

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2014

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : MEASSO SANANES    Prénoms : Sabrina**  
**Date et Lieu de naissance : 01/04/1983 à Paris XII<sup>ème</sup>**

\_\_\_\_\_  
*Présentée et soutenue publiquement le : 18/03/2014*

\_\_\_\_\_  
**Quels sont les freins à la prise en charge en ambulatoire des pyélonéphrites aiguës simples**  
**du point de vue des médecins généralistes.**  
**Etude qualitative utilisant des entretiens semi-dirigés**

Président de thèse : Professeur CASALINO Enrique

Directeur de thèse : Docteur BAUMANN-COBLENTZ Laurence

**DES MEDECINE GENERALE**

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2014

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : MEASSO SANANES    Prénoms : Sabrina**  
**Date et Lieu de naissance : 01/04/1983 à Paris XII<sup>ème</sup>**

\_\_\_\_\_  
*Présentée et soutenue publiquement le : 18/03/2014*

\_\_\_\_\_  
**Quels sont les freins à la prise en charge en ambulatoire des pyélonéphrites aiguës simples**  
**du point de vue des médecins généralistes.**  
**Etude qualitative utilisant des entretiens semi-dirigés**

Président de thèse : Professeur CASALINO Enrique

Directeur de thèse : Docteur BAUMANN-COBLENTZ Laurence

**DES MEDECINE GENERALE**

## **Serment D'HIPPOCRATE**

*Au moment d'être admise 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.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Recue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.*

## Remerciements

A Monsieur le Professeur Casalino, qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse aujourd'hui. Pour la formation qu'il m'a apportée au sein de son équipe et tout au long de ce travail. Pour le regard nouveau qu'il m'a fait porter sur les services d'urgences et l'envie d'y travailler recevez toute ma reconnaissance et gratitude.

Au Docteur Baumann-Coblentz qui a accepté et s'est investie dans mon projet avec gentillesse et enthousiasme. Merci pour tous vos conseils et votre disponibilité.

A Mesdames et Messieurs les Professeurs et membres du jury qui me font l'honneur d'être présents ce jour pour juger mon travail. Je vous en remercie.

Aux équipes, que j'ai rencontrées tout au long de ma formation (médecins, co-internes, co-externes et bien sûr les infirmières et aides-soignantes) qui nous montrent chaque jour que nous faisons un métier formidable ! Et qui ont participé à ma formation clinique et humaine. Un grand merci !

Au Dr Dhumerule, qui m'a fait découvrir le métier de médecin généraliste, un Art quotidien passionnant plein d'expériences diverses et surtout riche de la relation avec les patients qui nous a réservé de grands moments riches en émotion !! Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et ta générosité. (J'en profite pour faire un coucou à tes 5 enfants !)

Et bien évidemment aux médecins généralistes qui ont accepté de prendre sur leur temps pour participer aux entretiens, pour leur patience, leur gentillesse et surtout pour avoir accepté de se dévoiler un peu un grand merci ! Il n'y aurait pas eu de thèse sans vous !

Et enfin aux patients qui nous rappellent chaque jour pourquoi on a choisi cette voie...

## Dédicaces

A ma sœur, je n'ai pas de mots pour te dire à quel point tu m'es indispensable ! Ton soutien, ta présence, ton aide pour ce travail (et les autres) et au quotidien pour tout ça et pour le reste ta gentillesse, ta bonne humeur, ta générosité je ne t'exprimerai jamais assez à quel point je t'aime.

A mes parents pour leur soutien indéfectible et leur amour de tous les jours, toutes les heures toutes les nuits depuis ma naissance et tout au long de ce long très long parcours qu'est la vie en général et celle d'un étudiant en médecine en particulier. Je ne sais comment vous exprimer mon amour et ma reconnaissance.

A Anis pour ta présence à mes côtés depuis quelques années maintenant !! Ca y est !! Tu as toi aussi « subi » ces années médecines. Merci pour ton amour et ton soutien.

Mamy et Papy : « ¡ Por fin ! » ¡Este momento tan esperado ha llegado! Gracias por vuestro apoyo, confianza desde el primer día! No sé cómo agradecerlos. Os dedico este trabajo con todo mi amor.

Nonna, merci pour ta présence, tes encouragements et tes motivations ! Et surtout merci pour ton humour et ton amour. Ce travail est l'occasion pour moi te dire à quel point je tiens à toi. La tua principessa !

A mon Nonno, je sais que de là où tu es, tu veilles sur moi et que ta bienveillance m'entoure chaque jour.

Aux Suisses, loin des yeux mais si près du cœur ! Pour votre gentillesse, votre amour et pour cette famille qui s'agrandit !

A la famille Sananes, à ceux de Nice et de Saint-Maur ¡Enhorabuena!

Aux cousines et AU cousin pour votre bonne humeur et les conversations que je ne comprends pas toujours !

A Cristina, que dire ? A notre internat, à nos soirées sushi-esprits criminels, nos délires, nos craquages, sans toi je ne serai pas là ma poule. Merci !

A Jonathan, pour nos 12 ans d'amitié, nos brownies d'anniversaire (je sais tu seras quand même toujours plus jeune que moi !) et pour tout le reste, merci !

Aux Rouennais qui ont agrandi la famille, pour votre gentillesse et votre soutien à distance !

Aux Bichatiens (Ana, Dorothee, Nathalie, Damien M., Audrey, Pascal et Kevin - vous en faites partie aussi !), j'ai l'impression de recommencer les ronéos ! Merci pour tous ces délires en cours, à l'hôpital, en soirée, en vacances, bref tout le temps !! J'espère qu'on en vivra encore plein !!!

A Jérémy, à nos déjeuner « professionnels » au Paradis du fruits de la Défense, à nos folies sur la piste de danse pour tout ça et pour tout le reste un grand merci !

A Clothilde, on s'est rencontré en P1, et même si tu t'es épanouie dans une autre voie notre amitié est toujours là !

A Knoes et à Flo qui ne comprennent pas toujours ce que je fais ni pourquoi je le fais.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

## **Abréviations**

HAS : Haute Autorité de la santé

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

BU : Bandelette Urinaire

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

UFC : Unité Faisant Colonie

Bio : Biologie, prélèvement sanguin

PNA : Pyélonéphrite aigüe

CMU : Couverture Maladie Universelle

AME : Aide Médicale d'Etat

Echo : échographie

TDM : Tomodensitométrie

Scan : Scanner

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

UIV : Urographie Intraveineuse

MG : Médecin généraliste

IV : Intraveineuse

IM : Intramusculaire

C3G : Céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération

SAU : Service d'Accueil et d'Urgences

# Table des matières

<b>Remerciements</b>	<b>4</b>
<b>Dédicaces</b>	<b>5</b>
<b>Abréviations</b>	<b>7</b>
<b>Table des matières</b>	<b>8</b>
<b>I) Introduction</b>	<b>10</b>
<b>Pyélonéphrite aigüe simple : Rappels</b>	<b>11</b>
A) Définitions <sup>[1]</sup>	11
B) Epidémiologie	11
C) Physiopathologie	12
D) Épidémiologie bactérienne	12
E) Les outils diagnostiques	13
1) La bandelette urinaire (BU)	13
2) Examen cytotactériologique des urines (ECBU)	14
3) L'imagerie dans le diagnostic d'une pyélonéphrite aigüe	16
F) Prise en charge des pyélonéphrites aigües simples : les recommandations 2008 <sup>[1]</sup>	17
1) Clinique	17
2) Examens complémentaires	18
3) Traitement de la PNA simple	19
4) Suivi	22
5) Particularités chez les sujets âgés	22
<b>II) Matériel et méthode</b>	<b>23</b>
A) Le choix de la méthode : la recherche qualitative	23
B) Les étapes de la recherche qualitative <sup>[49,50,54]</sup> :	25
C) Elaboration du guide d'entretien (Annexe1)	28
D) Choix de la population de l'étude	29
E) L'intervieweur	30
F) L'entretien	30
G) Le codage	30
<b>III) Résultats</b>	<b>32</b>
A) Entretiens réalisés	32
B) Caractéristiques de l'échantillon	32
1) Lieu d'exercice	32
2) Durée d'installation	32
3) Organisation de la pratique	33
4) Formation initiale	34
5) Formation continue	34
6) La patientèle	35
C) Les prises en charge	35
1) Les symptômes	35
2) L'ECBU	36
3) La biologie	36
4) L'imagerie	36
5) L'antibiothérapie	37
6) Le suivi	37
D) Freins	38
1) Facteurs liés à la pathologie elle-même	38
2) Facteurs liés aux patients	39
3) Facteurs liés aux médecins	42
4) Facteurs liés à la relation médecin / patients	46
5) Facteurs liés à l'environnement	47



<b>IV) Discussion</b>	<b>50</b>
A) Les résultats	50
B) Les limites de cette étude	53
1) Choix de l'échantillon	53
2) Les entretiens semi dirigés	54
3) Les entretiens	56
<b>Conclusion</b>	<b>58</b>
<b>Annexes</b>	<b>59</b>
ENTRETIEN 1	64
ENTRETIEN 2	69
ENTRETIEN 3	75
ENTRETIEN 4	78
ENTRETIEN 5	83
ENTRETIEN 6	91
ENTRETIEN 7	97
ENTRETIEN 8	103
ENTRETIEN 9	110
ENTRETIEN 10	116
ENTRETIEN 11	126
ENTRETIEN 12	133
ENTRETIEN 13	139
ENTRETIEN 14	146
<b>Bibliographie</b>	<b>155</b>
<b>Résumé</b>	<b>162</b>

## I) Introduction

Les infections urinaires communautaires sont un motif très fréquent de consultation et de prescription médicale en pratique courante en ville ou aux urgences. Elles représenteraient, le second site d'infection bactérienne communautaire après l'appareil respiratoire <sup>[1.2]</sup>.

Il n'existe pas de données récentes sur l'incidence des infections urinaires. Aux Etats-Unis, elle donne lieu à 7 millions de consultations par an dont 250 000 pyélonéphrites et, à 1 million d'hospitalisation par an <sup>[3.4]</sup>. En France les données sont moins précises mais les infections urinaires représenteraient 2% de l'activité de médecine générale <sup>[2.4.5]</sup>.

En 2008, l'Afssaps réaffirme la possibilité de prendre en charge en ambulatoire les pyélonéphrites aiguës, infections bactériennes potentiellement sévères, si on respecte certains critères de sécurité.

Cependant, la pyélonéphrite aiguë simple reste un motif d'envoi aux urgences. Les études sur l'impact des recommandations montrent qu'elles ne sont pas assez appliquées et n'apportent pas les modifications de pratiques escomptées <sup>[6.7]</sup>. De plus, des travaux internationaux soulignent que pour développer la médecine fondée sur les preuves il ne faut pas se reposer seulement sur l'information des praticiens mais il faut aussi se pencher sur des stratégies de facilitation. Pour cela, il nous semble donc important d'identifier les difficultés des praticiens de terrain afin d'améliorer l'application des recommandations et rechercher des solutions si celles-ci ne sont pas applicables.

**L'objectif de l'étude est de mettre en évidence les freins à la prise en charge en ambulatoire des pyélonéphrites aiguës simples du point de vue des médecins généralistes.**

## **Pyélonéphrite aigüe simple : Rappels**

### A) Définitions <sup>[1]</sup>

La pyélonéphrite aigüe est une inflammation d'origine bactérienne des voies excrétrices urinaires supra-vésicales et du parenchyme rénal.

Dans les dernières recommandations de 2008, l'HAS distingue non plus les infections urinaires hautes et basses mais les infections urinaires simples ou compliquées car, une infection urinaire « basse » peut être considérée à tort comme une infection simple.

Les infections urinaires simples correspondent aux infections urinaires survenant chez des patients ne présentant pas de facteurs de risque de complication, c'est-à-dire uniquement les femmes sans terrain particulier (notamment la grossesse) et sans comorbidité. On distingue les cystites aigües simples et les pyélonéphrites aigües simples.

Alors que les infections urinaires compliquées surviennent chez des patients ayant au moins un facteur de risque pouvant rendre l'infection plus grave et le traitement plus complexe :

- Atteintes organiques ou fonctionnelles de l'arbre urinaire
- Certaines situations pathologiques (diabète, immunodépression, insuffisance rénale, ...)
- Sexe masculin
- Grossesse

### B) Epidémiologie

Selon des données épidémiologiques, 50 % des femmes ont au moins une infection urinaire au cours de leur existence. <sup>[1 .4.5]</sup>

Les pyélonéphrites bien que moins fréquentes que les cystites sont l'apanage des femmes (80-90% des cas) <sup>[2]</sup>.

Chez la femme, la fréquence augmente avec l'âge, avec 2 pics, l'un au début de l'activité sexuelle et l'autre en période post ménopausique. Chez l'homme, la fréquence augmente après 50 ans, en relation notamment avec la pathologie prostatique.

Selon les sociétés savantes, toutes cystites ou pyélonéphrites survenant chez un homme doivent être considérées et prises en charge comme des prostatites aigües.

Les facteurs favorisant l'infection urinaire, tant la cystite que la pyélonéphrite sont :

- Sexe féminin

- Age > 55 ans
- Grossesse
- Activité sexuelle
- Utilisation de contraceptifs locaux : spermicides, diaphragme
- Troubles du comportement mictionnel (mictions rares, retenues, incomplètes)
- Diabète déséquilibré et /ou compliqué (neuropathie vésicale)
- Anomalie organique ou fonctionnelle du tractus urinaire : prolapsus pelvien génito-urinaire ; lithiases rénales ; reflux vésico-urétéral anomalie anatomique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire : obstruction, corps étranger, sonde vésicale, rein unique, vessie neurologique, polykystose rénale
- Immunodépression/anomalie métabolique : VIH, transplantation d'organe, corticothérapie au long cours

### C) Physiopathologie

L'arbre urinaire est normalement stérile en dehors des derniers centimètres de l'urètre distal où l'on retrouve des éléments de la flore digestive (entérobactéries, streptocoques, anaérobies), cutanée (staphylocoque à coagulase négative) ou génitale (lactobacille chez la femme). Cette colonisation de la région périurétrale par des germes uropathogènes de la flore fécale est à l'origine de la principale voie de contamination : la voie ascendante. Les micro-organismes gagnent la vessie via le flux urinaire ou via la muqueuse uro-épithéliale puis l'extension se continue vers le parenchyme rénal via l'uretère.

La voie hématogène, plus rare, est limitée à certains organismes (*Staphylococcus aureus*, *Candida* et *Mycobacterium tuberculosis*).

Le risque de passage systémique, et donc de septicémie voire de choc septique, est dû à la vascularisation importante du parenchyme rénal.

### D) Épidémiologie bactérienne

L'espèce bactérienne la plus fréquemment isolée, dans 75 à 95 % des cas, est *Escherichia coli*. Les autres espèces sont plus rarement rencontrées. C'est le cas pour *Proteus mirabilis* (environ 5 %), plus fréquent chez les sujets de plus de 50 ans, *Klebsiella spp* (3 à 4 %) et *Staphylococcus saprophyticus* (1 à 4 % des cas en France selon les études) plus fréquent chez la femme jeune. Les entérocoques sont plus rares. <sup>[1,5]</sup>

On observe l'émergence de certaines résistances aux amino-pénicillines (ampicilline et amoxicilline) qui dépassent largement 40 % des souches et peut même atteindre 35 % pour l'association amoxicilline/ acide clavulanique. <sup>[5]</sup>

La résistance aux anciennes quinolones peut atteindre 10 % et se situe autour de 7 % pour les fluoroquinolones. <sup>[5]</sup>

15 à 35 % des souches sont résistantes au cotrimoxazole. <sup>[5]</sup>

La fréquence de résistance est très basse pour la fosfomycine et les céphalosporines injectables de troisième génération (céfotaxime, ceftriaxone) : inférieure à 3 %, mais atteint presque 10 % pour le céfixime. <sup>[5]</sup>

En ce qui concerne les aminosides, on observe environ 5 % de résistance à l'amikacine et 15 % à la gentamicine. <sup>[5]</sup>

## E) Les outils diagnostiques

### 1) La bandelette urinaire (BU)

L'intérêt essentiel du diagnostic par les bandelettes urinaires (leucocytes, nitrites) réside dans sa facilité de réalisation à domicile, au cabinet de ville ou au lit du malade et dans sa valeur prédictive négative (VPN > 95 %, sensibilité de 75 % et spécificité de 82 %) <sup>[1,5]</sup>.

