



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 2024**

N°

**Prise en charge de l'abcès cutané superficiel primaire en Médecine Générale dans l'Yonne et la Côte d'Or : étude des pratiques professionnelles.**

**THESE**

Présentée

À l'UFR des Sciences de Santé de Dijon Circonscription  
Médecine

Et soutenue publiquement le 07/03//2024  
Pour obtenir le grade de Docteur en médecine.

Par *AOUAD Hamza*  
Né le 15/01/1989  
A Strasbourg (67)

## **AVERTISSEMENT**

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourtent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2024**

N°

**Prise en charge de l'abcès cutané superficiel primaire en Médecine Générale dans l'Yonne et  
la Côte d'Or : étude des pratiques professionnelles.**

**THESE**

Présentée

À l'UFR des Sciences de Santé de Dijon Circonscription  
Médecine

Et soutenue publiquement le 07/03//2024  
Pour obtenir le grade de Docteur en médecine.

Par *AOUAD Hamza*  
Né le 15/01/1989  
A Strasbourg (67)

Année Universitaire 2023-2024  
au 1<sup>er</sup> septembre 2023

Doyen :

**M. Marc MAYNADIÉ**

Assesseurs :

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

Mme Laurence DUVILLARD

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

**Discipline**

M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Moncef	<b>BERHOUMA</b>	Neurochirurgie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale

Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
	Irène	<b>FRANCOIS-PURSSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Philippe	<b>KADHEL</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
(Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)			
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	<b>TRUC</b>	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie

(Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)

M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**PROFESSEURS EMERITES**

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean	<b>CUISENIER</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2021 au 31/10/2024)
Mme	Monique	<b>DUMAS</b>	(01/06/2022 au 31/05/2025)
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2022 au 31/08/2025)
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	(02/11/2022 au 31/10/2025)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

**PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

**Discipline Universitaire**

Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Julie	<b>BARBERET</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	<b>BELTRAMO</b>	Pneumologie
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie

(Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)

Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	<b>DERANGERE</b>	Histologie
M.	Jean-David	<b>FUMET</b>	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	David	<b>GUILLIER</b>	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	<b>MARIET</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Thomas	<b>MOUILLOT</b>	Physiologie
M.	Maxime	<b>NGUYEN</b>	Anesthésie réanimation
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie

(Disponibilité pour convenances personnelles)

Mme	Claire	<b>TINEL</b>	Néphrologie
-----	--------	--------------	-------------

M.	Antonio	<b>VITOBELLO</b>	Génétique
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

**PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES**

M.	Ludwig Serge	<b>AHO GLELE</b>	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	<b>AHOSSI</b>	Odontologie
M.	Jacques	<b>BEURAIN</b>	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	<b>PINOIT</b>	Pédopsychiatrie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

**PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>COMBERNOUX-WALDNER</b>	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
M.	Benoit	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Olivier	<b>MAIZIERES</b>	Médecine Générale
Mme	Ludivine	<b>ROSSIN</b>	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

**PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

**PROFESSEUR CERTIFIE**

M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
----	----------	---------------------	---------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

**PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme	Amélie	<b>CRANSAC</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## **COMPOSITION DU JURY**

Président : Pr BLOT Mathieu

Membres : Dr BEAUGRAND Jérôme  
Dr DAUTRICHE Benoit  
Dr SEDIKI Mourad (Directeur de thèse)

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."

## **Remerciements**

Je tenais avant tout à remercier grandement mon directeur de thèse le Dr SEDIKI qui m'a conseillé et guidé tout au long de cette thèse et qui a toujours été disponible peu importe l'heure et le jour.

Je tiens à remercier le Pr BLOT qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse et pour sa participation à l'écriture de cette thèse ainsi que ses conseils qui m'ont permis d'envisager mon travail sous un autre angle.

Je remercie également le Dr BEAUGRAND qui m'a fait l'honneur d'accepté d'être membre de mon jury et pour tous ces conseils durant ma formation.

Je remercie le Dr DAUTRICHE qui m'a fait l'honneur d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

Je remercie Mr D'ATHIS qui m'a énormément aidé dans la rédaction de cette thèse, et tout particulièrement la réalisation de la partie statistique.

Merci à mes sœurs Hanâa et Zaineb pour leur soutien et leur travail de relecture ainsi qu'à Sofiane, Chifâa et Nouheila.

Je tiens tout particulièrement à remercier mes parents auxquels j'exprime ma gratitude pour leur soutien et conseils tout au long de ma vie et sans qui rien de tout cela n'aurait pu être possible.

Merci à ma femme Mélanie pour son soutien et ses encouragements.

Merci au Dr Maitre pour toutes nos discussions et ses conseils qui m'ont accompagné durant mon cursus.

# Sommaire

<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>7</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>8</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>10</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>10</b>
<b>Abréviations et définitions</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>12</b>
<b>2. Méthodologie</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Résultats</b> .....	<b>15</b>
3.1. Description des participants .....	15
3.2. Âge .....	15
3.3. Lieu d'installation .....	15
3.4. Mode d'installation .....	15
3.5. Ancienneté d'activité des médecins généralistes .....	16
<b>4. Description des pratiques devant un abcès</b> .....	<b>17</b>
4.1. Par rapport à la prise en charge .....	17
<b>5. Description des autres pratiques et comparaison selon facteurs</b> .....	<b>18</b>
5.1. Les antibiotiques .....	18
5.2. Correspondance avec un chirurgien .....	24
5.3. Incision .....	26
<b>6. Discussion</b> .....	<b>32</b>
6.1. Incision .....	32
6.2. Méchage .....	33
6.3. Freins à l'incision au cabinet .....	34
6.4. Antibiothérapie .....	34
6.5. Base et durée de l'antibiothérapie .....	35
<b>7. Conclusion</b> .....	<b>36</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>38</b>
<b>Annexe</b> .....	<b>40</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>42</b>

## **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Prise en charge initiale des médecins ayant participé à l'étude.....	17
Tableau 2 : Acte complémentaire après prise en charge chirurgicale.....	17
Tableau 3 : Choix de l'antibiotique ou non dans la prise en charge des abcès cutanés superficiels .....	18
Tableau 4 : Influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté par antibiotiques ou non prescription.....	19
Tableau 5 : Influence du lieu et du mode d'installation par antibiotique ou non prescription. ....	20
Tableau 6 : Nombre prescrit de jours d'antibiotiques en fonction du sexe, âge et ancienneté. ....	21
Tableau 7 : Nombre de jours de prescription d'antibiotiques selon lieu et mode d'installation.....	22
Tableau 8 : Nombre moyen de jours prescrits selon sexe, âge et ancienneté. ....	23
Tableau 9 : Nombre de jours d'antibiotiques selon lieu et mode d'installation. ....	24
Tableau 10 : Correspondance avec un chirurgien en fonction du sexe, âge et ancienneté. ....	25
Tableau 11 : Correspondance avec un chirurgien en fonction du lieu et du mode d'installation. ....	26
Tableau 12 : Age et ancienneté selon correspondance ou non avec un chirurgien.....	26
Tableau 13 : Incision au cabinet en fonction de sexe, âge et ancienneté.....	27
Tableau 14 : Incision au cabinet en fonction du lieu et du mode d'installation .....	28
Tableau 15 : Effectif, moyenne et écart type pour âge et ancienneté en fonction de l'incision au cabinet .....	29
Tableau 16 : Formation à inciser un abcès superficiel en fonction du sexe, âge et ancienneté.....	30
Tableau 17 : Formation à inciser un abcès superficiel en fonction du lieu et mode d'installation.....	30
Tableau 18 : Age et ancienneté en fonction de la formation du médecin à inciser un abcès superficiel.....	31
Tableau 19 : Raisons apportées par les médecins généralistes ayant participé à l'étude qui empêchent l'incision au cabinet .....	32

