

## Introduction

Les signes fonctionnels urinaires sont un motif fréquent de consultation en médecine de ville et également dans les structures d'urgence. Les urétrites masculines se doivent d'être diagnostiquées et traitées rapidement afin de limiter les risques de contaminations et de complications. Des recommandations diagnostiques et thérapeutiques relatives à la prise en charge de ces infections ont été mises à disposition en 2006 par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et actualisées en 2008. Un protocole de prise en charge des urétrites, issu de ces recommandations, a été mis en place dans le SU le 1<sup>er</sup> avril 2015. Il précise les pratiques sur les prélèvements à effectuer pour le diagnostic bactériologique des urétrites, le traitement antibiotique à mettre en place idéalement sur place, le dépistage d'éventuelles co-infections et une visite de contrôle à J8 afin de vérifier l'efficacité du traitement et rendre les résultats des sérologies.

## Matériels et méthodes

L'étude décrit les pratiques dans le SU sur deux périodes : avant (1<sup>er</sup> groupe) et après (2<sup>ème</sup> groupe) la mise en place du protocole. Un cas d'urétrite était défini comme tout patient de sexe masculin, âgé de plus de 16 ans, ayant consulté aux urgences du CHI d'Elbeuf-Louviers et dont l'infection a été confirmée biologiquement pour *Neisseriae gonorrhoeae*, *Chlamydiae trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* ou *Ureaplasma urealyticum* pendant l'une des deux périodes d'étude. La confirmation biologique a pu être réalisée soit par la recherche de gonocoque, de chlamydia, de mycoplasme et de trichomonas sur un prélèvement 1<sup>er</sup> jet urinaire mis en culture et analysé par PCR, soit par la recherche de mycoplasme et de trichomonas sur un prélèvement urétral mis en culture et analysé par PCR. Les cas ont été identifiés à partir des données du laboratoire de bactériologie (listing des prélèvements biologiques rendus positifs). Les informations complémentaires portant sur les patients ont été recueillies dans les dossiers médicaux conservés aux urgences. L'âge des patients a été recueilli ainsi que le motif principal de consultation, la nature des prélèvements biologiques effectués (1<sup>er</sup> jet urinaire et/ou urétral), les recherches de co-infections (sérologie VIH, hépatite B, hépatite C et/ou syphilis) et le type de traitement reçu.

## Résultats

Cinquante-deux dossiers médicaux ont été analysés : 40 dans le 1<sup>er</sup> groupe et 12 dans le 2<sup>ème</sup> groupe. L'âge moyen de l'ensemble des 52 cas était de 25 ans. Le motif principal de consultation était des brûlures mictionnelles dans les 2 groupes (n = 26/40 dans le 1<sup>er</sup> groupe et n = 9/12 dans le 2<sup>ème</sup> groupe).

Dans le 1<sup>er</sup> groupe (n = 40), les analyses bactériologiques ont été réalisées sur prélèvement urinaire 1<sup>er</sup> jet pour 37 patients associées à un prélèvement urétral pour 7 d'entre eux : 17 prélèvements étaient positifs à gonocoque (+/- autre germe), 17 prélèvements étaient positifs à mycoplasme (+/- autre germe) et 22 étaient positifs à chlamydia (+/- autre germe). Dans le 2<sup>ème</sup> groupe (n = 12), les analyses bactériologiques ont toutes été réalisées sur un prélèvement urinaire 1<sup>er</sup> jet : 5 prélèvements étaient positifs à gonocoque, 7 étaient positifs à chlamydia et 7 étaient positifs à mycoplasme. Aucun prélèvement n'était positif à trichomonas.

Dans le 1<sup>er</sup> groupe, une sérologie VIH a été réalisée chez 23 patients (58 %) et une sérologie TPHA/VDRL chez 22 patients (55 %). Aucune n'était positive. Des sérologies hépatite B et C ont été prescrites et réalisées chez 19 patients (47 %) : 8 patients étaient immunisés contre l'hépatite B et 11 ont présenté des résultats négatifs. Aucun cas d'hépatite C n'a été dépisté. Les résultats de deux sérologies prescrites en ville n'ont pas été rapportés. Dans le 2<sup>ème</sup> groupe, les sérologies ont été réalisées pour l'ensemble des cas (n = 12). Un cas d'hépatite C a été identifié. La recherche de co-infections était exhaustive après la mise en place du protocole.