De plus en termes d'économie de santé, l'usage des BU permettrait de réduire d'un tiers le nombre d'ECBU réalisés avec un bon niveau de sécurité. <sup>[1]</sup>

Cependant, la BU est peu utilisée en France en ville, comme le confirme une étude de cohorte observationnelle multicentrique récemment publiée, impliquant 7916 patientes et 1700 généralistes. Dans cette étude, la BU n'a été réalisée que dans 24,5 % des cas <sup>[1, 22]</sup>. Les auteurs évoquent son coût et/ou des installations sanitaires non adaptées pour expliquer la faiblesse d'utilisation de cette méthode.

### Méthode

Les bandelettes urinaires réactives permettent la recherche de leucocytes et de nitrites dans les urines.

La détection de la leucocyturie se fait par le dosage de la leucocyte estérase produite par les polynucléaires neutrophiles. Ce test est assez sensible, permettant de détecter une leucocyturie > 10<sup>4</sup> leucocytes /mL.

La détection des nitrites, témoin de la bactériurie, est basée sur la transformation des nitrates en nitrites par des bactéries présentant une nitrate réductase (entérobactéries). Le seuil déterminant est de  $10^5$  UFC (Unité Faisant Colonie) /ml.

Le prélèvement urinaire pour la réalisation d'une bandelette urinaire doit être réalisé à partir du deuxième jet urinaire. Une toilette périnéale préalable n'est pas nécessaire.

La bandelette doit être trempée dans des urines fraîchement émises, dans un récipient propre et sec mais non stérile (analyse immédiate, sans risque de prolifération d'une souillure éventuelle).

La lecture doit se faire à température ambiante, 1 ou 2 minutes (selon les tests) après le trempage.

L'utilisation de la bandelette suppose le respect des délais de péremption (18 mois) et des conditions de conservation.

Le prix des bandelettes urinaires est dans une fourchette de 15 à 27€ pour 50 unités.

### Interprétation des résultats

Une bandelette est considérée comme négative si on ne détecte ni leucocyturie ni nitrites. On peut alors exclure avec une excellente probabilité le diagnostic d'infection.

Une bandelette est considérée comme positive si on détecte une leucocyturie et /ou des nitrites. Cette positivité n'affirme en aucun cas le diagnostic d'infection urinaire mais doit être considérée comme ayant seulement une valeur d'orientation.

### Indications

- Suspicion de cystite simple : seule la bandelette est indiquée. Si elle est positive, elle confirme le diagnostic et suffit pour mettre en place le traitement. A l'inverse, si elle est négative il faut rechercher un autre diagnostic
- Dans la pyélonéphrite, elle a un rôle d'orientation diagnostique mais ne remplace en aucun cas l'ECBU.

## 2) Examen cytot bactériologique des urines (ECBU)

### Conditions de recueil

L'objectif est de recueillir l'urine vésicale, normalement stérile, en évitant sa contamination, lors de la miction, par la flore commensale qui colonise l'urètre et la région périnéale. La qualité du prélèvement est fondamentale pour interpréter les résultats. En pratique, un prélèvement dit « à la volée » en milieu de jet, c'est-à-dire, après avoir éliminé le 1<sup>er</sup> jet (20 ml)

d'urines pour ne recueillir dans un flacon stérile que les 20-30 ml suivants, au minimum, en prenant soin de ne pas toucher le bord supérieur du récipient. Le recueil a lieu après toilette du méat urétral et des organes génitaux externes (décalottage chez l'homme, écartement des lèvres chez la femme, eau et savon associés éventuellement à un antiseptique). Toute trace d'antiseptique ou de savon, qui risquerait de fausser le résultat, doit être éliminée avec des compresses sèches.

Le prélèvement doit être fait avant la mise en place de l'antibiothérapie <sup>[1]</sup>.

#### Conditions de transport et conservation

Pour éviter la multiplication des bactéries *ex vivo* faussant l'interprétation du test des conditions adéquates de transport et de conservation sont importantes à respecter : les urines ne doivent pas être conservées avant analyse plus de 2 heures à température ambiante, mais elles peuvent être conservées jusqu'à 24 heures à +4°C sans modification de la bactériurie.

#### Indications de l'ECBU

A visée diagnostique, l'ECBU est indiqué dans toutes les situations d'infections urinaires, à l'exception des cystites aiguës simples d'évolution favorable.

Il peut également être utilisé dans le dépistage des colonisations urinaires chez certaines populations présentant des risques élevés de complications justifiant un traitement (les femmes enceintes et les personnes devant avoir une manœuvre invasive sur l'arbre urinaire) <sup>[1]</sup>.

#### Interprétation

L'ECBU permet d'apprécier de façon quantitative et qualitative la présence d'éléments figurés (leucocytes, hématies, cellules épithéliales) et de micro-organismes (bactéries, *Candida*). C'est le résultat de son interprétation associé aux arguments cliniques qui orientera la prise en charge et la prescription d'une antibiothérapie.

Dans la majorité des cas on conclut à une infection urinaire devant une leucocyturie et une bactériurie à taux significatif.

La leucocyturie, témoin d'une réaction inflammatoire, est considérée comme positive au seuil consensuel de 10<sup>4</sup> leucocytes/mL <sup>[1,5]</sup> Cependant elle n'est pas spécifique de l'infection urinaire, elle peut être positive dans les infections de la sphère génitale. Par contre elle a une bonne valeur prédictive négative de la bactériurie (80-90%). <sup>[1]</sup>

Une bactériurie n'est à prendre en considération que si elle est supérieure à  $10^3$  UFC/mL sous respect strict des conditions de prélèvements de transport et d'analyse des urines <sup>[1.5.11]</sup>. Certains chercheurs pensent que le seuil significatif d'une bactériurie dépend du pathogène. <sup>[12]</sup>

Attention, un examen direct négatif ne permet pas d'exclure le diagnostic d'infection urinaire.

### *La culture*

Elle a valeur de confirmation. Elle est toujours nécessaire pour préciser l'espèce bactérienne, quantifier la bactériurie et effectuer un antibiogramme. Au-delà de 2 types de colonies différentes, l'analyse n'est pas poursuivie.

### *L'Antibiogramme*

L'antibiogramme rendu au clinicien a été interprété selon des critères stricts et reconnus (CA-SFM). Il permet de choisir la ou les molécules actives les plus adaptées au germe retrouvé.

### 3) L'imagerie dans le diagnostic d'une pyélonéphrite aigüe

L'imagerie est intéressante à plusieurs titres. Elle permet de détecter des anomalies de l'appareil urinaire, d'affirmer l'atteinte parenchymateuse et de rechercher d'éventuelles complications.

#### a) L'échographie des reins et des voies excrétrices

Elle a pour avantage d'être un examen non invasif et facile d'accès. Elle permet de

- Visualiser le contour des reins et d'apprécier l'échogénicité du parenchyme rénal et l'état des voies excrétrices
- Rechercher certaines complications : image directe de lithiase, image indirecte de dilatation des voies urinaires en amont d'un obstacle, suppuration intra-rénale ou péri-néphrétique.

Bien que peu sensible pour détecter un foyer de pyélonéphrite, l'échographie détecte la plupart des atteintes nécessitant un geste chirurgical urgent.

L'objectif étant de dépister des complications potentiellement sévères qui ne sont pas nécessairement prédites par l'examen clinique, il est recommandé de réaliser cet examen rapidement : sans délai chez un patient en sepsis grave ou en insuffisance rénale aigüe, dans les 24 h pour les autres situations.



b) La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)

Souvent associée à l'échographie pour la recherche de calculs radio-opaques, elle ne doit plus être réalisée au vu de l'irradiation procurée pour un rendement diagnostique faible <sup>[1,4]</sup>.

c) La tomodensitométrie abdomino-pelvienne sans et avec injection de produit de contraste

Le scanner multibarrettes permet une étude morphologique et «fonctionnelle » de l'appareil urinaire en fonction des différents temps de la néphrographie. C'est la technique d'imagerie la plus sensible pour détecter un foyer de pyélonéphrite aigüe (PNA) chez l'adulte et ses complication (sensibilité élevée > 90 %) <sup>[1]</sup>. Au temps tubulaire, la PNA apparaît sous forme d'hypodensité. Au temps tardif, la PNA apparaît hyperdense. Les reformatages multiplans de coupes épaisses permettent d'obtenir des images de l'arbre urinaire bien supérieures à celles de l'urographie intraveineuse (UIV).

Par contre elle ne permet pas de rechercher un reflux vésico-urétéral, dont le diagnostic repose sur l'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle.

d) L'imagerie par résonnance magnétique (IRM)

Dans l'évaluation des infections rénales aigües, cet examen n'a pas fait la preuve de sa supériorité par rapport au scanner.

e) L'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UIV)

Elle est utile uniquement pour rechercher un reflux vésico-urétéral. Sa seule indication est la récurrence d'épisodes infectieux ou la découverte de cicatrices rénales. Attention, cet examen ne doit être réalisé que sur urines stériles et n'est donc réalisé qu'à distance de la phase aigüe de l'infection.

F) Prise en charge des pyélonéphrites aigües simples : les recommandations 2008<sup>[1]</sup>

1) Clinique

Le tableau clinique typique associe, de façon inconstante, des signes de cystite souvent inauguraux et discrets associés à des signes témoignant d'une atteinte parenchymateuse rénale:

- Fièvre + frissons
- Douleurs de la fosse lombaire, souvent discrètes voire absentes, unilatérales, à irradiation descendante vers les organes génitaux, spontanées ou provoquées par la

palpation ou la percussion de la fosse lombaire, éventuellement, empâtement à la palpation

- Des signes digestifs (vomissements, diarrhée, météorisme abdominal).

## 2) Examens complémentaires

### a) Examens biologiques

Deux examens sont à pratiquer en urgence :

- Une bandelette urinaire, dans le seul but de conforter l'orientation diagnostique
- Un ECBU avec antibiogramme pour confirmer le diagnostic puis dans un second temps mettre en évidence l'espèce bactérienne en cause et sa sensibilité aux différents antibiotiques
- En ce qui concerne les hémocultures, les résultats des études indiquent qu'il existe une bactériémie chez 10 à 20 % des patientes hospitalisées pour PNA simple. Cependant, il ne s'agit pas d'un signe de gravité et n'est pas synonyme de mauvais pronostic <sup>[1.8]</sup>.

Remarque : Il n'y a pas lieu de demander systématiquement d'autres examens biologiques (NFS, CRP, créatinine) dans les PNA simples d'évolution favorable.

### b) Examens d'imagerie

- Une échographie rénale et vésicale reste recommandée en première intention, par différentes sociétés savantes (HAS, SFR, SPILF, ANDEM, EAU). Cet examen, non invasif, sans danger et facile d'accès doit être réalisé dans les 24h. Il permet d'éliminer une malformation sous-jacente ou une complication qui imposeraient une prise en charge chirurgicale en urgence.
- L'abdomen sans préparation, n'est plus recommandé même en association avec l'échographie car il expose à un risque d'irradiation pour un bénéfice faible.
- La tomodensitométrie (TDM) (ou uroscanner) n'est pas recommandée en première intention. Elle est envisagée en cas de doute diagnostique ou d'évolution défavorable ou pour préciser une anomalie dépistée à l'échographie.
- La cystographie peut être indiquée dans le cadre des PNA simples récidivantes, à la recherche d'un reflux (rare à l'âge adulte). Elle est réalisée à distance de l'épisode infectieux aigu, une fois les urines stérilisées. L'indication doit être discutée après avis spécialisé.

### 3) Traitement de la PNA simple

#### a) Traitement ambulatoire ou hospitalier ?

De nombreuses études ont confirmé la possibilité de traiter les PNA en ambulatoire chez des patientes sélectionnées <sup>[1,18]</sup>. Ceci repose en partie sur l'existence d'un traitement efficace par voie orale.

Certaines situations conduisent toutefois à une hospitalisation :

- Signes de gravité (sepsis grave notamment)
- Forme hyperalgique
- Doute diagnostique
- Impossibilité de réaliser le bilan (ECBU, échographie) en ambulatoire
- Vomissements rendant impossible un traitement par voie orale
- Conditions socio-économiques défavorables
- Doutes concernant l'observance du traitement.

#### b) Traitement médical

Le traitement repose sur l'antibiothérapie dans un premier temps probabiliste qui doit être débuté sans attendre les résultats bactériologiques. Elle se base sur des molécules bactéricides avec un spectre englobant les bactéries présumées responsables, produisant un pic sérique rapide, une forte concentration intra-tissulaire rénale et avec une élimination urinaire prédominante <sup>[11]</sup>. L'antibiothérapie pourra être modifiée dans un second temps, si nécessaire, en fonction des résultats de l'ECBU. Le but du traitement est de guérir l'infection en stérilisant le parenchyme rénal et d'éviter les récurrences infectieuses et les lésions séquellaires (cicatrices corticales).

#### L'Antibiothérapie probabiliste

En prenant en compte les critères cités ci-dessus, le choix du traitement probabiliste repose essentiellement sur 2 familles d'antibiotiques : les fluoroquinolones et les C3G.

##### • Fluoroquinolones :

L'intérêt de ces antibiotiques dans cette pathologie a été largement démontré. Il repose notamment sur leur spectre antibactérien et leurs caractéristiques pharmacologiques entraînant des concentrations élevées dans le parenchyme rénal ainsi qu'une excellente biodisponibilité permettant un traitement par voie orale très précoce, voire d'emblée dans les formes peu sévères <sup>[1,2]</sup>.

L'ANDEM et l'HAS recommandent en première intention l'ofloxacin ou la ciprofloxacine.

La lévofloxacine a montré qu'elle avait une efficacité comparable avec une demie-vie plus longue (6 à 8 heures) ce qui permet une seule prise par jour. Dans cette indication, son spectre plus large, qui englobe le pneumocoque, n'est pas un avantage.

Les durées de traitement par fluoroquinolones ont évolué, l'efficacité d'un traitement de 7 jours a été démontrée avec un bénéfice sur l'observance et l'émergence des résistances.

- Céphalosporines

Compte tenu de l'évolution des résistances et des résultats des essais cliniques, seules les C3G sont recommandées en première intention <sup>[1.4.5]</sup>.

Par voie parentérale, il est recommandé de s'orienter vers la ceftriaxone ou le céfotaxime.

Par voie orale, en relais, seul le céfixime peut être retenu et ne peut être utilisé que si l'infection est parfaitement maîtrisée.

La durée de traitement recommandée pour les céphalosporines est actuellement de 10 à 14 jours <sup>[1.2.4]</sup>.

#### Choix entre fluoroquinolone et C3G

Pour le traitement des PNA à bactéries sensibles, ces 2 classes thérapeutiques ont montré une efficacité clinique et microbiologique comparable.

Les C3G ont pour avantage la faiblesse du pourcentage (moins de 2 %) d'*E. coli* résistants à cette classe. Même s'il faut souligner l'émergence en ville de souches BLSE CTX-M conférant une résistance aux C3G, ce phénomène reste toutefois encore peu fréquent (< 1 %). La durée du traitement est de 10 à 14 jours.

Les fluoroquinolones ont pour principaux avantages leur excellente biodisponibilité, des profils pharmacocinétique et pharmacodynamique favorables dans cette indication et une durée de traitement pouvant être raccourcie à 7 jours.

Le choix entre C3G et fluoroquinolone doit tenir compte d'un éventuel traitement antérieur. Une prescription récente (moins de 6 mois) d'une fluoroquinolone ou d'une quinolone, quelle qu'en ait été l'indication initiale, expose au risque de sélection de souches moins sensibles. Il faut donc veiller à ne pas prescrire les fluoroquinolones de façon répétée chez un même patient afin de contrôler l'émergence de résistances.

- Aminocyclitol

- Aminocyclitol en bithérapie

La bithérapie avec un aminocyclitol n'a jamais montré d'avantages, en termes de pourcentage et de rapidité de guérison clinique ou microbiologique dans les PNA non compliquées.

L'association d'un aminocyclitol à une molécule de référence (C3G ou fluoroquinolone) n'est donc actuellement pas recommandée <sup>[1]</sup>.

La seule exception concerne les PNA simples avec sepsis pour laquelle l'adjonction d'un aminocyclitol (gentamicine, nétilmicine, tobramycine) est recommandée pendant 1 à 3 jours.

- Aminocyclitol en monothérapie

Les aminocyclitols en monothérapie et l'aztréonam sont un traitement de deuxième ligne.

Ce traitement de monothérapie est à réserver à des cas particuliers (par exemple polyallergie, intolérance médicamenteuse).