## **Liste des figures**

Figure 1 : Représentation graphique par histogramme de l'Ancienneté d'activité en 2023 des médecins généralistes ayant participé à l'étude .....	16
Figure 2 : Représentation graphique par histogramme du nombre de jours d'antibiotiques prescrits par les médecins généralistes ayant participé à l'étude. ....	20

## **Abréviations et définitions**

**CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**SARM** : Staphylococcus aureus résistant à la méticilline

**URPS** : Union régionale des professionnels de santé

**AINS** : Anti inflammatoire non stéroïdien

## **1. Introduction**

Les abcès cutanés primaires se forment sur une peau cliniquement antérieurement normale. Ils sont causés par des agents pathogènes (bactéries, virus, parasites, champignons) à la suite d'une inoculation après brèche cutanée dans la plupart des cas. L'agent le plus fréquent est la bactérie *Staphylococcus aureus*. Parmi ceux-ci, l'abcès cutané superficiel est une collection purulente localisée dans le derme ou l'hypoderme, avec un diamètre d'un à trois centimètres. Les facteurs de risques sont une immunodépression, un diabète déséquilibré, l'usage d'AINS et la toxicomanie intraveineuse <sup>(1)(2)</sup>.

Les consultations pour abcès cutané sont en augmentation depuis les années 2000<sup>(3)</sup>. Toutefois il n'existe pas de données précises disponibles sur l'incidence en France.

Les nouvelles recommandations de la HAS datant de juillet 2021<sup>(4)</sup> indiquent que le traitement doit être chirurgical et médical.

Le traitement chirurgical est la réalisation d'une incision et d'un drainage durant lequel il est recommandé de réaliser un prélèvement de pus pour analyse biologique.

Le traitement médical est l'instauration d'une antibiothérapie de courte durée (5 jours) par Clindamycine PO/IV 600 mg 3 fois par jour ou Pristinamycine PO 1 g 3 fois par jour, Oxacilline ou Cloxacilline IV 100 mg/kg/j, Céfazoline IV 80 mg/kg/j) avec réévaluation en fonction de l'antibiogramme réalisé sur le prélèvement profond de pus après incision, que l'on doit recueillir dans un récipient stérile à l'aide d'une seringue ou d'un écouvillon s'il n'y a pas assez de pus<sup>(5)(6)</sup>

On peut constater que la prise en charge de l'abcès cutané varie avec le praticien : certains se contentent de traiter uniquement par antibiothérapie et d'autres d'adresser le patient à un chirurgien.

L'opération d'incision et drainage au cabinet apparaît peu fréquente alors qu'elle est reconnue de manière universelle comme étant essentielle à la prise en charge<sup>(7)(8)(9)</sup>.

En revanche, les pratiques d'irrigation et d'enlèvement de la coque sont plus fréquentes, cependant cela n'augmente pas les chances de guérison<sup>(10)</sup>.

L'échographie permet de diminuer le risque d'échec de l'incision et drainage<sup>(10)</sup> mais son délai de

réalisation la rend difficile à prescrire, notamment en milieu rural.

L'antibiothérapie systématique est discutée<sup>(12)(13)</sup>. D'après certaines études, elle ne diminuerait pas le risque d'échec observé sans antibiothérapie.

L'usage abusif ou excessif des antibiotiques accélère le phénomène de résistance et contribue à la sélection de bactéries résistantes<sup>(5)</sup>.

Il apparaît donc utile d'étudier à quel point la prise en charge de l'abcès cutané superficiel par les médecins généralistes est conforme aux recommandations.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la prise en charge de l'abcès cutané superficiel non compliqué (qui est bien codifié) par les médecins généralistes (pour savoir s'ils respectent les recommandations actuelles), ainsi que les freins à la pratique de l'incision et drainage en cabinet.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'état des connaissances concernant la prise en charge médicale, et le niveau de formation à la prise en charge chirurgicale de l'abcès cutané superficiel.

## **2. Méthodologie**

Cette étude descriptive, observationnelle et rétrospective est réalisée avec un questionnaire.

Les médecins généralistes ont été contactés par courriel et téléphone dans l'Yonne et la Côte d'Or. La population est formée des médecins généralistes de l'Yonne et de la Côte d'Or.

Les informations à rechercher sont d'abord les caractéristiques (sexe, âge, mode et lieu d'exercice, plus nombre d'années de pratique), puis les éléments de prise en charge du médecin devant un abcès (s'il le traite lui-même, et si oui comment).

L'inclusion était simple, sans quota de sexe ni d'âge.

Tous les médecins généralistes installés dans l'Yonne (210) ou la Côte d'Or (598), ont été contactés par courriel via l'URPS, pour répondre au questionnaire.

Le recueil a été fait en ligne avec Google Forms qui centralise les réponses dans un tableau compatible avec Excel.

Le questionnaire est composé d'une partie renseignements généraux :

- L'âge en 2023 divisé en quatre modalités (28-34, 35-39, 40-49 et 50-76 ans),
- Le sexe,
- Le mode d'installation,
- L'ancienneté en 2023 divisée en quatre modalités (1-4, 5-9, 10-19 et 20-45 ans).

Et d'une partie clinique déterminant pour un abcès cutané superficiel d'environ 2,5 cm de diamètre, sensible, mûr, présent depuis 4 jours :

- Les différentes prises en charge au cabinet (antibiothérapie, incision, urgence, spécialiste, pansement alcoolisé),
- Les freins à l'incision,
- Et la formation du médecin dans l'incision d'un abcès cutané.

Le critère principal est l'incision au cabinet (variable oui/non).

Les critères secondaires sont l'utilisation des antibiotiques, l'envoi du patient aux urgences ou à un service spécialisé et la formation à l'acte d'incision

L'enquête étant limitée à l'observation de l'activité ordinaire de médecins, elle n'a pas exigé d'autorisation préalable.

L'analyse à effectuer est descriptive avec une comparaison des comportements selon les caractéristiques.

Chaque variable a été présentée par fréquence en pourcentage (complétée par effectif) pour chacune de ses modalités. Dans les cas particuliers de l'âge et de l'ancienneté, ont été présentés en complément la moyenne et l'écart type.

Les variables « incision », « antibiotiques » et « envoi aux urgences ou à service spécialisé » ont été analysées en fonction du sexe, l'âge, le lieu d'installation, ancienneté (depuis l'obtention du diplôme) et

la formation à l'acte d'incision : cela avec le test exact de Fisher (comparant des fréquences).

Les recherches bibliographiques ont été effectuées sur Google Scholar et Pubmed.

Les mots clés utilisés étant "abcès cutané superficiel", "incision drainage abcès cutané", "antibiothérapie abcès cutané", "treatment cutaneous abscess".

### **3. Résultats**

796 médecins généralistes ont été sollicités par courriel en Côte d'Or et dans l'Yonne via l'URPS ; seulement 85 médecins soit 10,7% ont répondu au questionnaire.

Les réponses ont été recueillies entre le 01 février et le 20 août 2023.

#### **3.1. Description des participants**

Chez les 85 médecins qui ont participé. Il y avait 39 (46%) de femmes et 46 (51%) d'hommes.

#### **3.2. Âge**

Le groupe le plus important comptait ceux âgés de 20 à 34 ans : 28 (33 %). Suivi de ceux âgés de 35 à 39 ans 17 (20%), 60 à 79 ans 16 (19%), 40 à 49 ans 15 (18%) et 50 à 59 ans 9 (11%).

L'âge moyen était de 43 ans (écart type 12 ans).