Dans le 1<sup>er</sup> groupe, l'information concernant la prise d'un traitement antibiotique était disponible pour 37/40 cas. Un total de 22 patients ont reçu une association Ceftriaxone/Azithromycine. Des posologies différentes ont été prescrites : 18 patients ont eu une prescription de Ceftriaxone 500 mg + Azithromycine 1000 mg et 4 ont reçu une prescription de Ceftriaxone 1000 mg + Azithromycine 1000 mg. Un total de 15 patients traités par un schéma Ceftriaxone + Azithromycine ont reçu le traitement aux urgences. Un total de 8 patients ont reçu une prescription d'Ofloxacine 200 mg (2 fois par jour) mais avec une durée de traitement variable (7, 10, 15 ou 21 jours). Les autres traitements prescrits comprenaient entre autre la Doxycycline et le Ceftriaxone en monothérapie. La moitié des traitements prescrits (49 %) était en adéquation avec les recommandations thérapeutiques. Dans le 2<sup>ème</sup> groupe, 100 % des traitements étaient en adéquation avec les recommandations, tous les patients ayant reçu aux urgences un traitement associant Ceftriaxone 500 mg + Azithromycine 1000 mg (n = 12).

Dans le 2<sup>ème</sup> groupe (n = 12), 8 patients se sont présentés à la consultation de suivi à J+7.

## Conclusion

Le motif principal de consultation des patients a été recherché plutôt que les symptômes présentés afin de repérer le patient rapidement et codifier sa prise en charge. Les identifications bactériologiques ont pour la grande majorité été réalisées sur des analyses urinaires de type 1<sup>er</sup> jet, conformément aux recommandations. Les prélèvements urétraux ne sont plus recommandés ; seuls des écouillons peuvent être réalisés en cas d'écoulements urétraux. Aucun écouillon n'a été réalisé après mise en place du protocole.

Le germe le plus fréquemment isolé était chlamydia devant le gonocoque. Il faut noter l'importance des infections multiples nécessitant une bi-antibiothérapie. L'absence de traitement efficace augmente la durée de l'infection, ce qui contribue à augmenter les risques de complication de l'urétrite ainsi que le risque de transmission secondaire. Le traitement antibiotique était conforme dans moins de la moitié des dossiers analysés dans le 1<sup>er</sup> groupe contre 100 % de bonnes pratiques après la mise en place du protocole.

La recherche des co-infections virales est recommandée en vue d'une prise en charge précoce de ces co-infections. Elle doit s'accompagner d'une visite de suivi pour la remise des résultats entre autres, mais seuls 8 patients sont revenus en consultation.

L'étude retrouve une adéquation aux recommandations avant la mise en place du protocole peu satisfaisante. La mise en place de protocole a permis une amélioration de la qualité des soins en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques. Il sera intéressant par la suite de développer et d'évaluer d'autres protocoles afin d'améliorer la qualité des soins au sein du service.