Les molécules suivantes ne sont pas recommandées en traitement probabiliste :

- Amoxicilline, amoxicilline + acide clavulanique et SMX-TMP du fait de leur taux de résistance.
- La nitrofurantoïne et la fosfomycine trométamol, utilisées dans les cystites, sont exclues ici, leurs faibles concentrations sériques ne permettant pas d'envisager leur utilisation dans les infections parenchymateuses.

#### Traitement de relais par voie orale après obtention de l'antibiogramme

Pour orienter le choix, il faut tenir compte :

- Des données de l'antibiogramme. A ce jour, il n'y a pas de données permettant de recommander chez l'adulte d'utiliser la même famille d'antibiotiques pour le relais oral après obtention de l'antibiogramme plutôt que de changer de traitement pour utiliser l'amoxicilline ou le SMX-TMP dans l'hypothèse d'une bactérie sensible à ces molécules <sup>[1]</sup>.
- Des antibiotiques déjà reçus notamment pour les fluoroquinolones qu'elles qu'en aient été les indications.

Et privilégier :

- La voie per os pour faciliter l'observance
- Les traitements de courte durée. Les schémas de 7 jours n'ont été validés que pour les fluoroquinolones utilisées seules (en attaque puis en relais). Il est aussi licite de retenir

ce schéma pour un traitement comportant successivement une C3G injectable puis une fluoroquinolone per os. Pour tous les autres schémas, les données actuelles de la littérature conduisent à retenir des durées totales de 10 à 14 jours.

#### 4) Suivi

Si l'évolution est favorable, le suivi sous traitement est essentiellement clinique. Les symptômes ont généralement disparu dans les 48 à 72 heures <sup>[1]</sup>. Il n'y a pas d'indication à un ECBU sous ni après arrêt du traitement du fait du faible risque d'échec microbiologique.

Toutefois, si la fièvre n'a pas disparu après 72h ou s'il existe d'autres signes d'évolution défavorables, un ECBU doit être réalisé, ainsi qu'une exploration par TDM en l'absence de contre-indication à cet examen <sup>[1,4,5]</sup>.

#### 5) Particularités chez les sujets âgés

La présentation clinique est souvent polymorphe et atypique rendant le diagnostic difficile. Les douleurs abdominales sont au premier plan chez 20 % des patients environ, la fièvre est souvent absente (30 % des cas).

Le bilan minimal à réaliser en urgence comprend les examens suivants :

- Bandelette urinaire
- ECBU avec antibiogramme
- Créatininémie
- Numération formule sanguine
- Marqueurs de l'inflammation.

La réalisation en urgence d'un examen d'imagerie est recommandée. Il faut discuter la TDM avec injection (uro-TDM) en première intention car elle est plus sensible que l'échographie pour affirmer le diagnostic de PNA et détecter une complication. En cas de contre-indication une échographie des voies urinaires sera réalisée.

## II) Matériel et méthode

### A) Le choix de la méthode : la recherche qualitative

Longtemps associée à des disciplines telles que l'anthropologie, la sociologie, la psychologie et la sociolinguistique puis très utilisée dans les années cinquante dans le marketing, la recherche qualitative a été victime d'une image négative. Elle commence à être utilisée dans le domaine médical que depuis 1990 et son intitulé n'apparaît dans le MesH qu'en 2003.

Elle relève cependant de la même démarche scientifique que la méthode quantitative. Elle est par ailleurs la plus adaptée pour répondre à une question concernant le ressenti, les émotions, ou la représentation qu'un sujet se fait d'une situation, et d'une façon plus générale lorsque les facteurs analysés ne sont pas mesurables.

Les deux méthodes ne répondent pas aux mêmes questions et sont complémentaires.

La démarche qualitative permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, elle s'intéresse à leur ressenti. Il n'y a pas de réponses prédéfinies comme il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses, les catégories émergent progressivement au fur et à mesure de l'entretien, de sa retranscription de sa lecture puis de sa relecture. Chaque item est ainsi comparé aux autres pour constituer autant de catégories que nécessaires pour refléter la diversité des données.

Il existe différents concepts méthodologiques en recherche qualitative <sup>[50]</sup> :

- La phénoménologie, dont le but est de « *comprendre le sens ou la signification d'un phénomène à partir de l'expérience de ceux qui le vivent* », en interrogeant les personnes sur l'expérience qu'on souhaite étudier <sup>[54]</sup>
- Etude cas : investigation de phénomènes contemporains dans leur contexte de vie <sup>[50]</sup>
- L'ethnographie : immersion du chercheur dans la vie des sujets étudiés pour comprendre la place du phénomène étudié dans le contexte social et culturel <sup>[50]</sup>
- Biographie : s'intéresse à la chronologie d'expériences de vie <sup>[50]</sup>
- « Grounded theory » ou théorisation ancrée ou théorie fondée Méthode spécifique développée par Glaser et Strauss (1967) qui vise à « *produire une théorie non pas à partir de catégories conceptuelles puisées dans la littérature mais à partir de données recueillies auprès de personnes ayant une expérience significative permettant la description approfondie du phénomène à l'étude.* » Parfois utilisée de façon plus générique pour désigner la construction théorique faite à partir de l'analyse des données qualitatives. <sup>[50,54]</sup>

De même il existe différentes techniques de recueil de données <sup>[49.50.54]</sup> :

- Les méthodes de consensus :
  - Méthodes Groupe nominal : 8 à 12 personnes sont réunies. Une échelle de Lickert est ensuite renseignée par les participants pour chacun des items. Les réponses sont regroupées et permettent une hiérarchisation de chaque item.
  - Méthode Delphi : les participants ne se réunissent jamais. Pas de limitation de nombre et de lieu. Toutes les discussions sont faites par Internet ou par courrier postal.
- Analyse de documents ou Observation qui peuvent varier selon plusieurs dimensions :
  - Directe : le chercheur participe alors activement dans les activités quotidiennes des personnes observées. Il peut aussi les observer depuis l'extérieur sans interférer. L'observation peut se concentrer sur une question ou un comportement ou s'intéresser à des comportements plus larges, elle peut s'étaler sur une courte ou longue durée. De ce fait les données recueillies peuvent être très variables.
  - Indirecte : analyse
    - *Analyse de documents*
    - *Recherche action* : cercle de qualité (problème, objectif, action, évaluation).
- Entretiens individuels <sup>[49]</sup> :
  - Structurés : consistent à interroger l'interviewé de manière standardisée au moyen d'un questionnaire fixe structuré prédéfini, de type questionnaire à choix multiples, par exemple
  - Semi-structurés (ou semi-dirigés): questions à réponses ouvertes : ont une structure souple constituée de questions ouvertes définissant des champs à explorer, desquels l'interviewer ou l'interviewé peuvent diverger pendant l'entretien pour étudier une idée plus en détail.
  - Approfondis : 1 ou 2 points étudiés de façon très détaillée. Les questions sont initiées à partir de ce que dit l'interviewé. Ces entretiens sont moins structurés que les précédents. Ils n'explorent qu'un ou deux thèmes, mais plus en détail. L'interviewer énonce au début de l'entretien le thème de sa recherche, et les questions suivantes seront élaborées en fonction des réponses de l'interviewé, pour obtenir plus de détails sur le thème ou une clarification.



- Focus group: groupe de 8 à 10 personnes rassemblées autour d'un sujet avec un animateur et un observateur. Ils profitent de l'interaction et communication entre les participants. Le chercheur ne doit pas poser les questions individuellement à chaque participant mais favoriser le dialogue entre les participants ainsi ils peuvent par associations d'idées, échanges d'anecdotes, d'expériences et d'opinion faire émerger des thèmes. Dans ce contexte la fonction du chercheur au cours de l'entretien est de contrôler l'orientation de la discussion éviter la dispersion et surtout d'établir l'ordre (tout le monde ne peut s'exprimer en même temps sous peine de ne plus rien comprendre). Il a aussi comme principal rôle d'établir les groupes, de définir les critères de sélection des participants pour s'assurer qu'ils aient une idée sur la question abordée mais surtout qu'ils puissent en discuter et faire ressortir des réponses.

Pour notre travail, la méthode qualitative, qui vise à étudier les processus de décision suivis par les cliniciens pour mettre en évidence des notions à priori inconnues, nous a semblé la plus adaptée pour faire ressortir les freins des médecins généralistes à prendre en charge en ambulatoire les pyélonéphrites aigües simples.

Il s'agit donc d'un travail exploratoire.

#### B) Les étapes de la recherche qualitative <sup>[49.50.54]</sup> :

La recherche qualitative est une démarche scientifique et rigoureuse qui requiert l'élaboration d'une question puis l'utilisation de la méthode la plus adaptée pour y répondre. Dans ce chapitre nous décrirons pas à pas les différentes étapes de ce processus. <sup>[50]</sup>

Ainsi, comme pour la recherche quantitative, le travail préalable est de faire le point sur le sujet étudié par une revue de la littérature afin de trouver les questions qui restent en suspens. Ce travail a d'abord été motivé par l'observation lors d'un stage aux urgences du nombre non négligeable que représentaient les pyélonéphrites aigües simples comme motif de consultation. Nous nous sommes alors intéressés aux données épidémiologiques qui semblaient corroborer notre observation. Ensuite, nous avons réalisé une bibliographie qui s'intéresse aux recommandations et aux publications récentes. L'ensemble de leur données convergeaient vers la possibilité d'une prise en charge en ambulatoire des pyélonéphrites aigües simples sans augmentation de la morbi-mortalité tout en améliorant la qualité de vie ressentie par les patientes. Enfin, nous avons complété cette étape en s'intéressant à des études qui recherchaient

pour d'autres pathologies ou d'autres phénomènes les facteurs de résistance à la mise en place des recommandations. Il s'agissait essentiellement d'études qualitatives car, elles seules, donnent lieu à un recueil de données verbales permettant une démarche interprétative qui met en lumière les difficultés qui existent pour passer des recommandations à la « vraie vie ».

Cela permet d'aboutir à l'étape la plus fondamentale qui est de définir la question de recherche. Son intitulé doit être clair et précis car elle est le fil directeur de tout le travail en commençant par l'élaboration du guide d'entretien.

Il nous est alors apparu que les entretiens semi-dirigés, ou semi-directifs qui permettent d'étudier des thèmes prédéfinis étaient les plus adaptés à notre étude parmi les différentes méthodes possibles dans la démarche qualitative. En effet bien que l'observation des consultations ou recueil des données à partir des dossiers des praticiens auraient été très intéressants et auraient permis de récolter des données autres que déclaratives, il est aisé de se rendre compte que matériellement ce type d'étude était difficile à mettre en place. Faire remplir un questionnaire par un ensemble de médecins généralistes suppose que les catégories sont connues et prédéfinies à l'avance ce qui n'est pas le but de notre recherche. Ainsi, l'entretien permettra la mise en lumière et l'interprétation des données non connues en enrichissant la compréhension des irrégularités, contradictions, ou phénomènes inexplicables.

Leur caractéristique principale est d'avoir une structure souple constituée de questions ouvertes. Cela permet d'explorer l'ensemble des thèmes tout en autorisant quelques digressions au cours de l'entretien pour s'attarder sur certains détails et favoriser l'esprit de discussion. Cela permettant aussi de prendre en compte les associations d'idées, d'amener un souvenir personnel ou appartenant à un confrère qui s'est confié à l'interviewé. Cependant, cela requiert une démarche participative de la part des intervenants.

Ici, nous souhaitons découvrir les freins des médecins généralistes à la prise en charge en ambulatoire des pyélonéphrites aiguës simples. Il est donc important de ne pas décider à l'avance de la cohérence interne des informations recherchées. Nous cherchons à mettre en évidence des freins a priori inconnus il ne faut donc en aucun cas influencer les réponses. L'élaboration du guide d'entretien est donc une étape fondamentale qui va conditionner le déroulement du travail.

Le guide d'entretien, élaboré à partir des données de la littérature, a nécessité plusieurs relectures et ajustements de la part de l'auteur et de ses directeurs de thèse. Il est constitué de thèmes, illustrés par des questions ouvertes. Ces thèmes ne seront pas abordés dans un ordre préétabli, mais en fonction du déroulement de l'entretien. Il ne faut pas que l'entretien soit un questionnaire mais qu'il soit plutôt sous la forme d'une conversation. Pour cela, l'élaboration du canevas et des questions est une étape fondamentale.

Les questions doivent être à la fois uniques, courtes et claires, il s'agit le plus souvent des questions ouvertes. L'objectif est que l'interlocuteur comprenne sans difficulté le thème abordé tout en lui laissant l'espace nécessaire pour s'exprimer. Les autres questions ou interventions, prévues ou non, ont pour but de relancer l'entretien sans orienter l'interlocuteur.

De plus, ce canevas peut être modifié au cours de l'étude si, par exemple, après les premiers entretiens de nouvelles données apparaissent, ce qui permet de s'ajuster au plus près et au mieux au vécu et à des données ignorées jusqu'alors. <sup>[49.50]</sup>

La population à étudier s'est imposée d'elle-même, au vu du sujet. Nous nous sommes adressés aux médecins généralistes libéraux de Paris et d'Ile-de-France.

Pour favoriser l'esprit de discussion, nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels. Nous avons écarté les focus group car la confrontation avec les pairs aurait entraîné de nombreux facteurs de résistance et de mécanismes de défense ce qui aurait nui à l'étude. Les entretiens individuels sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets délicats et personnels comme les questions sur la pratique quotidienne ou les expériences professionnelles. L'objectif de l'étude étant de recueillir le ressenti des praticiens, de comprendre leur motivation, il fallait avant tout établir un cadre favorisant la confession. Ainsi, pour inciter les praticiens à dévoiler leur vécu et leurs craintes, il semblait que la confidentialité d'un entretien individuel anonymisé était indispensable.

L'entretien entraîne un discours composé d'une production verbale et non verbale qui est aussi importante à analyser. C'est dans cette optique que les entretiens sont enregistrés, avec l'accord de l'interviewé, et seront intégralement retranscrits (même les temps d'hésitations, les « euh », les « humm »...) ils sont complétés par quelques notes sur le cadre, la gestuelle et sur les idées confiées à l'arrêt du magnétophone sur le pas de la porte.

Enfin, la dernière étape consiste à analyser les données. Elle se fait par la lecture et la relecture des entretiens pour se familiariser au mieux avec les données à la lumière de la question de recherche. L'analyse est réalisée régulièrement par un processus de constante comparaison. Les données recherchées n'étant à priori pas connues, l'analyse a permis de faire émerger des catégories non définies a priori.

Le recueil s'arrête lorsqu'on arrive à saturation des données, c'est-à-dire qu'aucun élément nouveau n'apparaît au cours des dernières analyses. Le nombre d'entretien n'est donc pas défini au départ, il s'ajuste au fur et à mesure pour obtenir le recueil le plus exhaustif possible.

### C) Elaboration du guide d'entretien (Annexe1)

Le guide d'entretien n'est pas un questionnaire il correspond plutôt à un canevas de thèmes principaux et secondaires à aborder sans ordre préétabli. Il aide le chercheur lors de l'entretien à obtenir un discours complet et cohérent avec la question abordée.

Pour le mettre au point, nous nous sommes documentés à partir des recommandations de l'AFSAPS de 2008 et des données de la littérature. Afin d'aborder les thèmes les plus pertinents, il a été relu et modifié plusieurs fois par l'auteur et son directeur, puis validé par le Président de thèse.

Comme prévu dans la méthodologie des entretiens semi dirigés, le guide s'est un peu modifié et enrichi après les premiers entretiens. Car certaines questions sont apparues lors du déroulement de l'interview et aux interactions qui s'y passent.

Le guide d'entretien répond à certains critères :

- Il doit être flexible. Il s'agit d'une conversation et non d'un interrogatoire. Il doit favoriser la discussion et autoriser les digressions qui permettent à l'interviewé de s'exprimer librement.
- Il suppose une écoute empathique et bienveillante, il ne doit pas y avoir de jugement. Ainsi la place d'interne est un atout pour respecter cette neutralité.
- Il faut aussi que la question soit pertinente pour l'intéressé et qu'il existe un réel impact sur sa pratique
- L'interviewé doit être convaincu qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. On s'intéresse au ressenti et au vécu, ce qui par définition est personnel et propre à chacun.

#### D) Choix de la population de l'étude

En recherche qualitative, l'échantillon constitué ne vise pas une représentativité statistique de la population étudiée. Au contraire, il cherche la plus grande diversité afin d'enrichir au maximum le recueil de données.

L'HAS recommande une prise en charge ambulatoire par les médecins généralistes dans le cadre des pyélonéphrites aiguës simples. Nous avons donc décidé d'interviewer des médecins généralistes d'Ile de France.