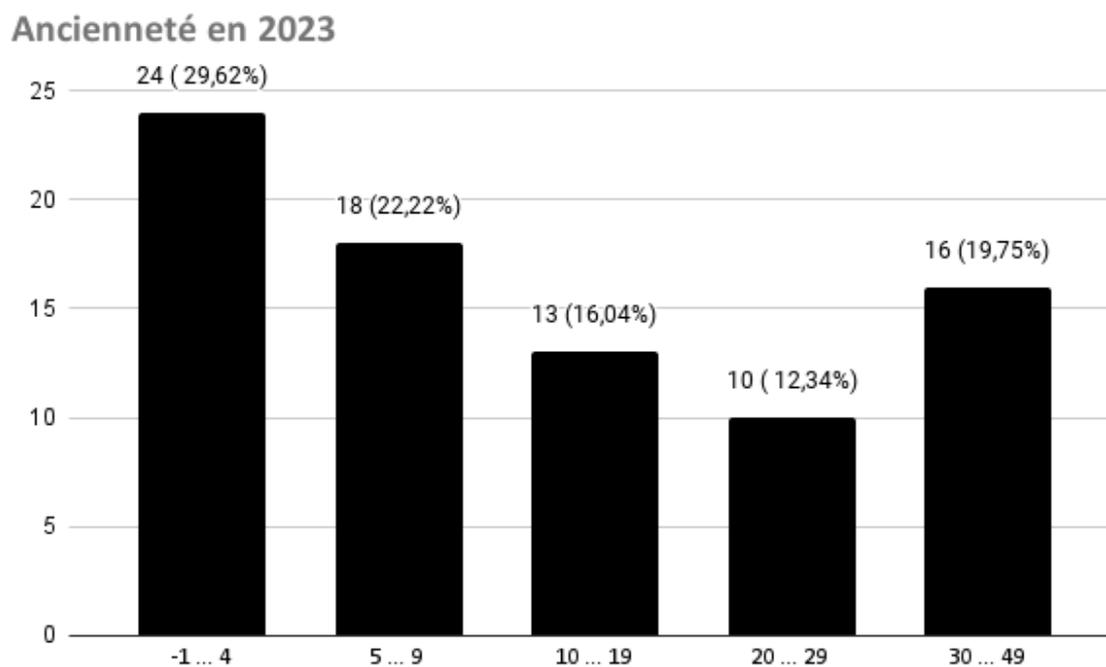
#### **3.3. Lieu d'installation**

26 (12%) des médecins interrogés dans l'Yonne ont répondu ainsi que 59 (10%) des médecins en Côte d'Or. Dans notre étude 69% (n= 59) des participants étaient donc installés en Côte d'Or et 31% (n=26) dans l'Yonne.

#### **3.4. Mode d'installation**

La répartition des médecins selon leur mode d'installation était équilibrée : 34,5% (n=29) des médecins étaient installés en ville, 33% (n=28) en milieu rural et 32% (n=27) en milieu semi-urbain.

### 3.5. Ancienneté d'activité des médecins généralistes



*Figure 1 : Représentation graphique par histogramme de l'Ancienneté d'activité en 2023 des médecins généralistes ayant participé à l'étude*

Les médecins les plus représentés étaient ceux avec le moins d'ancienneté. L'ancienneté moyenne était de 14 ans (écart type 13 ans).

## 4. Description des pratiques devant un abcès

### 4.1. Par rapport à la prise en charge

Question : "Votre prise en charge initiale consiste à" (8 réponses pouvant être associées) (85 participants)

Prescrire une antibiothérapie	58,82%	n=50
Inciser au cabinet	52,94%	n=45
Envoyer le patient à un chirurgien	25,88%	n=22
Poser un pansement alcoolisé	24,71%	n=21
Envoyer le patient aux urgences	8,24%	n=7
Bilan sanguin recherche immunodépression ou diabète avec prélèvement local si possible	1,18%	n=1
Appliquer un mélange adapté d'huiles essentielles	1,18%	n=1

Tableau 1 : Prise en charge initiale des médecins ayant participé à l'étude.

La réponse la plus fréquentes étaient "Prescrire une antibiothérapie" suivie de "Inciser au cabinet".

Question "Est-ce que vous faites" (19 réponses pouvant être associées) (85 participants)

Un méchage	43,54 %	(n=37)
Rien	24,73%	(n=21)
Je n'incise pas	15,29 %	(n=13)
Un prélèvement	9,42%	(n=8)
Pansement	9,43%	(n=8)
Excision complète avec l'enveloppe fibreuse de l'abcès	1,18%	(n=1)

Tableau 2 : Acte complémentaire après prise en charge chirurgicale

La réponse "Un méchage" était la plus fréquente.

## 5. Description des autres pratiques et comparaison selon facteurs

### 5.1. Les antibiotiques

A la question : " Quelle molécule utilisez-vous ? " (plusieurs réponses possibles) les réponses les plus fréquentes sont « pristinamycine » et « amoxicilline acide clavulanique »

Pristinamycine	38,6%	n = 33
Amoxicilline/acide clavulanique	29,4%	n = 25
Pas d'antibiotiques dans ce cas	26%	n = 22
Amoxicilline	20%	n = 17
Clindamycine	2,3%	n = 2

Tableau 3 : Choix de l'antibiotique ou non dans la prise en charge des abcès cutanés superficiels

#### 5.1.1 Choix de l'antibiotique en fonction du sexe, de l'âge et de l'ancienneté des médecins

	Amoxicilline	Amoxicilline/acide clavulanique	Clindamycine	Pristinamycine	Pas d'antibiotique
<b>SEXE</b>					
Femme	7 (17,9%)	10 (25,6%)	<b>1 (2,6%)</b>	16 (41%)	10 (25,6%)
Homme	10 (21,7%)	15 (32,6%)	<b>1 (2,2%)</b>	17 (37%)	12 (26,1%)
<i>P(Chi2/FISHER)</i>	0,787	0,633	<i>p</i> > 0,999	0,823	0,999
<b>AGE en 2023</b>					
28-34 ans	5 (17,8%)	8 (28,6%)	1 (3,6%)	10 (35,7%)	<b>9 (32,1%)</b>

35-39 ans	5(29,4%)	7 (41,2%)	0	5 (29,4%)	1(5,9%)
40-49 ans	4 (26,7%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	8 (53,3%)	2 (13,3%)
50-76 ans	3 (12%)	6 (24%)	0	10(40%)	<b>10 (40%)</b>
<i>P(Chi2/FISHER)</i>	<i>0,498</i>	<i>0,682</i>	<i>0,551</i>	<i>0,560</i>	<i>0,0466*</i>
<b>ANCIENNETÉ en 2023</b>					
-1-4 ans	5 (20,8%)	7 (29,2%)	1 (4,2%)	8 (33,3%)	<b>8 (33,3%)</b>
5-9 ans	5 (27,8%)	8 (44,4%)	0	7 (38,9%)	1 (5,5%)
10-19 ans	3 (23,1%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)
20-45 ans	3 (11,5%)	6 (23,1%)	0	10 (38,5%)	<b>11 (42,3%)</b>
<i>P(Chi2/FISHER)</i>	<i>0,561</i>	<i>0,297</i>	<i>0,425</i>	<i>0,700</i>	<i>0,0332*</i>

Tableau 4 : Influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté par antibiotiques ou non prescription.

La clindamycine était à peine utilisée : globalement moins de 3%. La réponse "pas d'antibiotique" était plus fréquente chez les plus jeunes (32%) et les plus âgés (40%) comme chez les moins expérimentés (33%) et les plus expérimentés (42%).