# VEILLE INFO

## Cire Normandie

Cellule de l'InVS en régions Haute et Basse Normandie

Veille Info n°39 - Décembre 2015

## Suivi des indicateurs d'activité des structures d'urgence et des Samu en Haute-Normandie

Période du 01/09/15 au 30/11/15

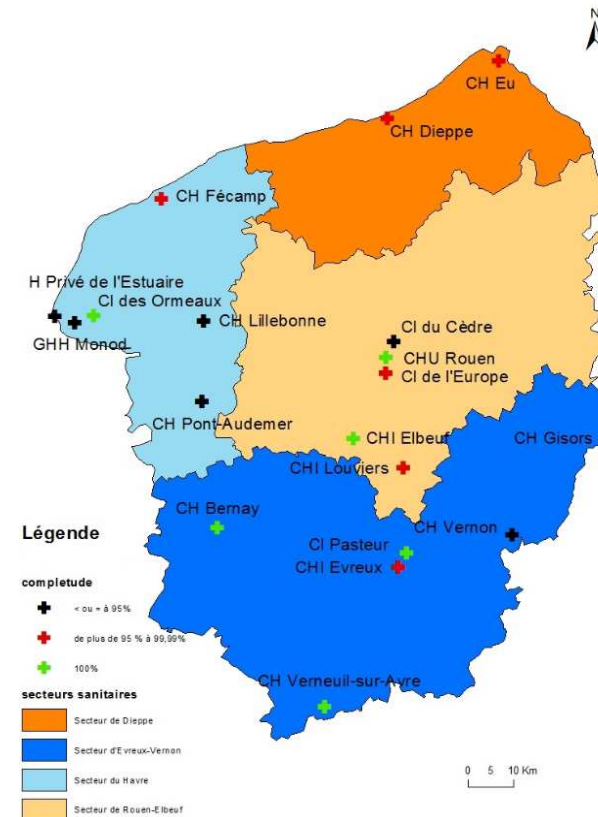
### Source de données SRVA

Les données présentées dans ce document (pages 1 à 3) sont issues du serveur régional de veille et d'alerte (SRVA), alimenté par l'ensemble des structures d'urgence de la région. La Cire Normandie exploite uniquement les données relatives au nombre de passages totaux et par classe d'âge (< 1 an et > 75 ans) et au nombre d'hospitalisations suite à des passages dans les structures d'urgence (Tab 1). Ces données permettent uniquement un suivi quantitatif de l'activité des structures d'urgence concernées et ne permettent pas de qualifier les motifs de recours aux structures d'urgence.

| Complétude des données et activité déclarée par les services sur la période du 01/09/15 au 30/11/15 |

Le niveau de complétude des données transmises par les structures d'urgence pour la période du 01/09/15 au 30/11/15 était de 95,4%. Sur cette même période, la complétude était comprise entre 65% et 100% selon les établissements (Fig 1).

Fig 1. Carte de complétude des données transmises par les structures d'urgence de Haute-Normandie, période du 01/09/15 au 30/11/15 (source : SRVA de Haute-Normandie).



Tab 1. Activité déclarée par les structures d'urgence de Haute-Normandie, période du 01/09/15 au 30/11/15 (source : SRVA de Haute-Normandie).

Etablissements	Primo passage	< 1 an	> 75 ans	Hospit
CH DIEPPE	8 608	245	1 334	2 745
CH EU	4 321	82	259	379
<b>Total Territoire de Dieppe</b>	<b>12 929</b>	<b>327</b>	<b>1 593</b>	<b>3 124</b>
CH BERNAY	4 911	19	770	1 339
CH EVREUX - CHIEURE-SEINE	14 872	989	1 222	2 523
CH GISORS	3 609	57	428	822
CH VERNEUIL-SUR-AVRE	3 751	47	409	398
CH VERNON - CHIEURE-SEINE	4 931	25	589	995
CL CHIRURGICALE PASTEUR - EVREUX	4 659	1	283	514
<b>Total Territoire Evreux - Vernon</b>	<b>36 733</b>	<b>1 138</b>	<b>3 701</b>	<b>6 591</b>
CH FECAMP	5 100	106	723	1 425
CH LILLEBONNE	4 792	36	415	707
CH PONT-AUDEMER	2 946	21	352	343
CL LES ORMEAUX-VAUBAN - LE HAVRE	5 985	9	409	745
H PRIVE DE L'ESTUAIRE - LE HAVRE	7 278	31	880	1 080
H JACQUES MONOD POSU - CH LE HAVRE	9 056	1 459	0	906
H JACQUES MONOD SAU - CH LE HAVRE	10 704	0	1 973	3 410
<b>Total Territoire Le Havre</b>	<b>45 861</b>	<b>1 662</b>	<b>4 752</b>	<b>8 616</b>
CH LES FEUGRAIS - CHIELBEUF	14 612	725	1 550	3 337
CH LOUVIERS - CHIELBEUF	3 684	50	242	289
CL DU CEDRE - BOIS-GUILLAUME	3 888	1	333	211
H CHARLES NICOLLE POSU - CHU ROUEN	10 101	2 018	0	2 517
H CHARLES NICOLLE SAU - CHU ROUEN + SAINT JULIEN	24 341	0	4 548	9 735
POLYCLINIQUE DE L'EUROPE - ROUEN	9 728	13	531	666
<b>Total Territoire Rouen - Elbeuf</b>	<b>66 334</b>	<b>2 807</b>	<b>7 204</b>	<b>16 735</b>
<b>Total Haute-Normandie</b>	<b>161 857</b>	<b>5 934</b>	<b>17 250</b>	<b>35 066</b>