L'échantillon de cette étude n'est pas aléatoire mais raisonné, le but n'étant pas d'obtenir un échantillon représentatif mais caractéristique.

Les praticiens ont été recrutés parmi une liste de médecins généralistes d'Ile de France.

Les critères de sélection ont été choisis car ils correspondent aux critères prédictifs de variabilités de pratiques <sup>[12]</sup> qui sont :

- le sexe : nous avons interviewés des praticiens hommes et femmes
- l'âge : il variait entre 25 et 65 ans
- le lieu d'exercice : nous nous sommes centrés sur paris et l'Ile-de-France pour ce premier travail
- la durée d'installation : nous nous sommes intéressés aussi bien à des praticiens remplaçants qu'à des praticiens fraîchement installés mais aussi ceux dont la durée d'installation variait de 2 ans à plus de 40 ans.
- Adhérents à des FMC ou pas
- Nombre de consultations variables
- Susceptibles de prendre des urgences

Par ailleurs, il faut noter certaines contraintes matérielles, en effet seul 10% des médecins généralistes sollicités ont accepté de participer au projet.

D'autre part, il est important lors de la sélection des participants de s'intéresser à une population adaptée. Les intervenants doivent avoir une opinion sur le sujet. La question à l'étude doit représenter un intérêt pour leur pratique. Le choix des participants se base sur leurs caractéristiques notamment leurs expériences car la réalisation d'entretien requiert une démarche participative de la part des intervenants.

#### E) L'intervieweur

L'intervieweur est l'initiateur du projet, auteur de cette thèse.

La réussite d'un entretien dépend de sa capacité à mobiliser, relancer et impliquer le sujet. En d'autres termes il doit stimuler les interviewés sans toutefois orienter leur réponse.

Il est pour cela indispensable de connaître le sujet et son questionnaire.

Il est important qu'il sache rebondir pour éviter les blancs pour cela des interventions ont été prévues notamment des annonces tremplins ou le fait de faire préciser une idée en reformulant l'information qui vient juste d'être donnée.

Son attitude est aussi fondamentale, elle doit inciter les interviewés à se confier sur leur vécu. Il faut avant tout une écoute empathique et dénuée de jugement. De même il ne faut pas interpréter ni suggérer des réponses, le chercheur doit rester le plus neutre possible.

#### F) L'entretien

Les interviews se sont déroulées au cabinet des différents médecins pour faciliter l'organisation de ces entretiens, dans une pièce calme en général fermée. De plus ce choix d'intervenir au cabinet permettait de réaliser les entretiens dans un cadre rassurant et familier dans le but de faciliter la prise de parole pour les intervenants.

Nous avons préféré organiser des rendez-vous pris à l'avance pour éviter l'urgence créée par l'entrevue entre deux consultations.

Chaque interview a été enregistrée, après accord du praticien, puis intégralement retranscrite, dans la semaine suivant l'entretien.

Nous avons assuré aux praticiens que l'ensemble des propos échangés et/ou enregistrés sont anonymes.

L'enregistrement permet de redécouvrir les interviews dans leur sens premier puis de mettre en lumière des éléments oubliés, des sous-entendus, des silences qui se révèlent à chaque nouvelle écoute. En effet dans la démarche qualitative on s'intéresse essentiellement au niveau intentionnel du discours.

#### G) Le codage

La première étape commence dès la retranscription. Celle-ci permet de réécouter l'interview dans tous ses détails même des points qui avaient pu être négligés dans le feu de l'interview et de mieux en comprendre la signification.

Puis le codage à proprement parler commence. Il est ouvert mais centré sur la question de recherche. Les retranscriptions ont toutes été codées paragraphe par paragraphe par l'auteur de cette thèse et une autre interne de médecine générale, de façon individuelle tout d'abord puis avec mise en commun du codage dans un second temps. Il a été réalisé manuellement sans aide de logiciels adaptés, en utilisant des codes couleurs. Il s'est fait au fur et à mesure et jusqu'à saturation des données. Cette analyse par étapes permet également une mise à l'écart du sens apparaissant immédiatement à la lecture du texte, pour laisser émerger éventuellement un sens nouveau.

A la lecture des retranscriptions, le texte est codé et réarrangé en utilisant la théorie ancrée. Il en est ressorti une liste de thèmes qui a permis d'élaborer une grille de codage validée par la suite par le Président de thèse.

Les thèmes qui ont semblé pertinents et qui ont été retenus sont :

- Les freins liés à la pathologie
- Les freins liés au médecin généraliste
- Les freins liés au patient
- Les freins liés à l'environnement

Une théorie explicative construite à partir des données peut alors être envisagée.

### III) Résultats

#### A) Entretiens réalisés

Quatorze médecins généralistes d'Ile de France ont été interviewés de façon individuelle, à leur cabinet.

Les interviews ont eu lieu pendant les mois de juin, juillet et août 2013.

#### B) Caractéristiques de l'échantillon

Puisque notre population ne concerne que les médecins généralistes, nous allons nous intéresser aux facteurs de variabilités de pratique <sup>[12]</sup> pour effectuer notre échantillon :

- De l'âge du médecin
- De sa formation au sens large : initiale et continue
- De sa région d'exercice
- Du nombre d'actes par jour.

Ainsi la population interviewée est composée de 9 hommes et 5 femmes.

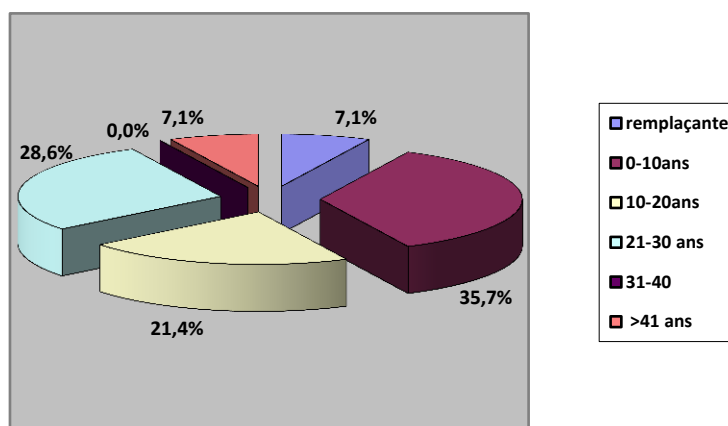
##### 1) Lieu d'exercice

- 5 exercent à Paris : dans le V<sup>ème</sup>, XI<sup>ème</sup>, XII<sup>ème</sup>, XV<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> arrondissement
- 5 exercent dans les Hauts-de-Seine : à Neuilly-sur-Seine, Suresnes, Gennevilliers, Colombes et Clichy
- 4 exercent en Seine-Saint-Denis : à Pantin, Aubervilliers, Saint-Denis et Saint-Ouen

##### 2) Durée d'installation

- 1 des médecins est installé depuis 40 ans
- 3 sont installés depuis 28 ans
- 1 est installé depuis 26 ans
- 1 est installé depuis 20 ans
- 2 sont installés depuis 18 ans
- 1 est installé depuis 9 ans
- 1 est installé depuis 7 ans
- 1 est installé depuis 6 ans
- 1 est installé depuis 3ans
- 1 est installé depuis 4 mois
- 1 est remplaçante depuis 2 ans





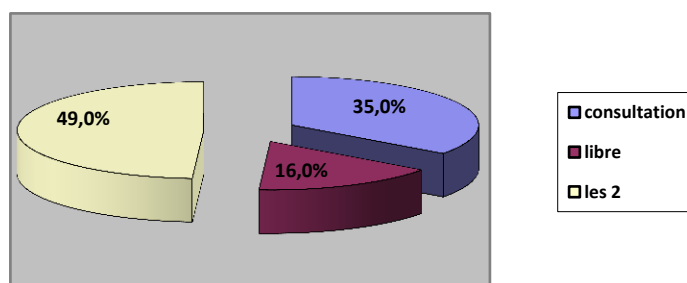
Graphique 1 : durée d'installation

### 3) Organisation de la pratique

- Consultation sur rendez-vous uniquement : 5

2 des praticiens arrivent toujours à organiser des consultations en urgence.

- Consultation libre 2/14
- Les 2 dans 50% des cas



Graphique 2 : organisation de la pratique

### Les visites à domicile

- Oui 11 /14
- Sur rendez-vous (100% des cas)
- Possibilité d'urgence 1/11 (7%) oui toujours, 6/11 selon activité, 3/11 (21,4%) jamais
- Nombre moyen moins de 5/jour dans 63% des cas

### La durée moyenne d'une consultation

Elle est en générale variable selon le patient, ses antécédents, le motif de consultation, on s'intéresse ici à une moyenne :

- < 15minutes : 1/15
- 15 minutes : 6/15
- 20 minutes : 6/15
- 30 minutes et plus : 2/15

### Le nombre de consultation par jour (déclaratif)

- < 20 consultations par jour : 1/15
- 20-30 consultations par jour : 4/15
- 30-40 consultations par jour : 6/15
- >40 consultations par jour : 4/15

### Activité en dehors du cabinet

- Maison de retraite : 4/15
- Crèche : 1/15
- PMI : 1/15
- Garde week-end : 1/15
- Pas d'activité hors du cabinet : 8/15

#### 4) Formation initiale

Tous ont une formation de médecin généraliste dont 2 sont issus d'une autre spécialité (gynécologie, médecine du travail).

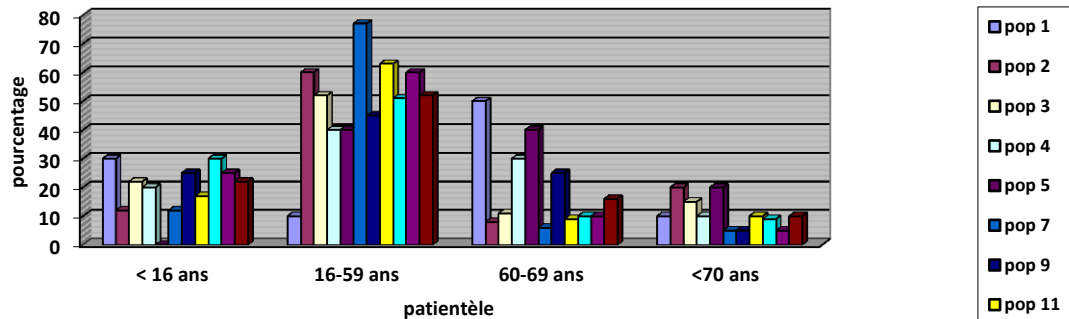
2 ont des diplômes associés : 1 DU d'acupuncture, 1 formation d'IVG médicamenteuse.

#### 5) Formation continue

Tous les praticiens interrogés ont organisé leur formation médicale continue soit dans les revues médicales (Prescrire, le quotidien du médecin généraliste, la Revue du Prat) soit par internet (site HAS ou spécialisés ex : antibioclic) soit les formations organisées par les amicales des villes.

## 6) La patientèle

Dans l'ensemble les praticiens ont des patients de tout âge sans orientation particulière. Un seul ne s'occupe pas d'enfant et 2 ont des populations très jeunes composées de familles.



Graphique 3 : répartition par âge de la patientèle

## C) Les prises en charge

Dans la première partie de l'entretien, on s'est intéressé à la pratique des médecins généralistes, comment ils s'organisent dans la vie quotidienne pour prendre en charge une pyélonéphrite aiguë.

Leur première réaction à tous, a été de dire qu'ils prenaient en charge les pyélonéphrites aiguës simples en ambulatoire.

### 1) Les symptômes

Pour l'ensemble des médecins interrogés, le diagnostic se fait essentiellement sur la clinique

- La fièvre est un argument majeur et 100% des médecins interviewés la cite
- De même la douleur lombaire est citée par tous les interviewés
- Les signes fonctionnels urinaires ont été cités par 11 médecins.
- Les frissons ne sont pas souvent cités (3 médecins/15)
- La douleur abdominale n'est citée que par 2 médecins
- Les vomissements n'ont été cités qu'une seule fois

Les antécédents de pathologie urinaire ont été cités par 4 médecins.

Seuls 5 médecins, utilisent la bandelette urinaire dans leur orientation diagnostique. Les arguments retrouvés pour la non utilisation de la bandelette urinaire sont :

- Difficile à organiser pendant la consultation
- Pas le temps de la faire
- Pas de modification du reste de la prise en charge

- Pas de bandelettes urinaires au cabinet
- BU se périment vite
- Pas de gobelet de recueil

## 2) L'ECBU

Il est réalisé toujours devant une suspicion de pyélonéphrite aigüe simple, toujours en ambulatoire et toujours avant le début de l'antibiothérapie.

La majorité des médecins généralistes interrogés récupèrent un examen direct soit dans la journée soit dans les 24 heures. La moitié d'entre eux doivent appeler le labo pour récupérer ce résultat.

« Ne pas avoir le temps d'appeler pour récupérer les résultats » est la raison pour laquelle les autres médecins ne récupèrent pas l'examen direct.

## 3) La biologie

Elle n'est demandée systématiquement que dans la moitié des cas.

Elle comprend :

- NFS, la plupart du temps
- Parfois un ionogramme sanguin
- Et une créatininémie
- Souvent dans le cadre d'un bilan inflammatoire une CRP
- Parfois une VS
- Et rarement des lactates

Les  $\beta$ HCG ne sont demandés que s'il existe un doute sur une grossesse.

Le moment du prélèvement est variable, il est réalisé dans :

- La journée
- Les 24 heures
- Les 48 heures
- Les 72 heures

## 4) L'imagerie

Elle est systématique dans la majorité des cas.

Les médecins demandent

- Le plus souvent une échographie
- Parfois un scanner

- Rarement une UIV

Le délai d'obtention des examens d'imagerie est variable mais réparti de façon assez homogène:

- Dans les 24 heures
- Dans les 48 heures
- Dans les 72 heures
- Au-delà de la 72<sup>ème</sup> heure

#### 5) L'antibiothérapie

Elle est tout le temps débutée en ambulatoire (le plus souvent après recueil ECBU, parfois après l'obtention des résultats de l'examen direct).

Quelle antibiothérapie probabiliste ?

- Les C3G sont souvent citées mais peu utilisées en première intention. Les formes parentérales ne sont utilisées en première intention et uniquement par certains médecins que s'il y a des vomissements
- Augmentin<sup>®</sup> est l'antibiotique le plus cité en utilisation courante même en première intention
- Les fluoroquinolones dont l'Oflozet<sup>®</sup> sont aussi régulièrement utilisées en première intention

Utilisés de façon ponctuelle, on retrouve :

- Tavanic<sup>®</sup>
- Noroxine<sup>®</sup>
- Orelox<sup>®</sup>

Les freins à l'utilisation des C3G retrouvés sont par ordre de fréquence :

- Problème organisationnel (pas le temps de le faire soi-même, d'organiser pour faire venir une infirmière)
- Pas d'infirmière disponible
- Entraîne une non observance
- Problème médico-légaux

#### 6) Le suivi

Le suivi est, le plus souvent, systématique soit lors d'une reconsultation soit par un contact téléphonique. Il a lieu :

- Parfois dans les 24 heures
- De temps en temps dans les 48 heures
- Mais pour la plupart des médecins généralistes, il a lieu dans les 72 heures.

Les conseils donnés aux patientes est de consulter aux urgences si

- Absence d'apyrexie à 72 heures
- Persistance des symptômes
- Pas d'amélioration ou aggravation de l'état général
- Apparition de vomissement
- Frissons

#### D) Freins

##### 1) Facteurs liés à la pathologie elle-même

###### a) La PNA un diagnostic évident ?

Bien que la réponse immédiate de la plupart des médecins interrogés fût « la pyélonéphrite c'est un diagnostic évident ! » il est apparu au cours des entretiens que ce n'était pas toujours vrai, loin de là. En effet peu de patientes se présentent avec la trilogie fièvre/signes fonctionnels urinaires/douleur lombaire unilatérale. En revanche beaucoup se présentent avec des douleurs abdominales peu caractéristiques, des pesanteurs pelviennes, parfois la fièvre est retardée ou peu élevée. Dans ce contexte de doute diagnostique, la majorité des médecins préfèrent adresser leur patientes aux urgences pour préciser le diagnostic avec l'aide des examens complémentaires réalisés en urgence et dans un même lieu.

###### b) L'intensité des symptômes

La pyélonéphrite aigüe simple est une infection profonde, elle s'accompagne donc de fièvre parfois élevée, de frissons et d'une altération de l'état général.