#### 5.1.2 Choix de l'antibiotique selon l'influence du lieu et du mode d'installation

	Amoxicilline	Amoxicilline/acide clavulanique	Clindamycine	Pristinamycine	Pas d'antibiotique
<b>Mode d'installation</b>					
Rural	7 (25%)	5(17,8%)	1 (3,6%)	11(39,3%)	7 (25%)
Semi-urbain	6 (22,2%)	11 (40,7%)	0	12 (44,4%)	6 (22,2%)
Urbain	4 (13,8%)	9 (31%)	0	10 (34,5%)	9 (31%)
<i>P(Chi2/FISHER)</i>	<i>0,554</i>	<i>0,188</i>	<i>0,654</i>	<i>0,755</i>	<i>0,781</i>
<b>Lieu d'installation</b>					

Côte d'Or	8 (13,5%)	19 (32,2%)	0	28 (47,4%)	11 (18,6%)
Yonne	9 (34,6%)	6 (23,1%)	2 (7,7%)	5 (19,2%)	11 (42,3%)
<i>P(Chi2/FISHER)</i>	0,0384*	0,449	0,091	0,0164*	0,0315*

Tableau 5 : Influence du lieu et du mode d'installation par antibiotique ou non prescription.

L'Amoxicilline était moins prescrite en Côte d'Or (13% vs 35%), contrairement à la Pristinamycine (47% vs 19%). Et "pas d'antibiotiques" était moins fréquent en Côte d'Or (19% vs 42%).

### 5.1.3 Nombre prescrit de jours d'antibiotiques en fonction du sexe, âge et ancienneté

Question "Si oui combien de jours d'antibiotiques prescrivez-vous ?"

Les médecins concernés (74% des participants) ont répondu pour moitié 7 jours.

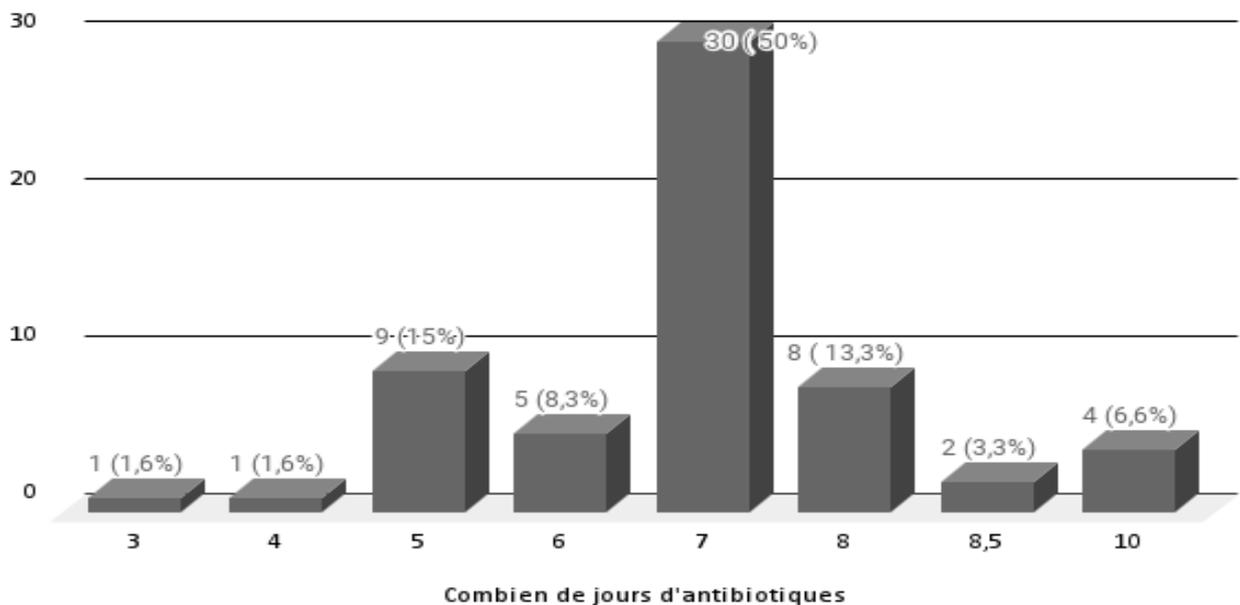


Figure 2 : Représentation graphique par histogramme du nombre de jours d'antibiotiques prescrits par les médecins généralistes ayant participé à l'étude.

Antibiotiques	3 – 6 jours	7 jours	8 – 10 jours	P (Chi2/FISHER)
<b>SEXE</b>				
Femme	8 (28,6%)	14 ( <b>50%</b> )	6 (21,4%)	
Homme	8 (25%)	16 ( <b>50%</b> )	8 (25%)	
				0,944
<b>AGE en 2023</b>				
28-34 ans	6 (31,6%)	9 (47,4%)	4 (21,1%)	
35-39 ans	4 (28,6%)	<b>9 (64,3%)</b>	1 (7,1%)	
40-49 ans	3 (25%)	6 (50%)	3 (25%)	
50-76 ans	3 (20%)	6 (40%)	6 (40%)	
				0,574
<b>ANCIENNETÉ en 2023</b>				
-1-4 ans	5 (33,3%)	6 (40%)	4 (26,7%)	
5-9 ans	3 (18,7%)	<b>10 (62,5%)</b>	3 (18,7%)	
10-19 ans	4 (40%)	5 (50%)	1 (10%)	
20-45 ans	3 (20%)	6 (40%)	6 (40%)	
				0,523

Tableau 6 : Nombre prescrit de jours d'antibiotiques en fonction du sexe, âge et ancienneté.

Les femmes comme les hommes prescrivait pour moitié 7 jours d'antibiotiques.

Prescrire 7 jours était plus fréquent chez les 35-39 ans, comme chez ceux d'ancienneté de 5 à 9 ans, mais de façon non significative.

5.1.4 Nombre prescrit de jours d'antibiotiques en fonction du lieu et du mode d'installation

Antibiotiques	3 - 6 jours	7 jours	8 - 10 jours	P(Chi2/FISHER)
<b>Mode d'installation</b>				
Rural	6 (28,6%)	9 (42,8%)	6 (28,6%)	
Semi-urbain	6 (30%)	9 (40%)	6 (30%)	
Urbain	3 (16,7%)	<b>13 (72,2%)</b>	2 (11,1%)	
				0,312
<b>Lieu d'installation</b>				
Côte d'Or	11 (23,9%)	25 (54,3%)	10 (21,7%)	
Yonne	5 (35,7%)	5 (35,7%)	4 (28,6%)	
				0,527

Tableau 7 : Nombre de jours de prescription d'antibiotiques selon lieu et mode d'installation

Les médecins installés en ville ainsi que ceux installés en Côte d'Or prescrivaient en majorité 7 jours d'antibiotiques.

5.1.5 Nombre de jours de prescription d'antibiotiques en fonction du sexe, de l'âge et de l'ancienneté

Nombre de jours d'antibiotiques	Effectif	Moyenne	Ecart type
<b>SEXE</b>			
Femme	26	6,875	1,424
Homme	32	6,89	1,378
P (MANN et WHITNEY)		0,861	

<b>AGE en 2023</b>			
28-34 ans	19	6,763	1,357
35-39 ans	14	6,5	1,224
40-49 ans	12	6,791	1,269
50-76 ans	15	7,466	1,597
P (MANN et WHITNEY)	0,397		
<b>ANCIENNETÉ en 2023</b>			
-1-4 ans	15	6,9	1,391
5-9 ans	16	6,906	0,934
10-19 ans	10	6,1	1,595
20-45 ans	15	7,466	1,597
P (MANN et WHITNEY)	0,283		

Tableau 8 : Nombre moyen de jours prescrits selon sexe, âge et ancienneté.

Quels que soient les groupes, la durée moyenne de prescription d'antibiotiques était entre 6 et 8 jours.

#### 5.1.6 Nombre de jours d'antibiotique en fonction du lieu et du mode d'installation

	Effectif	Moyenne	Ecart type
<b>Mode d'installation</b>			
Rural	21	6,857	1,651
Semi-urbain	20	6,875	1,413
Urbain	18	6,972	1,091
P (MANN et WHITNEY)	0,996		
	Effectif	Moyenne	Ecart type

<b>Lieu d'installation</b>			
Côte d'Or	46	6,902	1,364
Yonne	14	6,821	1,514
P (MANN et WHITNEY)	0,814		

Tableau 9 : Nombre de jours d'antibiotiques selon lieu et mode d'installation.

