) (27). Dans notre étude, nous retrouvons 10% de pathologies ORL et 8% de pathologies urinaires responsables de mise sous antibiotiques (respectivement 11/104 et 8/104) mais aucune infection respiratoire basse. Ceci est probablement lié à la période d'étude printanière et estivale.

Résultats secondaires

Une étude française montrait que 76% des prescriptions d'antibiotiques en ambulatoire par le médecin traitant étaient inappropriées. La raison principale était le mauvais choix de la molécule dans 72% des cas. 91% des parents interrogés pensaient que la prescription d'antibiotiques était utile à l'enfant contre 9% qui pensaient cette prescription dangereuse en raison de l'émergence de bactéries résistantes. 33% des praticiens mettaient en avant le manque de temps pour expliquer leur prescription inadéquate (21). Notre étude tend à confirmer ce taux de non conformité en médecine de ville avec 73% de prescriptions non conformes.

Nous avons mis en évidence dans notre étude, en concordance avec plusieurs études menées en ambulatoire, une prescription élevée d'antibiotiques chez les enfants d'âge pré-scolaire. Les molécules les plus prescrites étaient les pénicillines suivies des céphalosporines (22) (23) (24). Dans notre étude, 47% des prescriptions concernaient l'Amoxicilline en médecine de ville et 33% les céphalosporines.

Dans notre étude, plusieurs limites sont à prendre en compte. Tout d'abord, il est possible que certaines prescriptions d'antibiotiques n'étaient pas recueillies car les prescripteurs ne remplissaient pas de façon systématique la fiche de synthèse. Par exemple, au CH de Béthune, l'accueil des enfants étant effectué par les urgences générales le soir, il nous a été difficile d'avoir un accord de leur part pour la participation à l'étude. Quant au CH de Lens, peu de nourrissons étaient inclus. Ces éléments pouvaient causer un biais de sélection.

L'évaluation de la conformité était jugée au moment de l'examen des dossiers patients et non au moment de la prescription. L'évaluation des prescriptions à 48-72h n'avait entraîné aucune modification des prescriptions réalisées lors du passage aux urgences.

D'autre part, l'évaluation de conformité était réalisée par une seule personne contrairement à certaines études, où la présence de plusieurs intervenants voire un infectiologue était requise.

Dans notre étude, 22 nourrissons sur 104 inclus, avaient bénéficié de la prescription d'un antibiotique. Le nombre de patients inclus ne nous permettait pas d'obtenir une puissance statistiquement significative.

Cette étude dégage plusieurs atouts : notre démarche d'évaluation des pratiques professionnelles de la prescription des antibiotiques au sein des urgences pédiatriques est assez peu décrite dans la littérature. En effet, les politiques d'utilisation appropriées des antibiotiques ont été validées dans la population adulte mais il existe peu d'informations disponibles quant à leur impact sur la population pédiatrique.

Il s'agissait d'une étude prospective, dont les données étaient recueillies et analysées au plus tard dans les 24-48 heures, limitant la perte d'informations.

Dans notre étude, 23% des prescriptions étaient non conformes. Malgré un taux d'erreur se situant dans la limite basse, se pose la question d'améliorer la prescription d'antibiotiques.

De nombreuses études ont été publiées démontrant l'importance de ces évaluations en terme d'amélioration de la pertinence et de la conformité des prescriptions d'antibiotiques et en terme de réduction des dépenses (29). La présence de protocoles permet de concilier l'intérêt individuel, qui est de guérir le patient par un traitement précoce et adéquat et l'intérêt collectif, pour lequel on privilégie l'écologie et la bonne gestion des ressources. Ils permettent de limiter le nombre de prescriptions non justifiées des antibiotiques à large spectre et les plus coûteux, notamment en rassurant les prescripteurs les moins expérimentés sur la sécurité de leur prescription (26).

En plus de disposer de protocoles, il faudrait également disposer d'autres moyens de communication. Proposer une formation continue, évaluer régulièrement les pratiques et diffuser ces évaluations à l'ensemble des prescripteurs concernés permettraient une meilleure adhérence aux nouvelles recommandations (30).

L'existence d'un référent en infectiologie au sein d'un service d'urgences permettrait une meilleure implication médicale et donc une meilleure adhésion aux recommandations. En effet, les médecins urgentistes doivent rapidement suspecter et éventuellement traiter une infection bactérienne malgré leurs conditions de travail parfois difficiles (affluence toujours plus importante de patients, diversité des pathologies, niveau de gravité variable).