L'intensité des symptômes est un vrai frein à la prise en charge en ambulatoire des patientes car pour les médecins elles sont prédictives d'une mauvaise évolution probable ou d'une complication sous-jacente possible. Les symptômes cités par ordre de fréquence sont :

- Une fièvre élevée
- Une douleur intense
- Une altération de l'état général
- Des frissons

- Des vomissements
- Un début des symptômes supérieurs à 3 jours avant la première consultation

#### c) La PNA une pathologie qui fait peur

La pyélonéphrite aigüe même simple est considérée comme une infection profonde sévère. La notion de « peur » est souvent revenue au cours des entretiens certains déclarant ne pas « avoir peur » de prendre en charge une PNA en ambulatoire, d'autres plus réservés avouaient ne pas être à l'aise avec cette pathologie.

Le substratum de cette réticence est lié à l'évolution potentiellement défavorable dans les premières heures ou jours d'évolution de la maladie : « la surveillance en phase précoce peut être parfois délicate et souvent difficile à organiser, du coup quand elle (la patiente) est aux urgences elle a son traitement en perfusion et quelques heures de surveillance ce qui n'est pas possible en ville».

D'autre part, au cours des entretiens, la peur des poursuites judiciaires a été soulignée à plusieurs reprises. « Parfois les patients sont très agressifs et revendicateurs » dans ce cas adresser la patiente aux urgences permet d'éviter tout conflit.

## 2) Facteurs liés aux patients

Plusieurs études ont montré qu'il existait une plus grande variabilité des pratiques intra médecin qu'inter-médecin, ce qui permet de supposer qu'il existe des difficultés liées aux patients sont eux-mêmes.

#### a) Les comorbidités

L'existence de plusieurs pathologies intriquées est un frein à la prise en ambulatoire des PNA simple, l'infection étant un facteur de décompensation fréquent auquel s'associe un risque d'interaction médicamenteuse (AVK).

Les pathologies intercurrentes retrouvées au cours des entretiens sont :

- Une insuffisance cardiaque, un diabète
- Une insuffisance rénale chronique
- Une immunodépression par le VIH, une maladie auto-immune ou un traitement immunosuppresseur au long cours.

Les pathologies psychiatriques, au premier rang desquelles les troubles bipolaires, ont largement été citées comme frein à une prise en charge optimale en ville.

Les antécédents de pyélonéphrites sont aussi considérés comme un frein à la prise en charge en ambulatoire car font suspecter un germe particulièrement résistant ou des anomalies anatomiques pouvant être responsables de complications. Cependant le délai entre les différents épisodes n'intervient pas dans la décision.

Le doute sur une possible grossesse est aussi un motif d'envoi aux urgences.

#### b) L'âge du patient

Bien plus que l'âge qui ne semble pas modifier la pratique du médecin, les véritables freins à la prise en charge en ville des personnes âgées sont leur absence d'autonomie et leurs comorbidités. Les médecins généralistes qui souvent suivent depuis longtemps leur patientèle sont plus sensibles à l'âge physiologique, à l'autonomie ou l'absence de démence pour décider d'une prise en charge.

L'autre facteur limitant est l'isolement, une personne âgée quelles que soient ses comorbidités, si elle est seule, se verra adressée aux urgences. Le véritable problème se pose quand la patiente est en charge d'un conjoint dément. Dans ce cas, non seulement, il faut la considérer comme seule car son conjoint ne peut assurer une surveillance, mais il va surtout falloir prendre en charge le conjoint.

Même si les médecins ne sont pas réticents à prendre en charge en ambulatoire une pyélonéphrite aiguë simple chez une femme de plus de 65 ans, ils adaptent leur pratique, en renforçant la surveillance « je la revois plus tôt », ou en modifiant les examens complémentaires « dans ce cas je fais systématiquement un bilan biologique à la recherche d'une insuffisance rénale, d'une déshydratation ».

En ce qui concerne la thérapeutique, les attitudes sont variables, la majorité des médecins ne modifie pas leurs habitudes et privilégie la forme per os, d'autres préféreront utiliser la forme parentérale.

#### c) Les intoxications

L'alcoolisme chronique et la consommation de drogue rendent, selon les médecins généralistes, impossible une prise en charge adaptée en ville notamment parce qu'il est impossible d'être



certain de la compliance de la patiente que ce soit au traitement, au suivi ou à la réalisation des examens complémentaires.

d) Le niveau socio-culturel

Dans de nombreux cabinets, la patientèle est composée essentiellement de migrants dont certains ne parlent pas français, ce qui « demande un surcroît de temps et d'énergie, les consultations sont plus longues car on passe plus de temps pour expliquer les choses, on les revoit plus fréquemment, on doit prendre nous-mêmes les rendez-vous et s'assurer qu'ils s'y rendent ». Les médecins généralistes tentent des astuces pour répondre à cette difficulté supplémentaire : les dessins, faire revenir la patiente avec un traducteur, ne donner que quelques mots clés et revoir la patiente à chaque étape (après l'ECBU pour donner l'ordonnance de l'antibiotique et le rendez-vous de l'écho, puis avec l'écho et le résultat de l'ECBU, puis en fin de traitement). Mais de l'aveu de certains médecins, cet investissement n'est parfois pas possible, soit parce que l'organisation du cabinet ne le permet pas, soit parce que les médecins généralistes n'en peuvent plus de fonctionner en mode dégradé : « un de mes confrère a fermé son cabinet car il n'en pouvait plus de ce genre de médecine ».

Même en l'absence de barrière linguistique, certains patients peuvent ne pas comprendre les étapes de la prise en charge. Pour être certain du bon déroulement, il est parfois « plus simple » d'adresser la patientes aux urgences. La non compréhension du traitement ou du suivi est un frein à la prise en charge en ambulatoire.

e) Les conditions de vie

La patiente peut, par ailleurs, avoir des problèmes financiers ne lui permettant pas d'avancer les frais pour les médicaments ou les examens complémentaires en attendant le remboursement. D'autre part, certains laboratoires ou cabinets radiologiques n'acceptent pas la CMU ou l'AME. Tout cela oblige les praticiens à adresser leurs patientes aux hôpitaux via les urgences pour avoir les examens complémentaires dans les délais souhaités.

Certaines patientes vivent dans des conditions d'insalubrité voire sont sans domicile fixe. Ces conditions de vie défavorables rendent impossible un traitement ambulatoire.

L'isolement est un facteur limitant quel que soit l'âge. Si la patiente vit seule sans famille ni amis pouvant la surveiller, elle sera adressée aux urgences.

De même, une personne n'ayant pas le téléphone ou ne pouvant se déplacer pour revenir au cabinet, se rendre au labo ou à l'imagerie, que ce soit pour des raisons médicales ou matérielles (absence de voiture ou d'un accompagnant), sera orientée vers les urgences pour assurer la suite de sa prise en charge.

f) La compliance

Elle est LA condition incontournable d'une prise en charge en ambulatoire : « Si je sais que la patiente n'ira pas aux examens, ne prendra pas son traitement ou ne reviendra pas pour la réévaluation je n'ai pas d'autre choix que de l'envoyer aux urgences ». Même si certains avouent savoir pertinemment que le fait d'adresser les patientes aux urgences n'assure aucunement leur observance ultérieure au traitement et au reste de la prise en charge, l'inobservance reste un motif de recours aux urgences : « Je sais bien que ce n'est pas parce que la patiente ira aux urgences que cela améliorera sa compliance. Elles arrêteront les antibiotiques après 2-3 jours dès que ça ira mieux. Les urgences ne sont pas la solution mais on ne peut pas les hospitaliser de force pour les obliger à prendre leur traitement correctement. »

g) La consultation spontanée aux urgences

Beaucoup de patientes vont d'elles-mêmes aux urgences, même si certaines d'entre elles ont déjà consulté leur médecin traitant « j'ai une patiente qui quelques heures après être venue me voir est allée aux urgences, sa prise en charge n'a pas été modifiée si ce n'est qu'elle a refait une prise de sang et un ECBU et que du coup elle a eu en double les ordonnances d'antibiotiques et d'échographie, et a attendu là-bas 2 heures avant d'être renvoyée chez elle. Mais on n'y peut rien on ne peut pas les empêcher d'y aller ».

De même le surbooking des médecins généralistes et la diminution des plages de consultations libres entraînent de l'attente et « certaines patientes vont spontanément aux urgences, quand elles arrivent sans rendez-vous et qu'il peut y avoir 2 heures d'attente, elles se disent qu'elles préfèrent attendre 2 heures aux urgences plutôt qu'ici car après elles n'auront pas besoin d'aller à droite et à gauche pour le laboratoire et l'échographie ».

3) Facteurs liés aux médecins

a) La formation

La formation initiale et continue et l'information du médecin généraliste ont un rôle dans sa pratique. Les sources d'information sont diverses :

- Par voie de presse (Prescrire, Le quotidien du médecin généraliste, la revue du Prat)
- Internet avec des sites officiels comme l'HAS ou des outils à la prise en charge comme antibioclic
- Les réunions de pairs organisées par l'Ordre des médecins de la ville où ils exercent ou par des associations de médecins généralistes de la ville
- Parfois même les laboratoires pharmaceutiques.

Par contre certains avouent avoir parfois des difficultés à se mettre à jour.

Comment choisir devant la profusion des sources ?

Parfois le temps manque pour lire les revues hebdomadaires ou pour diversifier ses lectures. Parfois tout n'a pas d'intérêt pour la pratique quotidienne.

Comment sélectionner les articles ? Lire ce qu'on reçoit quel que soit le thème ? Faire des recherches en fonction de la pratique ?

Les sources d'informations fiables ne sont pas toujours facilement accessibles. Certains articles sur Internet sont payants, ils sont nombreux et faire le tri peut prendre du temps.

Il ne faut pas oublier de garder un jugement critique vis-à-vis de ces informations : prendre le temps de sélectionner, faire attention à la qualité de l'étude, être sûr que les données soient transposables à sa patientèle et que ça ait un intérêt clinique.

Enfin, les changements que les recommandations induisent peuvent nécessiter un investissement financier et humain, entraîner d'importantes modifications dans l'organisation des pratiques et dans les habitudes de chacun ce qui peut être un frein à leur mise en place.

#### b) L'expérience

Il paraît évident que l'expérience personnelle du médecin influence sa pratique.

Ses expériences antérieures des pyélonéphrites aiguës simples, l'organisation de leurs prises en charge fluides ou semées d'embûches ainsi que leurs évolutions et l'incertitude qu'elles génèrent, influencent ses décisions quant à sa pratique future.

Ainsi au cours de différents entretiens, est souvent revenue la notion qu'une mauvaise expérience serait un frein à la prise en charge en ambulatoire des pyélonéphrites aiguës simples : « Pour l'instant je n'ai jamais eu de problème mais si ça arrivait je changerais ma façon de faire et mettrais ceinture et bretelles en adressant la patiente aux urgences ».

D'autre part, l'absence d'expérience est elle aussi un frein : « Quand je remplaçais, ou les premiers temps de mon installation, j'envoyais plus facilement aux urgences ». Plusieurs

raisons sont apparues. Le fait d'avoir été formé à l'hôpital avec des « patientes qui étaient surveillées 24h sur 24, d'avoir l'ensemble des spécialistes et des laboratoires sur place. Se retrouver la première fois tout seul, ça fait peur ! ». Cette notion de « tout seul » s'estompe avec le temps, en se créant un réseau, les médecins généralistes se rendent compte qu'ils ne sont pas vraiment « seuls » et que finalement la prise en charge en ambulatoire notamment des pyélonéphrites aiguës simples est possible. Il faut donc apprendre à modifier sa pratique, s'adapter à la pratique de ville et apprendre à gérer le stress que génère l'incertitude de l'évolution d'une patiente qui ne bénéficie pas de surveillance hospitalière. Et cela demande du temps.

#### c) L'organisation de sa pratique

Pour faire face au nombre croissant de consultations quotidiennes et au « surbooking » engendré certains médecins limitent les plages de consultations libres et ce faisant, n'acceptent plus d'urgences. Il devient plus difficile de s'organiser pour intercaler des consultations pour les patientes appelant le jour même et il est impossible de voir une pyélonéphrite entre deux.

De même les visites à domicile sont limitées et sont rarement faites en urgences : « pour les visites à domicile, je n'en fais plus qu'une ou deux par jour alors qu'avant j'en faisais une dizaine mais c'est trop chronophage. Maintenant je privilégie les personnes âgées qui ne peuvent se déplacer. Pour un problème infectieux d'un sujet jeune j'essaie de le faire venir au cabinet sinon c'est le 15 ou les urgences ». Ainsi, les patientes asthéniques du fait de la fièvre et de l'infection, et qui estiment ne pouvoir se déplacer, sont orientées (par téléphone) vers les urgences.

Le fait d'être seul en cabinet est un frein : « avec ma consœur on se partage le cabinet, comme ça si l'une ne peut assurer le suivi elle le transmet à l'autre, s'il y a besoin d'un deuxième avis c'est plus facile. Etre à deux ça diminue un peu la pression et le stress, je pense que si j'étais seule il y a des choses que je ne ferais plus ».

Le fait de pouvoir partager les responsabilités, savoir que quelqu'un peut prendre la relève, facilite le quotidien et la prise en charge en ambulatoire.

#### d) L'adaptation de sa pratique

Le facteur « temps » joue un rôle primordial. En effet, la prise en charge d'une pyélonéphrite aiguë simple est chronophage et demande un surcroît d'investissement : « il m'est arrivé de

faire une visite à domicile le jour de Noël, à 22h un soir pour une injection d'antibiotique parce qu'il n'y avait pas d'infirmière disponible ». Sans en arriver à ces extrémités, la prise en charge d'une pyélonéphrite aigüe simple demande un certain investissement de la part du médecin généraliste. Il faut pouvoir voir la personne en urgence, la revoir à 72 heures, être sûr qu'elle aura ses examens complémentaires et au besoin appeler soi-même le laboratoire pour récupérer l'examen direct de l'ECBU et pouvoir pallier si besoin au manque d'infirmière en réalisant l'injection de C3G. « Pour que ce soit jouable il faut que tout se combine bien, la consultation ne doit pas être débordée, le labo doit être ouvert et dispo à prendre en charge la patiente tout de suite, on doit pouvoir revoir la patiente et pouvoir avoir l'écho dans des délais acceptables. Et même si on parvient à tout obtenir dans les délais ça demande du temps pour organiser les choses, du temps pour voir et revoir la patiente correctement. Il faut pouvoir adapter sa consult».

Ainsi certains praticiens, dont le nombre d'actes par jour est croissant, estiment ne pouvoir assurer une prise en charge optimale de leur patiente en ambulatoire et dans ce cas l'adressent aux urgences : « parfois on a l'impression qu'on ne pourra pas soigner tout le monde donc on en envoie certains aux urgences. »

#### e) Les habitudes et envies

Les recommandations sur la pyélonéphrite aigüe simple ont changé, au départ leur prise en charge était hospitalière, ce n'est qu'en 1989 que la notion d'ambulatoire apparaît mais elle est très restreinte et soumise à une surveillance hospitalière de quelques heures «Au début de ma carrière, toutes les pyélonéphrites devaient être vues aux urgences du coup j'ai mis du temps à les prendre en charge en ambulatoire et ne le fais pas souvent». Ainsi, certains médecins n'ont pas l'habitude de prendre en charge en ambulatoire en ville et ne sont pas organisés pour une telle prise en charge.

Les urgences sont aussi parfois la solution de facilité. Le manque d'envie dans l'investissement que nécessite cette pathologie qu'il soit occasionnel ou constant est un frein à sa prise en charge en ambulatoire : « Parfois on n'a juste pas envie, à partir d'une certaine heure ou le vendredi on est moins enclin à s'investir », « c'est parfois par facilité quand on n'a pas envie de s'embêter avec les infrastructures, la surveillance et tout ça ».

#### 4) Facteurs liés à la relation médecin / patients

La relation médecin/malade est un facteur qui influence les pratiques, en particulier des médecins généralistes. En effet, le fait de connaître ses patients, de savoir ce qu'ils comprennent, qu'ils vont bien suivre les instructions, qu'ils savent comment joindre leur médecin ou les urgences si besoin et leur compliance au traitement apparaissent comme des conditions sine qua non à la prise en charge en ambulatoire.