Quels que soient le mode et le lieu d'installation, la durée moyenne de prescription d'antibiotiques est d'environ 7 jours.

## 5.2. Correspondance avec un chirurgien

A la question "Corrpondez-vous avec un chirurgien pouvant donner rendez-vous rapidement pour prendre en charge un abcès ?" les réponses ont été moitié-moitié pour oui 51,8% (n=44) et non 48,2% (n =41)

### 5.2.1 « Correspondance avec un chirurgien » en fonction de sexe, âge et ancienneté

Correspondance avec chirurgien	OUI	NON
<b>SEXE</b>		
Femme	20 (51,3%)	19 (48,7%)
Homme	24 (52,2%)	22 (47,8)
P(Chi2/FISHER)	1	
	OUI	NON
<b>AGE en 2023</b>		
28-34 ans	13 (46,4)	15 (53,6%)
35-39 ans	8 (47,1%)	9 (52,9%)

40-49 ans	9 (60%)	6 (40%)
50-76 ans	14 (56%)	11 (44%)
P(Chi2/FISHER)	0,801	
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>ANCIENNETÉ en 2023</b>		
-1-4 ans	10 (41,7%)	14 (58,3%)
5-9 ans	10 (55,6%)	8 (44,4%)
10-19 ans	<b>8 (61,5)</b>	5 (38,5%)
20-45 ans	14 (53,8%)	12 (46,2%)
P(Chi2/FISHER)	0,680	

Tableau 10 : Correspondance avec un chirurgien en fonction du sexe, âge et ancienneté.

Correspondre avec un chirurgien était plus fréquent (61,5%) chez les médecins ayant une ancienneté de 10 à 19 ans, mais de façon non significative.

#### 5.2.2 « Correspondance avec un chirurgien » en fonction de lieu et mode d'installation

Correspondance avec chirurgien	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Mode d'installation</b>		
Rural	15 (53,6%)	13 (46,4%)
Semi-urbain	13 (48,1%)	14 (51,9%)
Urbain	16 (55,2)	13 (44,8%)
P(Chi2/FISHER)	0,890	
<b>Lieu d'installation</b>		
Côte d'or	33 (55,9%)	26 (44,1%)

Yonne	11 (42,3%)	15 (57,7%)
P(Chi2/FISHER)	0,346	

Tableau 11 : Correspondance avec un chirurgien en fonction du lieu et du mode d'installation.

### 5.2.3 Age des médecins selon s'il y a eu une correspondance avec un chirurgien

	Effectif	Moyenne	Ecart type
<b>AGE en 2023</b>			
Correspondance Oui	44	<b>45,25</b>	13,068
Non	41	41,365	11,676
P (MANN et WHITNEY)	0,162		
<b>ANCIENNETÉ en 2023</b>			
Correspondance Oui	42	<b>15,404</b>	13,146
Non	39	13,076	12,687
P (MANN et WHITNEY)	0,262		

Tableau 12 : Age et ancienneté selon correspondance ou non avec un chirurgien.

L'âge moyen des médecins qui correspondent avec un chirurgien était de 45 ans, avec une ancienneté moyenne de 15 ans.

## 5.3. Incision

5.3.1 Pratique de l'incision au cabinet en fonction de sexe, âge, ancienneté, lieu et mode d'installation

A la question “Avez-vous déjà incisé au cabinet ?” 68% des réponses ont été oui (n=58) et 32% non (n=27).

Incision au cabinet	NON	OUI	P(Chi2/FISHER)
<b>SEXE</b>			
Femme	14 (35,9%)	25 (64,1%)	
Homme	13 (28,3%)	<b>33(71,7%)</b>	
			0,490
<b>AGE en 2023</b>			
28-34 ans	12 (42,9%)	16 (57,1%)	
35-39 ans	8 (47,1%)	9 (52,9%)	
40-49 ans	1 (6,7%)	<b>14 (93,3%)</b>	
50-76 ans	6 (24%)	<b>19 (76%)</b>	
			0,0358
<b>ANCIENNETÉ en 2023</b>			
-1-4 ans	7 (29,2%)	17 (70,8%)	
5-9 ans	9 (50%)	9 (50%)	
10-19 ans	1 (7,7%)	<b>12 (92,3%)</b>	
20-45 ans	7 (26,9%)	19 (73,1%)	
			0,085

Tableau 13 : Incision au cabinet en fonction de sexe, âge et ancienneté.

L'incision au cabinet était plus fréquente à partir de 40 ans, et aussi entre 10 et 19 ans d'ancienneté. Elle était aussi plus fréquente chez les hommes (72%) que chez les femmes (64%).

### 5.3.2 Pratique de l'incision au cabinet en fonction de lieu et mode d'installation

Incision au cabinet	NON	OUI	P(Chi2/FISHER)
<b>Mode d'installation</b>			
Rural	10 (35,7%)	18 (64,3%)	
Semi-urbain	6 (22,2%)	21 (77,8%)	
Urbain	11 (37,9%)	18 (62,1%)	
			0,413
	NON	OUI	
<b>Lieu d'installation</b>			
Côte d'or	16 (27,1%)	<b>43 (72,9%)</b>	
Yonne	11 (42,3%)	15 (57,7%)	
			0,208

Tableau 14 : Incision au cabinet en fonction du lieu et du mode d'installation

L'incision au cabinet apparaissait plus fréquente en Côte d'or.

### 5.3.3 Age et ancienneté selon incision au cabinet ou non

	Effectif	Moyenne	Ecart type
<b>AGE en 2023</b>			
Incision au cabinet NON	27	39,111	10,492
OUI	58	<b>45,362</b>	12,933
P (MANN et WHITNEY)	0,02		
	Effectif	Moyenne	Ecart type
<b>ANCIENNETÉ en 2023</b>			
Incision au cabinet NON	42	15,404	13,146
OUI	39	<b>13,076</b>	12,687

P (MANN et WHITNEY)	0,262
---------------------	-------

Tableau 15 : Effectif, moyenne et écart type pour âge et ancienneté en fonction de l'incision au cabinet

Chez les médecins ayant déjà incisé au cabinet l'âge moyen était plus élevé (45 vs 39 ans) mais l'ancienneté moyenne ne montrait pas de différence (13 vs 15 ans).

#### 5.3.4 Formation à inciser un abcès superficiel en fonction du sexe, âge et ancienneté

##### Question "Avez-vous été formé à inciser un abcès superficiel ?"

La réponse a été oui pour seulement 33 % (n=28), dont 24 % (n=20) pendant la formation de médecin généraliste et 9% (n=8) après l'installation.

En conséquence 66% des médecins (n=56) n'ont pas été formés à l'incision.

Formation à inciser	NON	OUI
<b>SEXE</b>		
Femme	25 (65,8%)	13 (34,2%)
Homme	31 (67,4%)	15 (32,6%)
P(Chi2/FISHER)	1	
	NON	OUI
<b>AGE en 2023</b>		
28-34 ans	21 (75%)	7 (25%)
35-39 ans	11 (64,7%)	6 (35,3%)
40-49 ans	11 (73,3%)	4 (26,7%)
50-76 ans	13 (54,2%)	<b>11 (45,8%)</b>
P(Chi2/FISHER)	0,417	
	NON	OUI

<b>ANCIENNETÉ en 2023</b>		
-1-4 ans	15 (62,5%)	9 (37,5%)
5-9 ans	14 (77,8%)	4 (22,2%)
10-19 ans	10 (76,9%)	3 (23,1%)
20-45 ans	13 (52%)	<b>12 (48%)</b>
P(C <sub>hi</sub> <sup>2</sup> /FISHER)	0,417	

Tableau 16 : Formation à inciser un abcès superficiel en fonction du sexe, âge et ancienneté.