**Suivi du nombre de primo-passages et d'hospitalisations dans les structures d'urgence, période du 01/09/15 au 30/11/15**

Fig 2. Nombre de primo-passages quotidiens et d'hospitalisations dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2013 à 2015, période du 01/09 au 30/11).

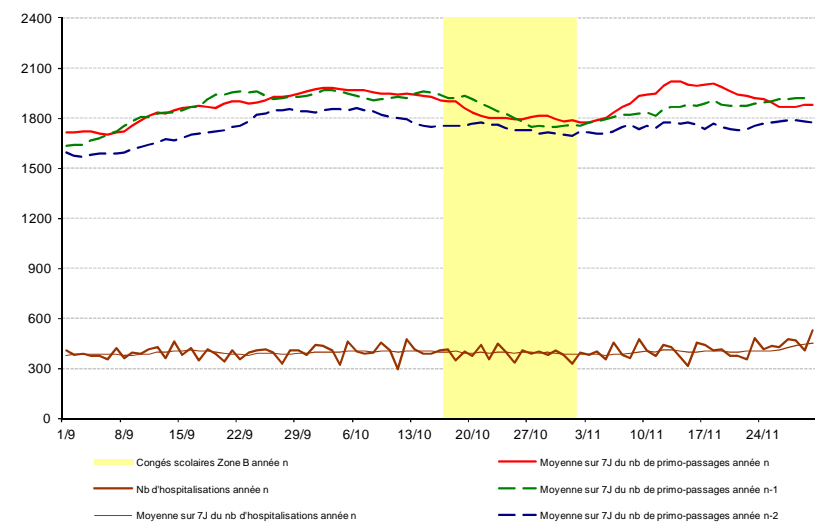


Fig 3. Evolution (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2014 et 2015, période du 01/09 au 30/11.

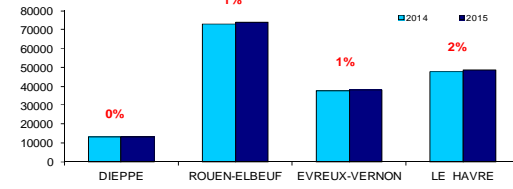
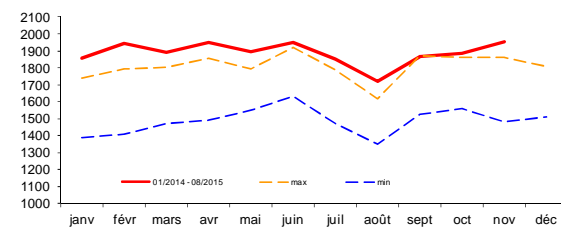


Fig 4. Nombre moyen de primo-passages quotidiens par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2014.



Sur la période du 01/09/15 au 30/11/15, le nombre de primo-passages quotidiens enregistrés par les structures d'urgence de Haute-Normandie est resté globalement stable par rapport à celui observé en 2014 à la même période (+1%), mais a été supérieur à celui observé en 2013 à mois équivalents (+8%, soit 13 145 passages supplémentaires sur la totalité de la période). Sur cette même période, le nombre d'hospitalisations suite à un passage aux urgences a légèrement augmenté la dernière semaine du mois de novembre (Fig 2). Le nombre moyen de primo-passages quotidiens s'est situé au niveau des valeurs maximales observées à mois équivalent au cours des années 2006 à 2014 pour les mois de septembre et d'octobre 2015, puis a dépassé les valeurs maximales pour le mois de novembre (Fig 4). L'activité des structures d'urgence des quatre territoires de santé (Dieppe, Rouen-Elbeuf, Evreux-Vernon et Le Havre) est restée globalement stable en pourcentage (de 0% à +2%) par rapport à celle observée en 2014 sur la même période (Fig 3).