D'autre part, le médecin doit être à l'écoute du souhait des patientes, la prise en charge d'une pathologie nécessite l'interaction de deux acteurs, le médecin qui a le savoir et la patiente qui est la première concernée et qui doit adhérer au traitement proposé. Ainsi, la volonté du patient peut obliger le médecin à adapter sa prise en charge pour prendre une décision commune : « Parfois, la patiente préfère aller aux urgences ou ce qui arrive plus souvent ne veut pas y aller alors que nous on la trouve un peu juste mais si après avoir tout essayé pour la convaincre elle ne veut toujours pas et bien on est obligé de s'adapter on la revoit plus souvent on prend soi-même les rendez-vous pour qu'elle les ait dans la journée. On ne peut pas la forcer».

## 5) Facteurs liés à l'environnement

### a) Le réseau de soins

Une organisation inadéquate du dispositif de soin peut être un frein à l'application des recommandations : disponibilité du plateau technique, densité des ressources de soins, niveau de remboursement des patients.

Ainsi, l'absence de correspondant (le laboratoire ou le radiologue) ou le fait que la patiente ne puisse s'y rendre pour des raisons pratiques (le cabinet de radiologie est loin, la patiente n'est pas véhiculée) ou économique (la patiente ne peut avancer les frais, la CMU n'est pas acceptée) oblige les praticiens à adresser leur patientes aux urgences.

Leur organisation peut aussi être un facteur limitant, si le médecin est obligé d'appeler pour avoir les résultats de l'examen direct de l'ECBU ou s'il est obligé d'appeler lui-même pour être certain que les examens soient effectués dans les délais recommandés cela peut sembler être des petits détails, mais ces petits détails alourdissent considérablement chaque prise en charge et devenir un facteur limitant. Parfois, les médecins acceptent de voir une patiente qui en a besoin, et donc de prendre du retard sur une journée de consultation, mais ont l'impression de perdre leur temps quand ils doivent se « battre » pour récupérer un examen : « S'il faut à chaque fois se battre avec l'infrastructure ça devient compliqué ».

Les urgences semblent, pour eux, la solution la plus facile.

### b) Le lieu d'exercice

Le fait d'exercer en région parisienne, où le réseau de soins est souvent adapté et où il existe un hôpital proche quel que soit le lieu d'installation, modifie les habitudes de prise en charge. Et ce, dans les deux sens.

Le fait d'exercer en zone urbaine où il existe un vrai réseau de soins semble faciliter la prise en charge en ambulatoire « Moi, quand je remplaçais en zone rurale où le plus proche hôpital était à plus de 60km et que je n'avais rien autour j'étais obligé d'adresser plus rapidement aux urgences ne serait-ce que pour avoir un bilan et ne pas traiter en aveugle ou ne pas attendre une évolution défavorable avec une malade instable à transporter ».

Mais l'inverse est vrai aussi : « le fait d'avoir un hôpital avec des urgences à côté, ça facilite la prise en charge, si on n'arrive pas à avoir les examens complémentaires il y a toujours cette solution-là ».

De ce fait, lors d'une journée de consultation chargée, en fin de journée ou de semaine, si la patiente ne peut appeler elle-même, les urgences sont une solution pour tout avoir facilement.

### c) L'horaire de la consultation

La prise en charge d'une pyélonéphrite demande un minimum de temps pour organiser le traitement, les examens complémentaires et la réévaluation. Les consultations du soir ou de la veille de week-end cumulent les difficultés.

Le temps que l'on est prêt à consacrer en fin de journée n'est pas le même que le matin : « le soir on a moins envie ». Le retard pris, la fatigue d'une journée de travail influencent sur la patience, l'envie et l'investissement du médecin.

De plus, leurs journées étant longues, il arrive régulièrement que les laboratoires soient fermés lorsqu'ils ont enfin le temps de s'en occuper.

L'absence d'accès aux examens complémentaires et à leurs résultats est une autre difficulté car elle ne permet pas de commencer l'antibiothérapie dans les délais escomptés.

La BU même si elle permet de confirmer le diagnostic ne permet pas d'avoir la culture (l'identification du pathogène) ni l'antibiogramme. Par conséquent, si le traitement n'est pas efficace, elle ne permet pas l'adaptation de l'antibiothérapie.

De plus très peu de médecins l'utilisent dans leur pratique quotidienne soit « parce que ce n'est pas pratique au milieu d'une consultation d'envoyer la patiente aux toilettes », soit « parce que les patientes n'ont pas forcément envie » soit parce qu'il n'y a pas de BU au cabinet ou pas de gobelet de recueil.

Dans ce contexte de pathologie infectieuse pouvant avoir une évolution rapidement défavorable, le soir ou veille de week-end introduisent une nouvelle difficulté : le fait de ne pas être joignable ou de ne pouvoir faire de réévaluation à 48 heures.

Ce nouvel obstacle incite le médecin à passer la main. Ce même argument est retrouvé pour la veille de vacances.

Ainsi, les patientes consultant dans la soirée ou appelant en fin d'après-midi sont souvent réorientées vers les urgences pour assurer leur prise en charge et leur suivi.

### d) Le traitement

« Il faut pouvoir débiter le traitement rapidement ». Cette simple nécessité soulève certaines conditions.

D'abord, il faut choisir une antibiothérapie qui réponde aux recommandations d'une antibiothérapie probabiliste et qui prend en compte les antibiotiques déjà reçus par la patiente dans les 6 mois précédents, de sa tolérance et la prévalence des résistances.

La voie parentérale est souvent choisie devant des vomissements ou si la patiente a déjà reçu des antibiotiques. Elle nécessite de pouvoir soit organiser le traitement IV ou IM par une



infirmière soit pouvoir s'organiser pour réaliser soi-même les injections. L'avantage de cette galénique c'est qu'elle permet d'avoir une réévaluation clinique quotidienne pendant les 72 premières heures le temps de récupérer l'antibiogramme est de passer à une forme orale. Les inconvénients sont

- Qu'il faut pouvoir s'organiser pour faire les examens et administrer le traitement dans les heures qui suivent le diagnostic et donc pouvoir trouver une infirmière ou le faire soi-même
- Qu'il faut convaincre la patiente de se déplacer tous les jours pendant 3 jours pour un traitement douloureux « je ne choisis pas les C3G car les patientes ne le tolèrent pas et du coup elles vont voir ailleurs pour qu'on leur donne autre chose. Du coup je préfère une forme per os plus facile ce qui améliore l'observance ».

Les traitements per os notamment les fluoroquinolones sont souvent préférés en première intention. Faciles à mettre en place il suffit de passer à la pharmacie après prélèvements des urines, ils ont, selon les études récentes, la même efficacité que les C3G.

Quel qu'est été le choix il faut y avoir accès : il faut donc que la pharmacie ne soit pas fermée ou que la patiente puisse se rendre à la pharmacie de garde. Ce qui repose le problème de la consultation de soir ou de veille de week-end et des patientes non véhiculées.

Il faut aussi que le traitement parentéral puisse être administré, soit par le médecin généraliste, soit par l'infirmière.

#### e) L'infirmière

Condition sine qua non au traitement parentéral. Cependant « il est très rare de trouver une infirmière en urgence dans les 24 heures, oui mais, pour la première injection je la fais moi-même et si c'est le week-end c'est pas possible il faut trouver une autre solution ».

C'est un des facteurs limitants dans le choix des C3G. De plus certains médecins ne choisissent pas la voie parentérale car en l'absence d'infirmière disponible ils ne font plus d'injection IM soit parce qu'ils n'ont pas le temps au cours d'une journée soit parce qu'ils ne réalisent « plus ce genre d'actes à cause des risques judiciaires ».

Dans le cas où les médecins généralistes souhaitent vraiment initier un traitement par C3G, mais qu'ils ne peuvent pas l'organiser en ville, il arrive que les urgences soient leur recours « pour que les patientes aient au moins une dose de C3G ».

## IV) Discussion

### A) Les résultats

Dans ce travail de thèse, nous nous sommes intéressés aux freins des médecins généralistes à prendre en charge en ville les pyélonéphrites aiguës simples. En effet, bien que les recommandations de 2008, incitent à une prise en charge ambulatoire, la pyélonéphrite aiguë simple reste un motif de recours aux urgences fréquent. Or, pour améliorer l'adhésion aux recommandations, il faut comprendre quelles sont les raisons pour lesquelles elles ne sont pas appliquées. Ce sont des intervenants que viennent les réponses. C'est pour cela que nous avons interrogé quatorze médecins généralistes d'Ile-de France.

Il est apparu qu'un des principaux freins à la prise en charge en ambulatoire des pyélonéphrites aiguës simples est le facteur temps. En effet, même si tout est fait autour pour assurer une prise en charge ambulatoire de qualité, la pyélonéphrite aiguë simple est une pathologie qui demande du temps et de l'investissement pour organiser les examens complémentaires, le traitement et le suivi. Ainsi, dans un contexte où le nombre de consultations journalières augmente, il est de plus en plus difficile pour les médecins généralistes d'adapter leur pratique pour prendre en charge ce type de pathologie chronophage.

L'autre point noir concerne la logistique. Le caractère complexe de la pyélonéphrite aiguë ne se résume pas seulement à sa gravité potentielle, mais il est dû à toute la logistique et la coordination des différents acteurs de santé qu'elle requiert pour assurer une prise en charge adéquate. Ainsi, sa prise en charge en ambulatoire rencontre plusieurs obstacles en pratique courante : difficulté de réaliser dans les délais les différents examens complémentaires et d'en recueillir les résultats, mais surtout difficulté d'organisation pour assurer une surveillance médicale nécessaire. Ainsi, bien que conscients qu'une prise en charge en ville est possible et désireux de l'assurer, les médecins généralistes peuvent être contraints d'adresser leurs patientes aux urgences. Dans ce contexte, des réseaux de soins comme le réseau SphèreS, un réseau de soins faisant le lien entre les professionnels de santé et les patients, peut être une réponse à ces difficultés. Il met à la disposition des praticiens membres la permanence et la continuité des soins nécessaires à une prise en charge sécurisée du patient. En cas de PNA, le médecin du réseau se charge de tout : il contacte le biologiste afin de réaliser le bilan, il se charge aussi de contacter le radiologue pour organiser l'échographie dans les 48 heures et en informe le patient de même qu'il organise le transfert vers le cabinet de radiologie si besoin.

De plus, les médecins du réseau s'engagent à assurer le suivi de la patiente si son médecin traitant ne peut le faire (soir et week-end notamment). Cette solution qui semble idéale est cependant peu connue des médecins généralistes libéraux (aucun de ceux interrogés ne l'a mentionnée). Peut-être parce qu'il s'agit d'une initiative uniquement parisienne.

D'autres facteurs non médicaux rendent la prise en charge de la pyélonéphrite aigüe simple complexe comme les conditions socio-économiques défavorables, la non compréhension de la démarche, des critères de surveillance, la possible non compliance. Même si certains médecins généralistes tentent de trouver des solutions (interpréter, revoir plus souvent le malade, adapter le discours), cela rend la prise en charge encore plus complexe et plus chronophage. Ces notions sont prises en compte dans les recommandations et bien que les urgences ne soient qu'une solution partielle et temporaire, elles sont l'unique réponse de nos jours à ce type de situations.

De plus, la pyélonéphrite aigüe même simple est une infection profonde au potentiel évolutif variable. Comme dans les études et les recommandations, les médecins généralistes utilisent les données de la clinique pour orienter leur choix. Bien que certains critères soient objectifs et retrouvés dans l'ensemble des données de la littérature (l'intensité de la douleur, l'altération de l'état général, les vomissements, les signes de choc ou les comorbidités) d'autres sont plus subjectifs et ne reposent que sur le ressenti : « parfois je ne sens pas les patients ».

Dans son étude, P.Little a cherché à établir un score permettant de prédire une évolution défavorable.<sup>[7]</sup>

Malheureusement il n'existe pas de test biologique, ni clinique, permettant à coups sûrs d'être certain qu'une pyélonéphrite aigüe, même simple, évoluera de façon favorable, comme le montrent les études de Kang, Lemiale ou Claessens<sup>[61.63.64]</sup>. Stamatis a mis en évidence des facteurs de risque d'évolution défavorable.<sup>[31]</sup>

Au premier plan on retrouve dans les études et dans la « vraie vie », la mauvaise tolérance clinique et les comorbidités. Cependant, bien que certains critères soient bien définis dans la littérature et les recommandations, les médecins généralistes sont confrontés à des situations non décrites et doivent s'adapter.

A l'inverse, certaines situations définies comme facteurs de risque sont jugées par les médecins généralistes qui connaissent leurs patientes comme ne requérant pas du service d'urgences. C'est le cas notamment des personnes âgées, pour lesquels l'âge arbitraire de 65 ans a été établi.

La sensibilité clinique joue un grand rôle dans l'orientation des patients, une patiente sans facteur de risque, sans signes objectifs de mauvaise tolérance sera quand même adressées au SAU si le médecin généraliste « ne la sent pas ». <sup>[72]</sup>

Ce ressenti est difficile à objectiver, quantifier, il est dépendant du praticien, de son expérience, de sa formation ainsi que de sa relation avec le malade.

L'obtention des examens reste un frein à la prise en charge en ville.

En qui concerne l'ECBU, plus que le délai c'est récupérer l'examen direct qui pose problème.

En effet, rarement renvoyé au médecin généraliste de façon systématique, il nécessite un surcroît d'investissement de la part du médecin généraliste qui doit appeler le laboratoire.

Dans ces conditions, certains médecins généralistes initient le traitement sur une suspicion clinique seule et ne « rectifient » le tir qu'après obtention des résultats de l'ECBU complet soit 72 heures après, ou alors adressent directement au service d'urgence au moindre doute.

La bandelette urinaire trouve alors toute sa place. D'autant plus que dans les recommandations de l'AFFSAPS, une bandelette urinaire positive suffit pour débiter un traitement.

Or la bandelette urinaire reste sous utilisée en ville pour de multiples raisons :

- L'absence de bandelette urinaire dans le cabinet à cause des conditions de conservation et donc de leur péremption
- L'absence de gobelet de recueil à cause de la difficulté de réaliser le prélèvement lorsque la patiente ne veut pas uriner, l'absence de toilettes (même si c'est rare)
- Il est difficile de « couper » la consultation

Il serait intéressant de re-sensibiliser les médecins généralistes à la bandelette urinaire, et de trouver des solutions pour favoriser sa réalisation.

Pour ce qui est de l'imagerie, elle est indispensable. En ville, elle est le plus souvent possible même en urgence quand les médecins généralistes établissent des accords avec les radiologies qui exercent autour de leur cabinet.

Les écarts aux recommandations sont liés aux pratiques personnelles. Tous les médecins généralistes ne réalisent pas systématiquement d'imagerie, d'autres ne la réalisent pas dans les 72 heures en l'absence de signes faisant craindre une complication.

Or selon plusieurs études (notamment celle de CHENG), les signes cliniques rassurants et même l'absence d'altération de la fonction rénale ne préjugent pas de l'absence de complications et donc de cicatrices rénales ultérieures.

L'imagerie doit être systématique, elle seule permet d'éliminer des signes de gravité ou de complication qui imposeraient une dérivation des urines en urgence. Mais peut-on adapter les délais ? Dans le cadre d'une pyélonéphrite aigüe simple qui évolue favorablement à 72 heures sous antibiotiques, est-il indispensable d'avoir l'imagerie dans les 72 heures ou peut-on la faire dans la semaine ? En élargissant les délais dans des conditions précises on favoriserait la prise en charge ambulatoire.

Les entretiens ont aussi mis en avant la nouvelle façon de « consommer » la médecine. Le désir de certains patients de tout avoir, tout de suite, au même endroit et si possible sans payer. La médecine est devenue un produit de consommation qui doit donner satisfaction avec pour les médecins, l'obligation non plus de moyens, mais de résultats et avec la menace toujours plus présente de la poursuite judiciaire.

Les coûts de la pyélonéphrite aigüe simple est une question qui n'a pas été abordée au cours des entretiens. N'y aurait-il pas un intérêt à revaloriser la prise en charge ambulatoire en autorisant une tarification spéciale pour ces pathologies chronophages ? Car pour la société, l'hospitalisation ou le passage par les urgences de ces patientes représentent un réel coût.

Dans leurs études respectives Kim et Raz, cherchent des solutions pour limiter les hospitalisations évitables. La mise en place de protocole au sein des urgences est une solution.  
[33.38.61]

## B) Les limites de cette étude

D'un point de vue méthodologique, il s'agit essentiellement du choix de la population étudiée, et de la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés.

### 1) Choix de l'échantillon

#### a) La sélection des médecins interrogés

La sélection des interviewés bien qu'elle ait abouti à une population variée, n'a pas été facile. En effet, lors de la sélection de la population, seules 10% des demandes ont abouti à un entretien. Les raisons de ces refus n'ont pas toujours été claires.