La formation à inciser était plus fréquente chez les médecins âgés de plus de 50 ans, et ayant plus de 20 ans d'ancienneté.

### 5.3.5 Formation à inciser un abcès superficiel en fonction de lieu et mode d'installation

Formation à inciser	NON	OUI
<b>Mode d'installation</b>		
Rural	15 (55,6%)	<b>12 (44,4%)</b>
Semi-urbain	19 (70,4%)	8 (29,6%)
Urbain	22 (75,9%)	7 (24,1%)
P(C <sub>hi</sub> <sup>2</sup> /FISHER)	0,273	
	NON	OUI
<b>Lieu d'installation</b>		
Côte d'or	40 (69%)	18 (31%)
Yonne	16 (61,5%)	10 (38,5%)
P(C <sub>hi</sub> <sup>2</sup> /FISHER)	0,617	

Tableau 17 : Formation à inciser un abcès superficiel en fonction du lieu et mode d'installation.

La formation à inciser apparaissait plus fréquente chez les médecins installés en milieu rural. Quelle que soit la situation, la fréquence des médecins formés à l'incision ne dépassait jamais 50%.

5.3.6 Age et ancienneté selon formation ou non du médecin à inciser un abcès superficiel

	Effectif	Moyenne	Ecart type
<b>AGE en 2023</b>			
Formation à inciser NON	56	41,803	11,233
OUI	28	45,642	13,995
P (MANN et WHITNEY)	0,26		
	Effectif	Moyenne	Ecart type
<b>ANCIENNETÉ en 2023</b>			
Formation à inciser NON	52	12,48	11,304
OUI	28	16,75	14,713
P (MANN et WHITNEY)	0,352		

Tableau 18 : Age et ancienneté en fonction de la formation du médecin à inciser un abcès superficiel

En moyenne chez les médecins formés à l'incision l'âge était de 45 ans et l'ancienneté de 16 ans.

5.3.7 Les raisons qui empêchent l'incision au cabinet

Question "Quelles sont les raisons qui empêchent l'incision au cabinet ?" (4 réponses pouvant être associées)

Acte non maîtrisé	35,3%	n=30
Le temps	<b>55,3%</b>	n=47

Les risques	34,1%	n=29
Ne pas être certain de l'indication	35,3%	n=30

Tableau 19 : Raisons apportées par les médecins généralistes ayant participé à l'étude qui empêchent l'incision au cabinet

## **6. Discussion**

Cette étude visait à évaluer les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'abcès cutané superficiel à la suite des nouvelles recommandations de la HAS.

Seulement 10% des médecins sollicités ont répondu au questionnaire : probablement ceux qui ont l'habitude de répondre à des questionnaires ou qui sont à l'aise avec le sujet, ce qui mène à admettre un biais d'auto-sélection.

Les médecins participants comptaient 53% de moins de 40 ans, et étaient 52% avec une ancienneté de moins de 5 ans, ce qui ne correspond pas à la démographie médicale actuelle.

Enfin ceux exerçant en Côte d'Or sont deux fois plus nombreux que ceux exerçant dans l'Yonne. Cela peut être expliqué par le fait que comparer à l'Yonne, il y a presque trois fois plus de médecins installés en Côte d'or.

### **6.1. Incision**

La plupart des praticiens ont recours à la prise en charge chirurgicale, seulement 15% d'entre eux n'incisent pas.

Seulement la moitié des médecins ont indiqué "inciser au cabinet", la fréquence étant plus grande chez les médecins les plus âgés et avec le plus d'expérience. Ce résultat se retrouve dans une étude réalisée en Bretagne pour une thèse de médecine générale en 2018<sup>(14)</sup> qui montre une fréquence d'incision seulement de 50 %. Pourtant la HAS préconise incision et drainage <sup>(4)</sup>

La pratique montre cependant une fréquence plus élevée de médecins ayant déjà incisé au cabinet (deux sur trois), mais qui reste faible quand on sait que la littérature scientifique montre un consensus à juger comme principal ce geste chirurgical <sup>(7)(8)(15)</sup>.

Un quart des médecins orientaient le patient vers un chirurgien pour une incision ce qui est une solution mais seulement la moitié correspondaient avec un chirurgien pouvant fixer un rendez-vous rapidement. Cependant, le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'un rendez-vous rapidement entraîne un délai de prise en charge plus long <sup>(16)</sup> et donc une perte de chance pour les patients <sup>(17)</sup>.

Les médecins les plus âgés et avec le plus d'expérience ont tendance à inciser au cabinet.

Près d'un quart des participants utilisaient un pansement alcoolisé, alors que celui-ci n'est validé par aucune donnée scientifique.

Il faudrait donc former tous les futurs médecins généralistes à l'incision de l'abcès cutané, pour en améliorer la prise en charge. Organiser avec un chirurgien la possibilité de prendre en charge rapidement les patients souffrant d'abcès cutané pourrait être une solution pour en améliorer la prise en charge.

## **6.2. Méchage**

Près de 50% des participants utilisent le méchage après incision d'un abcès cutané. Dans le *New England Journal of Medicine* de 2007 <sup>(18)</sup> le méchage fait partie intégrante de la prise en charge chirurgicale de l'abcès cutané superficiel.

Le but est d'éviter la fermeture trop rapide des bords de la plaie qui créerait un espace mort et augmenterait le risque de récurrence, mais on ne trouve pas de preuve scientifique à cette théorie.

Dans un essai pilote prospectif, randomisé en simple aveugle réalisé en 2006 à Philadelphie (USA) sur 48 participants, des sujets présentant des abcès cutanés simples (d'un diamètre inférieur à 5 cm) ont subi une incision, un drainage, une irrigation et un traitement standard de l'abcès. Les participants ont ensuite été randomisés selon qu'ils étaient méchés ou non.

Cette étude suggère que le méchage non seulement n'améliorerait pas les chances de guérison, mais majorerait la douleur <sup>(19)</sup>. Les auteurs pensent nécessaire une étude à plus grande échelle.

Plusieurs études ultérieures concluent qu'utiliser une mèche après incision d'un abcès cutané superficiel ne diminue pas le risque de récurrence, et n'écarte donc pas une deuxième prise en charge <sup>(10)</sup> <sup>(20)</sup>.

La formation à l'incision devrait donc déconseiller le méchage de plaie dans l'abcès cutané, car son utilisation est encore trop fréquente d'après notre étude.

### **6.3. Freins à l'incision au cabinet**

Les participants à cette étude justifient majoritairement la non-réalisation de l'acte chirurgical par le manque de temps.

La durée moyenne d'une consultation en médecine générale est de 16 minutes selon une enquête de la DREES effectuée en 2002<sup>(21)</sup>. Et l'incision d'un abcès nécessite le respect d'un protocole strict <sup>(22)</sup>, ce qui nécessite du temps, surtout lorsque l'on est seul comme le médecin généraliste.

Ce temps, difficile à trouver par le médecin généraliste qui est seul, manque sans doute du fait de la diminution du nombre des médecins généralistes libéraux : une autre étude de la DREES <sup>(23)</sup> montre que 7 médecins sur 10 jugent l'offre de médecine générale insuffisante, et que 8 médecins sur 10 rencontrent des difficultés à répondre aux sollicitations des patients.

Un tiers des participants ne sont pas certains de l'indication ou ne maîtrisent pas l'acte chirurgical.

La majorité des médecins n'ont pas été formés pendant leurs études de médecine.

On peut penser que l'incertitude sur le traitement et la non-maîtrise de l'acte d'incision résultent du faible nombre de médecins formés à l'incision durant les études de médecine.

Il aurait été intéressant de savoir si le praticien jugeait insuffisante la rémunération de l'acte : il pourrait être nécessaire de revaloriser la pratique de la médecine générale en France.