**Suivi du nombre de primo-passages concernant les plus de 75 ans, période du 01/09/15 au 30/11/15**

Fig 5. Nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2013 à 2015, période du 01/09 au 30/11).

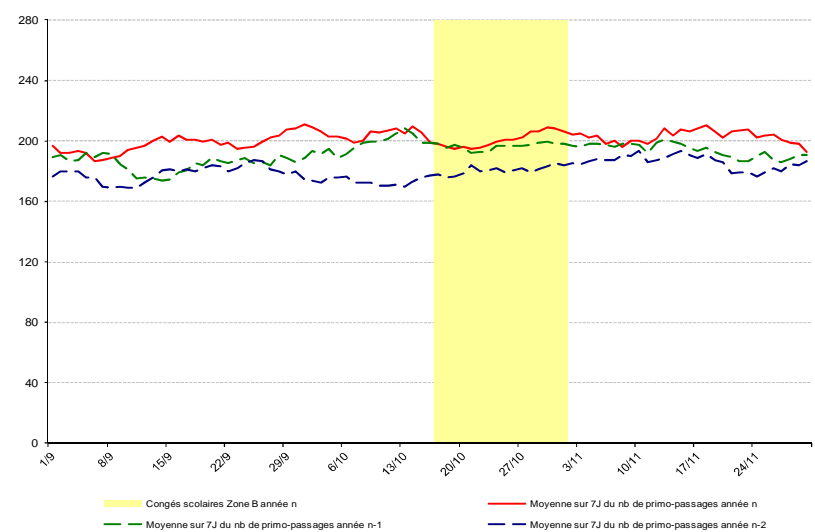


Fig 6. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2014 et 2015, période du 01/09 au 30/11.

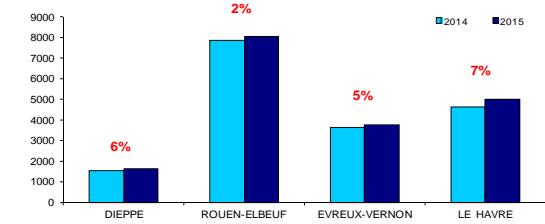
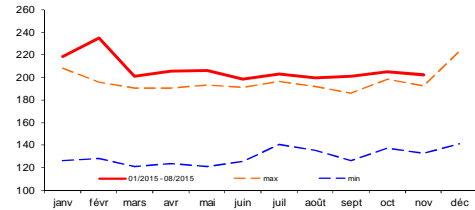


Fig 7. Nombre moyen de primo-passages quotidiens par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2014.



Sur la période d'étude (du 01/09/15 au 30/11/15), le nombre de primo-passages quotidiens des personnes de plus de 75 ans a été supérieur à ceux observés en 2013 et 2014 sur la même période, en pourcentage (respectivement +11% et +5%) et en nombre (respectivement 1 854 et 795 passages supplémentaires) (Fig 5). Le nombre moyen de primo-passages quotidiens a dépassé les valeurs maximales observées à la même période au cours des années 2006 à 2014 pour les mois de septembre à novembre 2015 (Fig 7). Les quatre territoires de santé ont affiché une augmentation de l'activité de leurs structures d'urgence pour cette catégorie d'âge par rapport à celles enregistrées en 2014 sur la même période variant de 2% pour le territoire de santé de Rouen-Elbeuf à 7% pour celui du Havre. Le territoire de santé du Havre est celui qui a présenté l'augmentation en nombre de passages la plus importante (+ 344 passages par rapport à 2014) (Fig 6).