Actuellement, un outil national de suivi de consommation est déployé, l'outil ConsoRes permettant de suivre en simultané la consommation d'antibiotiques et les résistances bactériennes dans chaque unité médicale d'un CH.

Cet outil a été installé au sein du CH de Béthune permettant une évaluation globale et au sein de chaque service. Entre 2016 et 2017, il était constaté une diminution de la consommation globale des antibiotiques : 520,5 ddj/1000 par journée d'hospitalisation (JH) à 487,7ddj/1000 par JH. Concernant le service de pédiatrie, la consommation a diminué de 3,7% prédominant sur la consommation des pénicillines de 10,7%. Néanmoins, il a été observé une augmentation de celle des céphalosporines et aminosides de respectivement 42,6% et 28,6%.

En médecine de ville, plusieurs perspectives pourraient être envisagées pour améliorer la prescription d'antibiotiques, telles que la mise en place de nouvelles campagnes médiatiques à grande échelle ou la formation d'intermédiaires auprès des parents (professionnels de la petite enfance). Il existe déjà un outil d'aide à la décision thérapeutique pour favoriser le bon usage des antibiotiques : antibioclic. Des programmes à destination d'un public plus jeune (collégiens et lycéens) pourraient avoir un impact à plus long terme.

Dans cette optique, était crée en partenariat avec les différents pays de l'Europe, un projet numérique a visée éducative et gratuit, e-Bug afin de sensibiliser les enfants sur la transmission, la prévention et le traitement des infections de manière ludique.

On pourrait également citer l'initiative de l'Institut National de Santé Public au Canada qui distribue gratuitement aux futurs parents en début de suivi de grossesse un guide offrant une information appuyée scientifiquement sur la grossesse,

l'accouchement et les deux premières années de vie de l'enfant. Une partie concerne la prise en charge des infections notamment avec la durée des symptômes et les critères devant mener à consulter un médecin. Ce guide s'intitule « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans » (28).

CONCLUSION

La résistance bactérienne est un phénomène préoccupant de santé publique, notamment en France, 3^e pays consommateur d'antibiotiques. La prise de conscience concernant la prescription massive d'antibiotiques a permis de mettre en place différents plans d'actions depuis les années 2000. Les spécificités de la population pédiatrique sont très souvent source d'erreurs de prescriptions.

Notre étude a permis de mettre en évidence un taux satisfaisant de conformité dans la prescription d'antibiotiques aux urgences pédiatriques des CH de Béthune et de Lens. Cependant, en médecine de ville, ce taux est faible confirmant les données de la littérature.

Les enquêtes d'évaluation des pratiques professionnelles permettraient d'agir sur les facteurs influençant l'application des recommandations.

Il serait intéressant de poursuivre ce travail par une formation commune des médecins généralistes du secteur, notamment ceux participants aux gardes de la maison médicale de Béthune et bientôt celle de Lens et réévaluer ainsi leurs pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bush K. Antibacterial drug discovery in the 21st century. *Clin Microbiol Infect.* 2004;10:10-7.
2. Synthèse sur la consommation et les résistances bactériennes publiée en novembre 2018 par l'ANSM- santé publique France et Anses.
3. consommation_antibiotiques_resistance_antibiotiques_france_necessite_mobilisation_determinee_durable
4. Carbon C, Bax RP. Regulating the use of antibiotics in the community. *BMJ.* 5 sept 1998;317(7159):663-5.
5. 2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>
6. Alfandari S, Argouillon L, Berger-Carbonne A, Bertrand X, Crémieux A, Dugravot L, et al. COMITE DE PILOTAGE « ATB-RAISIN » 2017. 2018;25.
7. plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.
8. Kierzek G, Dumas F, Baud M, Claessens Y-E, Leguerroue G, Pourriat J-L. Épidémiologie des sepsis aux urgences. /data/revues/09939857/0020001S/72_2/ [Internet]. 7 mars 2008 [cité 17 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/110661>
9. Hay AD, Heron J, Ness A. The prevalence of symptoms and consultations in pre-school children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC): a prospective cohort study. *Fam Pract.* 1 août 2005;22(4):367-74.
10. Craig JC, Williams GJ, Jones M, Codarini M, Macaskill P, Hayen A, et al. The accuracy of clinical symptoms and signs for the diagnosis of serious bacterial infection in young febrile children: prospective cohort study of 15 781 febrile illnesses. *BMJ.* 20 avr 2010;340(apr19 2):c1594-c1594.
11. Roger PM, Martin C, Taurel M, Fournier JP, Nicole I, Carles M, et al. [Motives for the prescription of antibiotics in the emergency department of the University Hospital Center in Nice. A prospective study]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 19 janv 2002;31(2):58-63.
12. Cadieux G, Tamblyn R, Dauphinee D, Libman M. Predictors of inappropriate antibiotic prescribing among primary care physicians. *CMAJ Can Med Assoc J.* 9 oct 2007;177(8):877-83.
13. Murphy M, Bradley CP, Byrne S. Antibiotic prescribing in primary care, adherence to guidelines and unnecessary prescribing--an Irish perspective. *BMC Fam Pract.* 28 mai 2012;13:43.