La raison la plus fréquente était le manque de temps. Cependant, comme le facteur temps est le principal facteur limitant à la prise en charge en ambulatoire, il aurait été intéressant de savoir

comment ces médecins qui n'ont « pas le temps de répondre » font dans leur pratique quotidienne.

D'autre part, certains médecins, bien qu'ils semblaient intéressés lors du premier contact n'ont pas rappelé pour organiser les rendez-vous ou ont annulé à plusieurs reprises les rendez-vous pris. D'autres ne répondaient simplement pas au téléphone. Certains médecins auraient accepté de répondre à un questionnaire mais pas directement en entretien. D'autres n'étaient tout simplement pas intéressés de participer à un projet d'étude.

Ces refus de répondre peuvent induire un biais puisqu'ils sont difficiles à interpréter. Dans ce cas, ils peuvent être principalement liés au thème de la recherche qui peut paraître délicat comme chaque fois que l'on aborde un sujet lié à la pratique. Il aurait été intéressant de pouvoir relever les vraies raisons de ces refus car ces « non-sélectionnés » auraient sûrement apporté des informations complémentaires.

#### b) Recrutement géographique

Notre étude s'est limitée aux médecins généralistes d'Ile-De France voire même de Paris et de sa petite couronne. Or de l'aveu des médecins même, le lieu de l'installation est un facteur influençant la pratique quotidienne. Ainsi, il est probable que même si certains freins sont transposables quel que soit le lieu d'exercice, des réponses différentes seraient faites par des médecins exerçant en milieu rural. Il serait peut-être intéressant de compléter cette étude en interrogeant des médecins généralistes travaillant dans des zones où l'offre de soins n'est pas aussi riche.

#### 2) Les entretiens semi dirigés

Quant au choix de l'entretien semi-dirigé, il semblait plus adapté pour parler de la pratique quotidienne. Il semblait délicat de faire intervenir des médecins généralistes sur leur pratique quotidienne, les difficultés qu'ils rencontrent, leur peur de méconnaître les recommandations et parfois les écarts qu'ils font. Pour que les médecins puissent se libérer au maximum et partager en confiance leurs expériences, il a été choisi de ne pas réaliser de focus group.

Ce choix a aussi facilité l'organisation du travail, il est plus facile de prendre 14 rendez-vous différents en s'adaptant au planning des médecins que de trouver un horaire où plusieurs médecins pouvaient se rendre disponibles.

En ce qui concerne les limites directement liées à la méthode des entretiens semi-dirigés ils peuvent être regroupés en trois axes, ceux liés à l'interviewer, ceux liés à l'interviewé et ceux liés à l'interaction intervieweur-interviewé.

#### a) Les limites liées à l'intervieweur

Elles concernent d'une part les connaissances de l'intervieweur tant sur le sujet que sur la façon de conduire un entretien. Les propres opinions du chercheur peuvent influencer beaucoup la recherche, la façon de rédiger le questionnaire, d'introduire les questions ou d'accentuer certaines parties. Il faut cependant s'obliger à rester le plus neutre et être prêt à rebondir pour approfondir les différents points qui apparaissent au cours de l'entretien, même si, pour cela, il faut s'écarter du guide d'entretien. L'intervieweur doit savoir se détacher de ses expériences, de son opinion sur la question même si ce sont elles qui ont influencé son projet.

D'autre part, le style de conduite, le mode d'entretien, doivent permettre de recueillir les confidences de l'intervieweur. Il faut éviter à tout prix une interprétation au cours de l'interview, de même qu'il faut éviter d'exprimer ses opinions ou un jugement pour permettre à l'interviewé de relâcher ses défenses, d'exprimer ses problèmes. L'attitude inverse ne permettrait pas d'aboutir au but de l'étude qui est de découvrir par la réflexion du sujet lui-même les réponses à la question. Il faut au maximum laisser la parole à l'interviewé, l'intervieweur devant essentiellement relancer la conversation.

Il est donc important de connaître son sujet, de connaître ses limites et surtout d'avoir testé sur soi le questionnaire. Ainsi, la réalisation du questionnaire s'est essentiellement basée sur les recommandations de l'AFFSAPS pour rester le plus neutre possible.

#### b) Les limites liées à l'interviewé

Il faut que le médecin interrogé ait une capacité d'expansivité suffisante. Il est important qu'il réponde de façon franche mais surtout que ses réponses ne se limitent pas à un mot, une phrase. Il faut au maximum qu'il puisse faire des associations d'idées, chacune d'elles ouvrant une porte sur une nouvelle idée permettant d'explorer tous les domaines apportant de nouvelles réponses à la question posée. Si l'enquêteur est obligé à chaque fois de relancer l'entretien, de donner une piste, il risque donner une orientation aux réponses et de ce fait de perdre la neutralité nécessaire à l'émergence de nouvelles idées.

Toutefois, il est important de répondre à la question. Il faut faire attention lors des digressions, permises par la méthode de l'entretien semi-dirigé, de rester dans le sujet. Il est tentant de raconter son expérience, et une idée en entraîne souvent une autre mais il faut que cela garde un intérêt pour le projet.

Souvent, la vie de tous les jours nous oblige à nous adapter, on ne peut pas toujours faire un copier-coller des recommandations. Ce sont ces informations qui sont intéressantes pour l'étude, pour permettre de comprendre les causes de non adhésion aux recommandations. Or, il

est parfois difficile d'avouer qu'on ne fait pas « comme dans les livres » et cela entraîne le déploiement de certains mécanismes de défenses tels que la rationalisation, l'éviction, l'oubli ou le changement de sujet. Il est important que dans ces circonstances l'intervieweur fasse preuve d'empathie et qu'il élimine tout jugement pour instaurer un climat de confiance entre intervieweur et interviewé.

c) La relation interviewer – interviewé :

En théorie le fait que l'intervieweur et l'interviewé « appartiennent au même monde », est un argument en faveur d'une meilleure validité car se sentant mieux compris, l'enquêté déploiera moins de mécanisme de défense.

A l'inverse, il peut exister un biais lié si le médecin interrogé se sent jugé par son pair, le chercheur. Tout jugement est bien sûr à éviter, le statut d'étudiant de l'enquêteur doit viser à renforcer son caractère neutre et naïf.

L'impression de l'enquêteur vis-à-vis de l'enquêté et vice-versa peut compromettre la validité de l'information. Cela peut influencer, la manière de diriger l'entretien mais aussi, la manière de répondre aux questions et donc être un biais à la collecte des données. Ainsi, les qualités de l'enquêteur sont primordiales, il doit connaître ses limites, assurer un climat de confiance tout en restant neutre et ne pas influencer et encore moins émettre de jugement sur les réponses obtenues.

3) Les entretiens

a) Le magnétophone

Certaines études ont montré que le magnétophone peut limiter la liberté de parole. Même si l'anonymat est assuré, le fait que les déclarations sur la pratique quotidienne soient gravées peut engendrer le déploiement de mécanismes de défenses comme l'émission ou la rationalisation. Certains prenaient comme exemple des collègues, d'autres restaient très vagues ou prenaient l'exemple d'autres pathologies.

Cependant, il est impossible de réaliser ce type d'entretien sans un enregistrement, ne serait-ce que pour ne pas être en train de noter tout au long de l'entretien et permettre qu'il soit une « discussion » entre collègues, ou pour que ne soient pas oubliées d'importantes informations à la fois exprimées mais surtout dans les non-dits (l'intonation, les blancs, les soupirs). C'est à l'intervieweur de le faire oublier ! Peut-être dans le choix du matériel en choisir un petit, discret et silencieux et surtout d'occuper l'attention de l'interviewé pour lui faire oublier la présence de cet outil.



## b) Les conditions d'entretien

Organiser des entretiens avec des médecins libéraux n'est pas facile !

En effet, seuls 10% des appels émis ont abouti à un entretien.

Une fois que le praticien a accepté de participer à l'étude, il faut trouver un créneau dans son emploi du temps qui ne chamboule pas son organisation pour lui permettre de répondre de façon détendue, sans penser à la salle d'attente pleine ni être interrompu sans cesse par des coups de fil. Le plus souvent, les médecins m'ont gentiment accordé le temps d'une consultation en début ou fin de programme ou alors me recevaient sur l'heure de déjeuner. Bien que cette étude les concerne et vise à recueillir leurs témoignages pour améliorer leur conditions d'exercice, il s'agit de « temps perdu » non rentabilisé ce qui a peut-être été la raison non avouée de certains refus.

Pour les entretiens, l'interviewer s'est déplacé dans les cabinets de chaque médecin généraliste. Bien que cela ne corresponde pas aux critères de neutralité recommandés pour les études qualitatives, cela avait l'avantage de faciliter l'organisation des entrevues et de favoriser l'acceptation de certains médecins généralistes. De plus, il se pourrait qu'en étant dans un lieu familier il soit plus facile de se confier, d'accepter de répondre à des questions parfois délicates.

D'autre part, les entretiens ayant lieu sur rendez-vous, ils avaient lieu dans le cabinet du médecin, c'est-à-dire dans une pièce calme et comme le rendez-vous était prévu il n'y a eu d'interruption qu'au cours de deux entretiens (deux coups de téléphone de moins de cinq minutes chacun).

Enfin, l'étude a eu lieu pendant l'été 2013, il se peut que les conditions de pratique aient influencé certaines réponses. En effet, pendant cette période certains cabinets médicaux étaient fermés, cela laisse supposer qu'en l'absence de remplaçant les patients devaient se diriger soit vers des confrères soit directement aux urgences. D'autres part, pour ceux qui n'étaient pas en vacances, ils devaient adapter leur pratique aux vacances des autres : l'augmentation du nombre de consultations et l'absence des correspondants habituels (laboratoires ou radiologues).

## Conclusion

La pyélonéphrite aigüe simple est motif fréquent de recours en soins primaires que ce soit chez les médecins généralistes ou aux urgences. De nombreuses études et l'AFSSAPS préconisent si certaines conditions sont remplies un traitement en ambulatoire. En effet, il n'existe pas de différence de morbi-mortalité entre les deux prises en charge. En revanche une prise en charge ambulatoire assure une meilleure qualité de vie et diminue considérablement le coût des soins. Cependant, les pyélonéphrites aigües simples restent un motif d'envoi aux urgences de la part des médecins généralistes.

Ainsi, ce travail s'est intéressé aux facteurs de résistance à l'adhésion aux recommandations de l'AFSSAPS de 2008 sur la prise en charge des pyélonéphrites aigües simples par les médecins généralistes.

Le choix de l'étude qualitative et des entretiens semi-dirigés a permis de mieux appréhender les difficultés que les médecins rencontrent dans leur pratique. En leur donnant la parole, elle a révélé des freins méconnus jusqu'alors.

Ce travail a pour but mettre en lumière de nouvelles hypothèses sur ce sujet, d'être une étape dans l'élaboration de propositions concrètes qui viseront à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à faciliter les conditions d'exercice des médecins généralistes.

Cette étude pourrait être complétée par une étude qualitative basée sur un questionnaire réalisé à partir des freins retrouvés dans cette étude, en sélectionnant un plus grand nombre de médecins ou en s'intéressant spécifiquement aux raisons des médecins qui adressent leurs patientes aux urgences. On pourrait aussi réaliser cette étude en zone rurale où dans une zone où la densité du réseau de soins n'est pas aussi importante qu'en Ile-de France.

## Annexes

### GUIDE D'ENTRETIEN

Thème général: Dans le cadre d'une thèse « Quels sont les freins des médecins généralistes à la prise en charge en ambulatoire des pyélonéphrites aiguës simples. »

Objectif : Améliorer la pratique par une meilleure compréhension des médecins eux-mêmes.

Pourquoi cet interviewé : Echantillon dans la liste de l'ordre des médecins pour obtenir un échantillon de médecin aussi différents que possible. Ainsi lors de la prise de rendez-vous on informera le médecin généraliste qu'il s'agit d'un travail de thèse qui s'intéresse à la prise en charge en ambulatoire de maladies infectieuses.

*Volontairement, on ne prononce pas initialement le terme « recommandation » pour établir plus facilement un climat de confiance sans induire des mécanismes de défense de la part de l'enquêté.*

Dans ce travail on s'intéresse à l'expertise du praticien, à sa pratique quotidienne, ses expériences.

Enquêteur :

Sabrina MEASSO SANANES étudiante en dernier cycle des études médicales en DES de médecine générale.

« L'entretien sera enregistré si vous acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Il restera complètement anonyme. Je ne vous appellerai pas par votre nom tout au long de notre interview. »

On pourra réaliser des relances lorsque certains mots clés seront énoncés:

- Avis du patient
- Relation médecin /malade
- Incertitude
- Rationnel
- Recommandations, référentiels, conférence de consensus

- Laboratoire, industries pharmaceutiques
- Formation, source d'information
- Expérience personnelle
- Preuve
- Financiers, rémunération
- Implication du médecin généraliste

Nous vous proposons d'aborder d'abord une question d'ordre générale qui me permettra de mieux vous connaître :

- a) Depuis quand êtes-vous installé ?
- b) Organisation de votre temps : consultation sur rendez-vous ou libre ?
- c) Pourriez-vous me décrire votre patientèle ? Auriez-vous un SNIR ?
- d) Durée moyenne d'une consultation ?
- e) Nombre moyen consultation par jour ?
- f) Faites-vous des visites à domicile de façon régulière sur rendez-vous ? en urgence ?
- g) Voyez-vous souvent des patients pour des problèmes infectieux aigus ?

J'aimerais que vous me parliez de la prise en charge de la dernière pyélonéphrite aigüe simple, que vous avez diagnostiqué ?

- a) Quels ont été vos arguments pour déterminer le diagnostic positif ? pour éliminer les diagnostics différentiels ?
- b) Avez-vous mesuré la température du patient ? si non, avez-vous de quoi mesurer la température ?
- c) Avez-vous réalisé une BU dans votre cabinet ? si non, pourquoi ? pas de BU ? pas de toilettes ? temps de consultation trop court ?
- d) Avez-vous fait réaliser un ECBU en ville ? Avez-vous pu récupérer l'examen direct ? le laboratoire vous transmet-il les résultats par téléphone ? fax ? dans quels délais ?
- e) Antibiothérapie quel choix antibiotique ? quelle durée d'antibiothérapie ? Modifiez-vous l'antibiothérapie après avoir reçu l'antibiogramme ? avant ?
- f) Quels sont les critères qui vous obligeraient à décider d'une hospitalisation ? Quels sont les arguments qui auraient pu vous décider à prendre en charge en ambulatoire (organisationnel, clinique, ou social) ?

Quelles sont les difficultés que vous y rencontrez et pourquoi ?

- a) Diagnostic ? absence BU ? pas de direct par le labo ?
- b) Echo abdo : pas en urgence ? médecin spécialisé ?
- c) Sur l'antibiothérapie par C3G, avez-vous un accord avec des IDE pour administration IV ou IM du médicament ? la réalisez-vous en cabinet ?
- d) Dans quels délais revoyez-vous votre patiente ? en consultation ? par téléphone ?
- e) Quelles consignes donnez-vous à votre patiente ?

Quelles situations influenceraient votre prescription ?

Si oui, de quelle manière et pourquoi ?

A votre avis, pour quelles raisons certaines pyélonéphrites aiguës simples sont adressées aux urgences ?

Les modes d'information et de formation

- a) Quelle est votre formation initiale ?
- b) Quelles sont vos sources d'information médicale ou de Formation Médicale Continue ?
- c) Sur quels critères sélectionnez-vous l'information ?
- d) Pensez-vous que ces informations influencent votre pratique quotidienne auprès de vos patients ? Si oui, de quelle manière ? Si non, quelles sont les difficultés pour appliquer les recommandations ?

Je vous propose une manière un peu ludique d'aborder la question à travers quelques exemples concrets :

Melle F. 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance

1) Vous réalisez une bandelette urinaire au cabinet ?

Oui  non

Si non, pourquoi ?

2) Vous faites réaliser un bilan biologique et un ECBU en ville ?

Oui  non

Si oui, avez-vous un accord avec un laboratoire proche du cabinet médical pour avoir la biologie et l'examen direct de l'ECBU dans la journée ?

Oui  non

Si non, pourquoi adressez-vous la patiente au SAU ?

Le laboratoire proche du cabinet ne donne pas les résultats dans la journée

Votre pratique ne permet pas de revoir rapidement la patiente ?

Autre .....

3) Vous faites réaliser l'échographie rénale en ville ?

Oui  non

Si oui, avez-vous un accord avec un radiologue pour réaliser l'examen dans les 24-48heures ?