**Définition des termes utilisés**

**Complétude** : nombre de jours où les indicateurs sont renseignés sur le serveur de l'ARH rapporté au nombre de jours de la période. **Données corrigées** : dans les graphiques ci-contre, les données manquantes pour certains hôpitaux sont remplacées par la moyenne des quatre jours identiques précédents (exemple : 4 mercredis). Ceci permet d'éliminer les artéfacts liés aux données manquantes. **Hospitalisation** : la somme des hospitalisations, transferts et passages en UHCD en provenance des structures d'urgence. **Taux d'hospitalisation** : le taux d'hospitalisation est le rapport de la somme des hospitalisations, transferts et passages en UHCD sur le nombre de passages aux urgences. **UHCD** : Unité d'hospitalisation de courte durée.

**Suivi du nombre de primo-passages concernant les moins de 1 an, période du 01/09/15 au 30/11/15**

Fig 8. Evolution du nombre de primo-passages quotidiens des moins de 1 an dans les structures d'urgence de Haute-Normandie (saisons 2013 à 2015, période du 01/09 au 30/11).

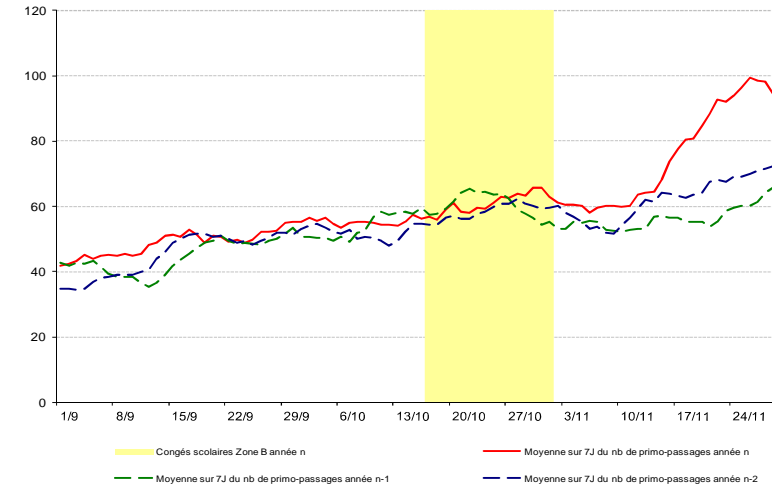


Fig 9. Variation (en %) de l'activité des structures d'urgence de Haute-Normandie par territoire de santé entre 2014 et 2015, période du 01/09 au 30/11.

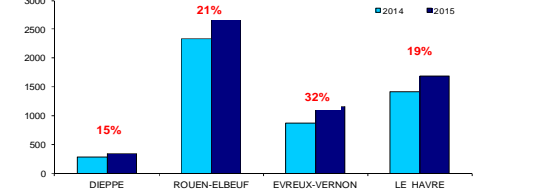
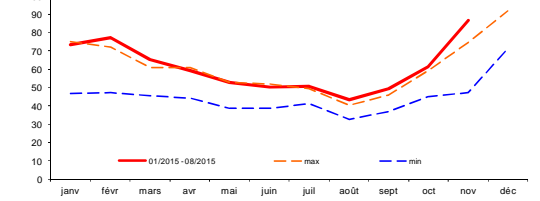


Fig 10. Nombre moyen de primo-passages quotidiens par mois dans les structures d'urgence de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2014.



Sur la période du 01/09/15 au 30/11/15, le nombre de primo-passages quotidiens chez les moins de 1 an a été supérieur à ceux observés en 2013 et 2014 à mois équivalents, en nombre et en pourcentage (respectivement +13% et +22%). Cette augmentation d'activité a principalement été observée sur la période du 15/11 au 30/11 (Fig 8). Sur la période d'observation, le nombre moyen de primo-passages quotidiens a dépassé les valeurs maximales observées à mois équivalent au cours des années 2006 à 2014, légèrement pour les mois de septembre et octobre 2015 puis de manière plus franche pour le mois de novembre (Fig 10). Les quatre territoires de santé ont affiché une forte augmentation de l'activité de leurs structures d'urgence pour cette catégorie d'âge par rapport à celles enregistrées en 2014 sur la même période, variant de 15% pour le territoire de santé de Dieppe à 32% pour celui d'Evreux-Vernon. Le territoire de santé de Rouen-Elbeuf est celui qui a présenté l'augmentation en nombre de passages la plus importante (+ 480 passages par rapport à 2014) (Fig 9).