14. Nyquist A-C, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic Prescribing for Children With Colds, Upper Respiratory Tract Infections, and Bronchitis. *JAMA*. 18 mars 1998;279(11):875-7.
15. Thèse de médecine générale soutenue par Clémence Marc-Dorin : fréquence et déterminants des prescriptions d'antibiotiques non concordantes avec les recommandations de bonnes pratiques chez l'enfant.
16. van de Maat J, van de Voort E, Mintegi S, Gervais A, Nieboer D, Moll H, et al. Antibiotic prescription for febrile children in European emergency departments: a cross-sectional, observational study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. févr 2019 [cité 17 mars 2019]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309918306728>
17. Poole NM, Shapiro DJ, Fleming-Dutra KE, Hicks LA, Hersh AL, Kronman MP. Antibiotic Prescribing for Children in United States Emergency Departments: 2009–2014. *Pediatrics*. 8 janv 2019;e20181056.
18. Bien utiliser les antibiotiques - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/\(offset\)/0](https://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/(offset)/0)
19. Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015 - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2015-Point-d-Information>
20. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. *Pediatrics*. 1 sept 2011;128(3):595-610.
21. Marc C, Vrignaud B, Levieux K, Robine A, Guen CG-L, Launay E. Inappropriate prescription of antibiotics in pediatric practice: Analysis of the prescriptions in primary care. *J Child Health Care*. déc 2016;20(4):530-6.
22. de Bie S, Kaguelidou F, Verhamme KMC, De Ridder M, Picelli G, Straus SMJM, et al. Using Prescription Patterns in Primary Care to Derive New Quality Indicators for Childhood Community Antibiotic Prescribing. *Pediatr Infect Dis J*. 2016;35(12):1317-23.
23. Di Martino M, Lallo A, Kirchmayer U, Davoli M, Fusco D. Prevalence of antibiotic prescription in pediatric outpatients in Italy: the role of local health districts and primary care physicians in determining variation. A multilevel design for healthcare decision support. *BMC Public Health* [Internet]. 17 nov 2017 [cité 23 mars 2019];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5693576/>
24. Dekker ARJ, Verheij TJM, van der Velden AW. Antibiotic management of children with infectious diseases in Dutch Primary Care. *Fam Pract*. 01 2017;34(2):169-74.

25. Grimshaw JM, Russell IT. Achieving health gain through clinical guidelines II: Ensuring guidelines change medical practice. Qual Health Care. mars 1994;3(1):45-52.
26. Baron D, Dorak B, Touzé MD, Potel G. Etude prospective de la pathologie infectieuse dans les services d'urgences. Abstract in Rean Soins intensifs Médecine d'Urgence 1990;6:519
27. Elkharrat D, Brun-Ney D, Cordier B, Goldstein F, et al. Prescriptions d'antibiotiques dans 34 services d'accueil et de traitement des urgences français. Med Mal Infect. 2003 ;33 :70-7
28. Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>
29. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M and Grimshaw J Clinical guidelines : potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines BMJ. 1999 ;318 :527-30
30. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Paris : ANAES ; 2000

ANNEXES

Evaluation des pratiques de prescription des antibiotiques aux urgences chez l'enfant de 0 à 2 ans.