### **6.4. Antibiothérapie**

Un antibiotique n'était prescrit que par un peu plus de la moitié des médecins, ce qui est insuffisant au regard des recommandations de la HAS <sup>(24)</sup>.

C'est peut-être dû au fait que ces recommandations soient récentes (juillet 2021), car avant cela l'antibiothérapie n'était pas indiquée pour les infections cutanées (cf. recommandations HAS 2009<sup>(25)</sup>).

Ce n'est qu'après qu'un essai multicentrique, prospectif, en double aveugle avec 786 participants <sup>(26)</sup> ait montré de meilleurs résultats à court terme pour les patients avec antibiothérapie en plus d'incision et drainage. 83% des patient ayant bénéficié d'un traitement par clindamycine ont guéri après 10 jours alors que dans le groupe placebo 70 % des patients ont guéri après 10 jours.

La prescription d'antibiotiques dans la prise en charge de l'abcès cutané est controversée, mais l'antibiothérapie systématique l'est aussi : la revue "Prescrire" justifie la non-prescription systématique d'antibiotiques par le fort taux de guérison sans antibiotiques. Selon une synthèse méthodique 85% des abcès guérissent sans antibiothérapie (en éliminant ainsi tout risque d'effet indésirable) <sup>(27)</sup>.

La prescription trop rare peut donc être expliquée non seulement par une méconnaissance des dernières recommandations, mais aussi par les avis divergents de la littérature.

## **6.5. Base et durée de l'antibiothérapie**

L'antibiotique le plus prescrit est la pristinamycine qui est recommandée en première intention, mais cela n'est fait que par un peu plus d'un quart des participants.

Le deuxième antibiotique le plus prescrit (Amoxicilline/Acide clavulanique) même si non recommandé par la HAS reste logique par le fait de sa couverture du germe le plus souvent rencontré (*Staphylococcus aureus*).

Notre étude montre que la prescription d'antibiotique même si elle ne correspond pas toujours aux recommandations reste néanmoins efficace dans la majorité des cas.

La Clindamycine, également recommandée en première intention, n'est pratiquement pas prescrite.

Les autres médicaments prescrits ne sont pas recommandés, mais des articles montrent que, malgré l'utilisation d'une molécule inappropriée pour traiter un abcès cutané, le taux de guérison est élevé s'il y a eu prise en charge chirurgicale <sup>(28)</sup>.

La durée de l'antibiothérapie est quant à elle trop longue (7 jours) pour la majorité des participants, et ne correspond à la durée recommandée par la HAS (5 jours) que pour une petite partie.

L'antibiothérapie ne correspond pas à la prise en charge de l'abcès cutané conseillé par la HAS : cela concorde avec la littérature scientifique qui, dans une évaluation prospective de 232 antibiothérapies, conclut à un mésusage fréquent des antibiotiques en médecine générale <sup>(29)</sup>. Une autre étude réalisée en Bretagne dans un service des urgences, pour une thèse de médecine générale, indique une utilisation des

antibiotiques non conforme aux recommandations <sup>(30)</sup>.

## **7. Conclusion**

La consultation en médecine générale pour abcès cutané superficiel non compliqué est fréquente, et la prise en charge est bien codifiée par les recommandations de la HAS de 2021.

Cette étude, la première réalisée en Bourgogne, permet d'évaluer l'état des connaissances des médecins généralistes installés dans l'Yonne et la Côte d'or après la publication des nouvelles recommandations.

Elle montre que la prise en charge actuelle est variée. Si dans la majorité des cas, une incision est pratiquée, elle ne l'est pas toujours d'emblée au cabinet, et certains praticiens ne la propose pas. Certains proposent des pratiques, telles que le méchage qui ne fait l'objet d'aucune recommandation de l'HAS ou d'autres sociétés savantes.

Enfin, une antibiothérapie est majoritairement prescrite, comme préconisé par les recommandations HAS, même si un quart des praticiens n'en prescrit pas. Si le choix de l'antibiotique ne respecte pas toujours les préconisations de la HAS, le spectre couvre dans la majorité des cas *Staphylococcus aureus*, la principale bactérie responsable.

Les principales limites à l'application de ces recommandations, en particulier de l'incision au cabinet, sont le manque de temps, l'absence de maîtrise de l'acte ou de certitude quant à son indication. Ces données renforcent la nécessité de mieux former les jeunes praticiens à cet acte capital, et de renforcer leurs moyens alloués pour faciliter sa réalisation précoce au cabinet.

**THESE SOUTENUE PAR Mr AOUAD Hamza**

**CONCLUSIONS**

La consultation en médecine générale pour abcès cutané superficiel non compliqué est fréquente, et la prise en charge est bien codifiée par les recommandations de la HAS de 2021.

Cette étude, la première réalisée en Bourgogne, permet d'évaluer l'état des connaissances des médecins généralistes installés dans l'Yonne et la Côte d'or après la publication des nouvelles recommandations.

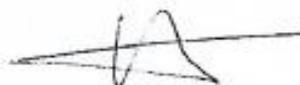
Elle montre que la prise en charge actuelle est variée. Si dans la majorité des cas, une incision est pratiquée, elle ne l'est pas toujours d'emblée au cabinet, et certains praticiens ne la propose pas. Certains proposent des pratiques, telles que le méchage qui ne fait l'objet d'aucune recommandation de l'HAS ou d'autres sociétés savantes.

Enfin, une antibiothérapie est majoritairement prescrite, comme préconisé par les recommandations HAS, même si un quart des praticiens n'en prescrit pas. Si le choix de l'antibiotique ne respecte pas toujours les préconisations de la HAS, le spectre couvre dans la majorité des cas *Staphylococcus aureus*, la principale bactérie responsable.

Les principales limites à l'application de ces recommandations, en particulier de l'incision au cabinet, sont le manque de temps, l'absence de maîtrise de l'acte ou de certitude quant à son indication. Ces données renforcent la nécessité de mieux former les jeunes praticiens à cet acte capital, et de renforcer leurs moyens alloués pour faciliter sa réalisation précoce au cabinet.

Le Président du jury,

Pr. BLOT Mathieu



Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 12 Février 2024  
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ



## **Bibliographie**

1. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 15 avr 2023]. Abcès cutané - Troubles dermatologiques. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/infections-cutan%C3%A9es-bact%C3%A9riennes/abc%C3%A8s-cutan%C3%A9>
2. Cribier B. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. *Ann Dermatol Vénérologie*. oct 2019;146(10):610-25.
3. Chrysogelou I, Clerc O, Della Santa V. Infections cutanées aux urgences : le diable se cache dans les détails. *Rev Med Suisse*. 10 août 2016;526:1326-30.
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 20 août 2023]. Choix et durée de l'antibiothérapie : Prise en charge des abcès cutanés. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3282441/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-prise-en-charge-des-abcès-cutanés](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3282441/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-prise-en-charge-des-abcès-cutanés)
5. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 15 juill 2014;59(2):e10-52.
6. BACTERIE\_InfectionsCutanees.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2024]. Disponible sur: [https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2019/07/BACTERIE\\_InfectionsCutanees.pdf](https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2019/07/BACTERIE_InfectionsCutanees.pdf)
7. Long B, Gottlieb M. Diagnosis and Management of Cellulitis and Abscess in the Emergency Department Setting: An Evidence-Based Review. *J Emerg Med*. janv 2022;62(1):16-27.
8. Fitch MT, McGinnis HD. Abscess Incision and Drainage. *N Engl J Med*. 2007;
9. Meislin HW, McGehee MD, Rosen P. Management and microbiology of cutaneous abscesses. *J Am Coll Emerg Physicians*. 1 mai 1978;7(5):186-91.
10. Mohamed ahmed AYY, Zaman S, Stonelake S, Ahmad AN, Datta U, Hajibandeh S, et al. Incision and drainage of cutaneous abscess with or without cavity packing: a systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis of randomised controlled trials. *Langenbecks Arch Surg*. juin 2021;406(4):981-91.
11. Gaspari RJ, Sanseverino A, Gleeson T. Abscess Incision and Drainage With or Without Ultrasonography: A Randomized Controlled Trial. *Ann Emerg Med*. janv 2019;73(1):1-7.
12. Llera JL, Levy RC. Treatment of cutaneous abscess: A double-blind clinical study. *Ann Emerg Med*. 1 janv 1985;14(1):15-9.
13. Schmitz GR, Bruner D, Pitotti R, Olderog C, Livengood T, Williams J, et al. Randomized Controlled Trial of Trimethoprim-Sulfamethoxazole for Uncomplicated Skin Abscesses in Patients at Risk for Community-Associated Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Infection. *Ann Emerg Med*. 1 sept 2010;56(3):283-7.
14. Bartolomeo N. Qualité de la prise en charge des abcès superficiels par les médecins généralistes en région Bretagne, intérêt d'une formation. 24 mai 2018;71.
15. Incision and Drainage - Abstract - Europe PMC [Internet]. [cité 18 oct 2023]. Disponible sur:

<https://europepmc.org/article/NBK/nbk556072>

16. Siciliani L, Hurst J. Causes de la disparité des délais d'attente en chirurgie non urgente dans les pays de l'OCDE. *Rev Économique OCDE*. 2004;38(1):107-37.
17. Sène N, Del Marmol V. [Multiple and recurrent cutaneous abscesses: diagnosis approach]. *Rev Med Brux*. 2017;38(1):26-32.
18. Fitch MT, Nicks BA, Pariyadath M, McGinnis HD, Manthey DE. Videos in clinical medicine. Emergency pericardiocentesis. *N Engl J Med*. 22 mars 2012;366(12):e17.
19. O'Malley GF, Dominici P, Giraldo P, Aguilera E, Verma M, Lares C, et al. Routine packing of simple cutaneous abscesses is painful and probably unnecessary. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. mai 2009;16(5):470-3.
20. Kessler DO, Krantz A, Mojica M. Randomized trial comparing wound packing to no wound packing following incision and drainage of superficial skin abscesses in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. juin 2012;28(6):514-7.
21. er481.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
22. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Comment inciser et drainer un abcès - Blessures; empoisonnement. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/blessures-empoisonnement/comment-effectuer-des-interventions-cutan%C3%A9es,-des-tissus-mous-et-des-interventions-chirurgicales-mineures/comment-inciser-et-drainer-un-abc%C3%A8s>
23. er1140.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
24. Gauzit R, Castan B, Bonnet E, Bru JP, Cohen R, Diamantis S, et al. Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations. *Infect Dis Now*. mars 2021;51(2):114-39.
25. RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE ET LA PRÉVENTION DES INFECTIONS CUTANÉES LIÉES AUX SOUCHES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANTS À LA METICILLINE COMMUNAUTAIRES (SARM CO). 2009;
26. Daum RS, Miller LG, Immergluck L, Fritz S, Creech CB, Young D, et al. A Placebo-Controlled Trial of Antibiotics for Smaller Skin Abscesses. *N Engl J Med*. 29 juin 2017;376(26):2545-55.
27. Abcès cutanés sans complication : Incision et drainage sans antibiothérapie le plus souvent. *Prescrire*. févr 2019;(N°424):114-20.
28. Paydar KZ, Hansen SL, Charlebois ED, Harris HW, Young DM. Inappropriate antibiotic use in soft tissue infections. *Arch Surg Chic Ill* 1960. sept 2006;141(9):850-4; discussion 855-856.
29. Etienne C, Pulcini C. Évaluation prospective des prescriptions antibiotiques d'un échantillon de médecins généralistes français. *Presse Médicale*. 1 mars 2015;44(3):e59-66.
30. Sotlar W. Évaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge des abcès cutanés aux urgences de l'HIA Clermont-Tonnerre de 2016 à 2020. 15 oct 2021 ;41.

## **Annexe**

### 1) Questionnaire adressé aux praticiens.

#### **Généralités**

- Sexe ?
- Année de naissance ?
- Année d'obtention du diplôme ?
- Mode d'installation ? : - Rural - Semi-urbain – Urbain
- Lieu d'installation ? : - Côte d'Or - Yonne

#### **Abcès cutané**

Un homme de 41 ans sans ATCD se présente au cabinet pour un abcès cutané superficiel à l'aine d'environ 2,5 cm de diamètre : sensible, mûr, présent depuis 4 jours. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

- Votre prise en charge initiale consiste à :
  - Prescrire une antibiothérapie
  - Inciser au cabinet
  - Envoyer le patient aux urgences
  - Envoyer le patient à un chirurgien
  - Poser un pansement alcoolisé
  - Autres

#### **Antibiothérapie**

- Quelle(s) molécule(s) utilisez-vous ?
  - Amoxicilline
  - Clindamycine
  - Pristinamycine
  - Amoxicilline/Acide clavulanique
  - Cotrimoxazole
  - Je ne prescris pas d'antibiotique dans ce cas.

- Si oui combien de jours ?

### **Chirurgien**

- Correspondez-vous avec un chirurgien pouvant donner rendez-vous rapidement pour prendre en charge un abcès ?
  - Oui
  - Non

### **Incision**

- Avez-vous déjà incisé au cabinet ?
  - Oui
  - Non
  
- Est-ce que vous faites ?
  - Un prélèvement
  - Un méchage
  - Je n'incise pas
  - Autre
  
- Quelles sont les raisons qui, empêchent l'incision au cabinet ?
  - Les risques
  - Acte non maîtrisé
  - Le temps
  - Ne pas être certain de l'indication

### **Formation**

- Avez-vous été formé à inciser un abcès superficiel ?
  - Oui pendant ma formation de MG
  - Oui après mon installation
  - Non

**TITRE DE LA THESE :** Prise en charge de l'abcès cutané superficiel primaire en Médecine Générale dans l'Yonne et la Côte d'Or : étude des pratiques professionnelles.

**AUTEUR :** AOUAD Hamza

## **RESUME**

### **Introduction**

La prise en charge de l'abcès cutané en médecine générale a fait l'objet de recommandations par la HAS en 2021. Le traitement est chirurgical par incision/drainage et médical (antibiothérapie pendant 5 jours). Le but était d'évaluer la prise en charge de l'abcès cutané superficiel non compliqué par les médecins généralistes ainsi que les freins à la pratique de l'incision au cabinet.

### **Méthodologie**

Étude descriptive, observationnelle et rétrospective réalisée avec un questionnaire de février à août 2023. Les informations recherchées étaient les caractéristiques des praticiens, puis l'attitude thérapeutique devant un abcès cutané. L'analyse effectuée est descriptive avec une comparaison des comportements selon les caractéristiques.

### **Résultats**

Ont été sollicités 796 médecins généralistes, dont 85 (11%) ont répondu au questionnaire. Seuls 45 (53%) incisaient au cabinet, 22 (26%) se référaient au chirurgien, 13 (15%) n'incisaient pas, et 37 (44%) utilisaient une mèche à la suite de l'incision. Une antibiothérapie était prescrite par 50 (59%) praticiens, dont la pristnamycine pour 33 (39%), l'amoxicilline acide clavulanique pour 25 (29%). La durée moyenne de prescription d'antibiotiques était de  $7 \pm 1,4$  jours. L'incision au cabinet était plus fréquente pour les médecins de plus de 40 ans. Le manque de temps était le principal frein à l'incision pour 47 (55%) praticiens.

### **Conclusion**

La prise en charge actuelle de l'abcès cutané est variée, Les recommandations HAS sont incomplètement observées, l'incision première au cabinet est principalement limitée par un manque de temps.

**Mots-clés :** abcès cutané, incision abcès, abcès cutané médecine générale, antibiotique abcès cutanés.