**Suivi de l'activité des Samu, période du 01/09/15 au 30/11/15**

Fig 11. Nombre d'affaires traitées par les Samu de Haute-Normandie (saisons 2013 à 2015, période du 01/09 au 30/11).

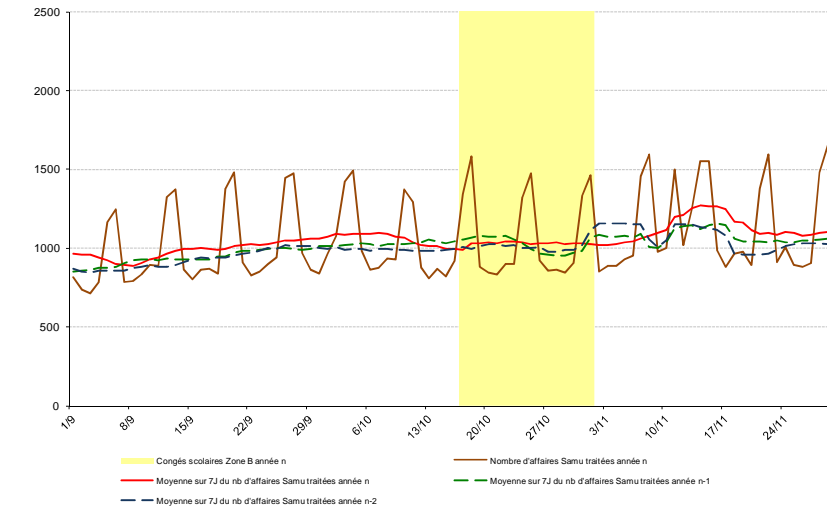


Fig 12. Variation (en %) de l'activité Samu entre 2014 et 2015, période du 01/09 au 30/11.

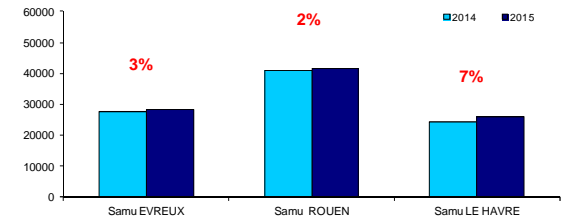
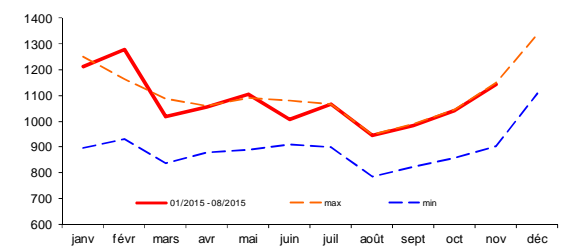


Fig 13. Nombre moyen d'affaires traitées quotidiennes par mois par les trois Samu de Haute-Normandie comparé à ceux enregistrés de 2006 à 2014.



Sur la période du 01/09/15 au 30/11/15, le nombre total quotidien d'affaires traitées par les 3 Samu de Haute-Normandie (n = 96 023) a été supérieur à ceux enregistrés sur la même période en 2013 et 2014, en nombre (respectivement 5 037 et 3 326 affaires supplémentaires) et en pourcentage (respectivement +6% et +4%) (Fig 11). Pour les mois de septembre à novembre 2015, le nombre moyen d'affaires traitées quotidiennement s'est situé au niveau des valeurs maximales observées à mois équivalent au cours des années 2006 à 2014 (Fig 13). Les 3 Samu de Haute-Normandie ont affiché une augmentation d'activité par rapport à celle enregistrée en 2014 sur la même période, variant de 2% pour le Samu de Rouen à 7% pour celui du Havre. Le Samu du Havre est celui qui a présenté l'augmentation en nombre d'affaires traitées la plus importante (1 676 affaires supplémentaires traitées par rapport à 2014) (Fig 12).