<u>Identité patient :</u> etiquette

Motif de consultation :

Fièvre Oui Non

Antécédents :

AVANT LE PASSAGE AU SAU

Date de consultation avec le 1^{er} médecin :

A t'on prescrit des antibiotiques? Oui Non

Dans quel délai ? (date de 1ere prise)

Si oui, lesquels ? (nom de l'antibiotique, posologie, durée d'administration) :

Nom de l'ATB	Posologie	Durée

Par qui ont ils été prescrits ?

médecin traitant médecin remplaçant pédiatre à l'hôpital

Pour quel diagnostic :

Urinaire Pulmonaire ORL SNC Digestif

Ostéoarticulaire Autres

PRISE EN CHARGE PENDANT ET APRES LE PASSAGE AU SAU

Données paracliniques (precrit aux urgences) :

	Oui	Non	
Leucocytes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procalcitonine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hémocultures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bandelette urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ECBU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radio de thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Echographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type :
Scanner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type :
Antibiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hospitalisation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traitement ambulatoire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

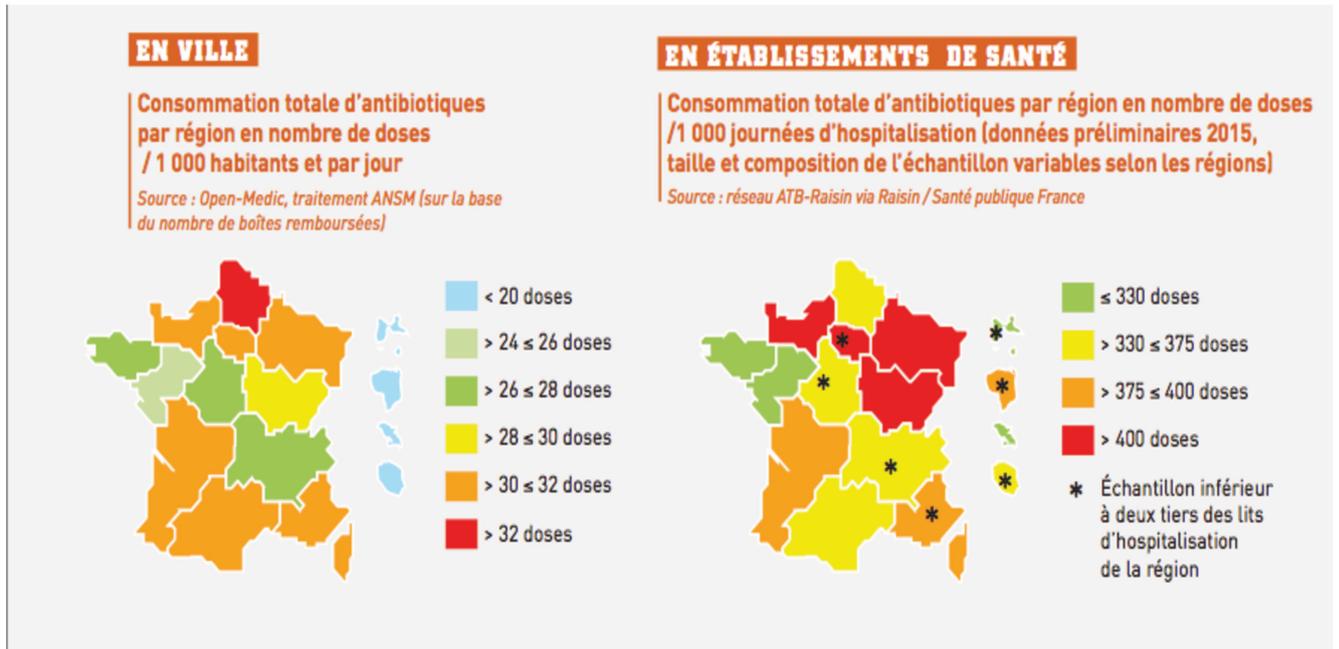
Diagnostic :

TTT prescrit	Posologie	Voie d'administration	Durée	Fonction du prescripteur

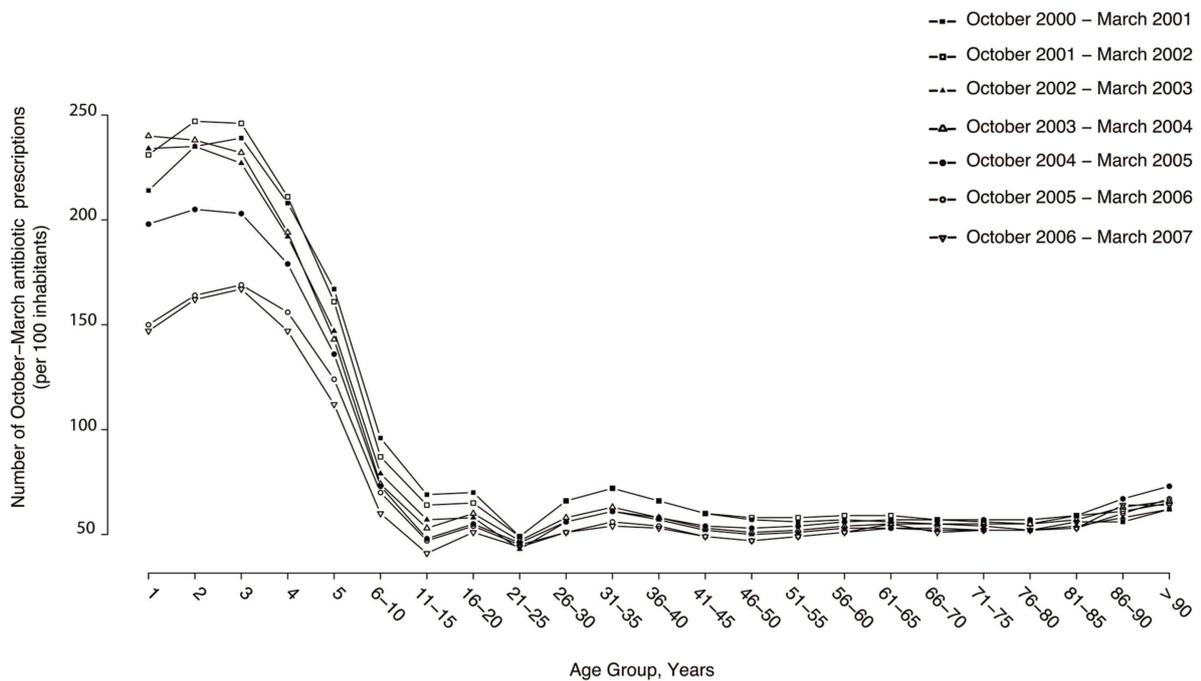
Prescription d'antibiotiques :

Sur protocole du service Guide ou appli mobile Recommandation HAS
 Avis sénior Propre expérience

Annexe 2 : Consommation totale d'antibiotiques par région en nombre de doses/jour et pour 1000 habitants



Evolution de la consommation des antibiotiques en fonction de l'âge



AUTEUR : Nom : HASSANALY

Prénom : Shaéma

Date de Soutenance : 23 avril 2019

Titre de la Thèse : Evaluation des pratiques professionnelles : prescription des antibiotiques chez l'enfant âgé de moins de 2 ans aux urgences pédiatriques des Centres Hospitaliers de Lens et de Béthune.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : *Médecine Générale*

DES + spécialité : *Médecine générale*

Mots-clés : Antibiothérapie, Urgences pédiatriques, Evaluation des pratiques

Résumé :

Contexte : L'utilisation massive et inappropriée d'antibiotiques a conduit à l'apparition de résistance bactérienne. Malgré la mise en place de nombreux plans d'actions nationaux, la France reste l'un des pays européens les plus consommateurs d'antibiotiques. La population pédiatrique représente une grande part de ces prescriptions. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la conformité des prescriptions d'antibiotiques chez l'enfant âgé de moins de 2 ans aux urgences pédiatriques des centres hospitaliers de Lens et de Béthune. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la conformité des prescriptions en médecine de ville si l'enfant avait consulté avant son arrivée aux urgences, et également de comparer la conformité des pratiques entre les 2 centres hospitaliers.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, bi-centrique, prospective, réalisée de mars à septembre 2018.

Résultats : Sur les 104 patients inclus, l'âge moyen était de 1 an et 3 mois. 21% des nourrissons avaient bénéficié de la prescription d'antibiotiques dont 10% pour une pathologie ORL et 8% pour une infection urinaire haute. Dans notre étude, 77% des prescriptions étaient conformes et 23% non conformes principalement par erreur de molécule. En médecine de ville, le taux de conformité était seulement de 27%.

Conclusion : Les résultats ont révélé un taux de conformité satisfaisant dans les prescriptions d'antibiotiques dans les services d'urgences pédiatriques des centres hospitaliers de Lens et de Béthune. Une analyse des facteurs influençant la non conformité permettrait d'améliorer les pratiques de prescription.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs : Madame le Professeur Karine FAURE

Monsieur le Professeur François DUBOS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Paul ANDREGNETTE