Oui  non

Si non, pourquoi ?

Le laboratoire de radiologie proche du cabinet n'a pas de disponibilité dans les 24-48h

Votre pratique ne permet pas de revoir rapidement la patiente ?

Autre.....

4) Pour le traitement :

Vous le réalisez dès que la positivité de la bandelette urinaire ?

Vous le faites débiter après le résultat de l'examen direct de l'ECBU ?

Vous adressez la patiente au SAU

5) Choix du traitement antibiotique probabiliste

Une fluoroquinolone systémique par voie orale

Une céphalosporine de 3e génération (C3G) injectable

Le Cotrimoxazole

L'Amoxicilline®

6) Si vous choisissez les C3G, avez-vous un accord avec un cabinet paramédical pour faire les injections

Oui  non

7) Revoyez-vous systématiquement la patiente à 48h avec les résultats de l'antibiogramme et de l'échographie ?

Oui  non

Melle F. 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 10/6 FC 120/min.

- A) Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?
- B) Si oui, instaurez –vous un traitement antibiotique d'emblée ?
- C) Si oui, quel antibiotique choisirez-vous ?

Melle F. 30 ans, aux antécédents de cystites à répétition, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance.

- A) Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?
- B) Si oui, instaurez –vous un traitement antibiotique d'emblée ?
- C) Si oui, quel antibiotique choisirez-vous

Melle F. 70 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance.

- A) Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?
- B) Si oui, instaurez –vous un traitement antibiotique d'emblée ?
- C) Si oui, quel antibiotique choisirez-vous ?

## ENTRETIEN 1

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : Bonjour, merci de me recevoir. Je m'intéresse pour mon travail de thèse aux freins à la prise en charge en ambulatoire des pyélonéphrites aiguës simples.*

**M : Je ne les envoie pas aux urgences, moi**

*S : Pourquoi ?*

**M :** D'abord parce que le diagnostic de pyélonéphrite aiguë n'est pas difficile, à mon avis. Quand vous avez quelqu'un qui vous dit « J'ai 40°C de fièvre, j'ai des frissons, j'ai un peu mal dans le dos sans plus et j'ai une infection urinaire » ou si vous posez la question de signes fonctionnels urinaires il vous dit que oui et ben il y a toutes les chances pour que ce soit une pyélonéphrite. Donc je les envoie faire un ECBU, après l'ECBU sans attendre les résultats je leur donne un traitement et en fait, à part initier le traitement il n'y a pas grand-chose d'autre à faire. A part, rechercher le problème étiologique mais ce n'est pas le moment en urgence à mon avis.

*S : D'accord donc vous traitez dès que l'ECBU est fait, vous n'attendez pas le direct ?*

**M :** Je leur fais faire l'ECBU, je n'attends pas les résultats mais je leur dis de prendre les médicaments juste après.

*S : Avez-vous la possibilité avec votre laboratoire d'avoir le direct ?*

**M :** Oui, j'ai la possibilité de les avoir, mais quand je fais ça c'est que je n'ai pas beaucoup de doute, je ne trouve pas que ce soit un diagnostic extrêmement difficile donc je ne le récupère pas.

*S : Dans quel délai revoyez-vous les patients ?*

**M :** Pour une pyélonéphrite toujours ?

*S : Aiguë simple, oui.*

**M :** Et ben s'ils ont fait l'ECBU, je les ai au moins au téléphone ou ils reviennent en consultation avec le résultat au bout de 3-4 jours, ça dépend si ça a été fait juste avant le week-end ou pas. Et je vérifie qu'ils soient apyrétiques au bout de 3-4 jours quand même.

*S : Vous arrivez à les revoir systématiquement ?*

**M :** A les revoir, les rappeler ou plutôt je leur demande de me rappeler avec les résultats. En général, comme je suis là depuis longtemps, ils m'écoutent donc ça va.

*S : Et l'antibiogramme ?*



M : Après je contrôle, si ça correspond mais en général ça correspond, sinon si c'est une vraie pyélonéphrite et que ça ne correspond pas, je vais les avoir au téléphone à 3-4 jours me disant que ça ne va pas, qu'ils ont toujours de la fièvre.

*S : Et en ce qui concerne l'imagerie ?*

M : Ça c'est plutôt pour après pour connaître la cause de leur pyélonéphrite. Alors, après je leur fais faire soit une échographie rénale, soit une urographie dans certains cas.

*S : Et vous les avez dans des délais raisonnables ?*

M : Oui, ça va, ici on a quand même de la chance on a beaucoup d'hôpitaux, on a l'hôpital américain, l'hôpital de Neuilly, on n'est pas loin de l'hôpital Foch, on a des urologues dans le coin aussi donc en général ça ne pose pas de problème.

*S : Là, j'ai vu que vous ne consultiez que sur rendez-vous,*

M : Oui, mais s'il y a une urgence je la prends sans rendez-vous. En théorie, je travaille sur rendez-vous.

*S : Des visites à domicile ?*

M : Si, j'en fais un peu le matin mais j'en fais de moins en moins, car les gens sont moins demandeurs. Quand je me suis installé, ça fait un bout de temps maintenant, il m'arrivait d'en faire une dizaine dans la matinée maintenant j'en fais entre 4 et 6 et je suis très content comme ça. J'ai mis les consultations entre 9 et 10 alors qu'avant je n'avais pas de consultations le matin.

*S : Et en urgence, vous vous déplacerez ?*

M : Ça va dépendre, si c'est un après-midi calme comme aujourd'hui oui, si c'est bondé je ne peux pas mais on s'entend tous très bien donc soit je donne les coordonnées d'un de mes anciens remplaçant qui vient de s'installer soit on appelle SOS 92.

*S : Sur l'antibiotique, vous mettez quoi en première intention ?*

M : Ça dépend des antécédents du patient, si c'est pas la première pyélonéphrite qu'il a eu ou s'il a juste eu quelques infections urinaires sans gravité, ou s'il ne s'est pas aperçu de l'infection urinaire et que ça traîne depuis quelques jours et que du coup il fait la pyélonéphrite, ça va être plutôt Augmentin® ou Orelox®.

*S : Une C3G ?*

M : Une C3G, si ça m'arrive, sinon Ciflox® ou comme ça en général ça fonctionne. Il n'y a que les patients qui ont des problèmes de récurrence avec qui on est coincé et obligé d'attendre l'antibiogramme.

*S : Quels sont les patients que vous enverriez aux urgences, ou qu'est ce qui motiverait...*

M : Bah si je pense qu'il y a un calcul avec et que ce ne sont pas les antibiotiques ni même les anti-inflammatoires qui vont résoudre son problème. En fait du calcul, il s'agit plutôt de la douleur, de l'importance de la douleur que la pyélonéphrite simple avec 40 de fièvre et des frissons.

*S : Le terrain modifie-t-il la prise en charge ?*

M : Non, vraiment c'est le calcul, à moins vraiment que la patiente jeune soit dans un état inquiétant, c'est à dire plus de 40 de fièvre ou si je me pose la question est-ce que c'est vraiment une pyélonéphrite. Dans ces cas-là soit je peux avoir un bilan rapidement sans être obligé de passer par les urgences soit elle n'est vraiment pas bien et là je l'adresse aux urgences, mais ce n'est pas très fréquent.

*S : Et dans ce cas pour le bilan, vous pouvez l'avoir rapidement ?*

M : Oui, comme je vous le disais, je suis là depuis longtemps, il suffit que je passe un coup de fil quelque part et puis le bilan, les laboratoires sont assez ouverts aux urgences. On les appelle en général ils peuvent prendre le patient tout de suite, ici on n'est pas dans un milieu défavorisé. Je ne parle pas que financièrement mais aussi sur le plan des possibilités médicales.

*S : Qu'est-ce qui selon vous, pourrait faire qu'un médecin généraliste lambda adresse ses patientes avec une pyélonéphrite aigue simple aux urgences ?*

M : En dehors de l'incertitude diagnostic, je ne vois pas,

- C'est vrai que ça peut être impressionnant surtout quand on est jeune médecin, on a tous été jeune médecin. Et quand on est jeune médecin et qu'on voit quelqu'un avec 40 de fièvre et des frissons on n'a pas la même certitude que moi maintenant, à la fois sur le diagnostic de pyélonéphrite que sur la gravité. On peut penser que ça peut être une septicémie, ça peut être tout ce qu'on veut.
- Si on a un contexte aussi, si c'est quelqu'un qui a des antécédents chirurgicaux lourds ou des antécédents médicaux chargés. Là, effectivement, il faut peut-être l'envoyer directement aux urgences.

Mais il faut dire que la pyélonéphrite arrive souvent chez une femme jeune avec peu ou pas d'antécédents et qui tout d'un coup a 40 de fièvre, de ce fait il y a quand même beaucoup de chance pour que ce soit ça.

*S : Puis-je avoir quelques renseignements sur votre patientèle ?*

M : A Neuilly, il y a beaucoup de gens âgés, je vais dire sur le total je vais avoir 60-70% de gens âgés, ensuite j'ai des enfants aussi sur les 30% j'ai surtout des familles avec des enfants en bas âges. Mais j'ai 60-70% de gens âgés. Neuilly est peuplé d'une part de personnes âgées à la

retraite et d'autres part de jeunes cadres dynamique avec leur famille, c'est une ville en pleine expansion

*S : La durée moyenne d'une consultation ?*

M : Quand je suis complètement débordé c'est un quart d'heure je descends jamais en dessous parce que, sauf si je ne peux pas faire autrement et qu'il y a une épidémie de grippe et que ... Moi je prends des rendez-vous d'un quart d'heure 20 minutes grosso modo.

*S : Et vous avez des journées chargées ?*

M : Oui, je commence à 9h, je ne suis pas très matinal, je fais en général 9h-20h en prenant une pause d'1h pour le déjeuner car comme vous le voyez j'ai deux chiens et donc il faut que je les sorte et en même temps ça me fait prendre l'air, ça me détend

*S : Et de ce fait les urgences vous arrivez facilement à les caser ?*

M : Il y a très peu de vraies urgences en médecine générale, des vraies, ça fait trente ans que je suis installé j'ai dû voir un OAP de temps en temps, un infarctus de temps en temps mais c'est excessivement marginal. De plus, je continue à prendre des gardes de week-end, il n'y a pratiquement plus de vraies urgences, je ne dis pas jamais car ça existe, mais c'est vraiment très très marginal. Donc le reste ça peut s'organiser.

*S : Vous m'avez dit que vous faisiez directement un ECBU, pas de BU en cabinet?*

M : Non.

*S : Pourquoi ?*

M : Manque d'habitude certainement, et j'ai pas de bandelettes.

*S : Si vous en aviez est ce que vous traiteriez plus facilement, est-ce-que ça vous aiderait dans votre diagnostic ?*

M : Pas forcément, ça me permettrait peut-être dans les très rare cas où c'est douteux de contrôler quand même que c'est bien ça mais j'ai rarement des doutes, c'est un diagnostic qui ne me pose pas trop de problème.

*S : Donc ça ne changerait pas votre pratique ?*

M : Non.

*S : Et donc vous m'avez dit que l'orientation aux urgences si doute diagnostic ou gravité de terrain ?*

M : De terrain et de présentation clinique.

*S : Dans quel délai faites-vous l'imagerie ? En faites-vous en urgences ?*

M : Oui, ça peut arriver si j'ai un doute sur un calcul ou s'il y a autre chose que la fièvre et les frissons par exemple, si le patient n'est vraiment pas bien, je peux appeler l'échographiste à côté et ça ne pose pas trop de problème mais ce n'est pas très fréquent.

*S : Pas de traitement IV ou IM ?*

M : Ca a dû m'arriver mais ça fait longtemps.

*S : Pour ces traitements IV ou IM, comment vous organisez-vous ? Il y a des IDE dans le coin, vous le faites vous-même ?*

M : C'est pour ça que je vous disais que ça m'arrivait dans le temps, car c'était plus facile de trouver une IDE, en plus les hôpitaux avaient plus l'habitude de faire des perfusions, des intraveineuses. J'ai même fait des ponctions pleurales à domicile, j'avais fait un stage en cancéro mais ça remonte à très longtemps. Maintenant je ne le fais plus pour plusieurs raisons, la première, est que je n'ai plus le temps, la deuxième c'est que les problèmes médicaux légers deviennent beaucoup plus lourds qu'avant et on a plus de mal à installer une perfusion en urgence, c'est faisable mais compliqué.

*S : Imaginons que vous venez de prendre en charge une pyélonéphrite aigüe simple, que dites-vous à la patiente, quels conseils ?*

M : En général je fais faire un ECBU de contrôle à une quinzaine de jours, 3-4 jours après la fin des antibiotiques, ensuite si elle est sujette aux infections urinaires je vais lui dire de faire attention, qu'au moindre symptôme de boire beaucoup d'eau et les autres conseils que l'on donne aux gens qui ont des infections urinaires et puis après c'est recherche d'une cause éventuelle, une étiologie si on a un doute sur quelque chose.

*S : A la phase aigüe quels sont vos conseils ?*

M : Si ça ne va pas, si c'est aux heures ouvrables de me rappeler sinon d'aller aux urgences. Dans ce cas-là, je ne pense pas que ça serve d'appeler SOS 92 ou SOS médecin si c'est pour finir aux urgences autant y aller directement.

*S : Autre chose à ajouter ?*

M : Non, c'est tout ce que vous vouliez savoir ?

*S : Oui*

M : Pourquoi vous êtes-vous intéressée aux pyélonéphrites ?

*S : Parce que c'est un motif de consultation fréquent aux urgences, qu'une partie nous est adressée par les médecins généralistes et que dans le cadre des pyélonéphrites aiguës simples en urgences on ne fait pas beaucoup plus qu'en ville et du coup les patients sont parfois mécontents.*

M : C'est vrai qu'ici on n'a pas trop à se plaindre, pour l'organisation c'est facile et avec un peu d'expérience c'est plus facile.

## ENTRETIEN 2

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : « Bonjour je m'appelle Sabrina Measso, je fais un travail de thèse sur les freins à la prise en charge en ville des pyélonéphrites aiguës simples.*

**M : Donc ce qui fait que les médecins généralistes les adressent aux urgences.**

*S : Exactement. On va commencer l'entretien par des questions sur votre pratique quotidienne pour avoir des données démographiques.*

**M : D'accord.**

*S : Vous êtes installé depuis longtemps ?*

**M : Oui, depuis 1985.**

*S : 1985. Les consultations se sont plutôt des rendez-vous ou des consultations libres ?*

**M : Les 2.**

*S : Est-ce que vous faites des visites à domicile ?*

**M : Oui.**

*S : En urgence ?*

**M : Le matin, oui quand je suis disponible, donc quand je ne suis pas ici et l'après-midi non.**

*S : Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?*

**M : 20 minutes à peu près.**

*S : Voyez-vous beaucoup de patients pour des problèmes d'infection aiguë ?*

**M : Infection aiguë ? Tous types ? Comme les angines ?**

*S : Oui*

**M : Dans ce cas, oui, pas mal quand même.**

*S : Votre patientèle est-elle composée en majorité d'enfants ? D'adultes ? De personnes âgées ?*

**M : Je vois assez peu d'enfant, beaucoup d'adultes et surtout des personnes âgées.**

*S : Auriez-vous un SNIR pour connaître cette répartition ?*

**M : Je ne sais pas où le retrouver.**

*S : On va maintenant s'intéresser à la dernière pyélonéphrite aiguë simple que vous avez prise en charge. Vous l'avez prise en charge en ville ? Vous l'avez adressée aux urgences ?*

**M : Non, je l'ai prise en charge en ville.**

*S : Comment avez-vous fait le diagnostic ?*

**M : Ben, fièvre, infection urinaire confirmée par la bandelette urinaire.**

*S : Vous faites la bandelette urinaire au cabinet ?*

M : Oui, oui, ça m'arrive.

*S : Après, vous avez commencé les antibiotiques de suite ? Vous avez attendu l'ECBU ?*

M : Oui, car j'étais à Bellan il y avait un labo à côté qui a permis de prélever les urines.

*S : Et dans votre cabinet, vous avez un laboratoire proche qui prend rapidement les patients ?*

M : Oui.

*S : Et il vous donne le direct ?*

M : Oui, si je le demande.

*S : Si vous le demandez ?*

M : Oui, si je fais la demande sur l'ordonnance ou par téléphone, j'ai le direct. En vrai c'est surtout si j'appelle, il faut un peu s'en occuper mais j'arrive à l'avoir.

*S : Du coup, vous demandez systématiquement le direct ou vous attendez le résultat définitif ?*

M : Non, ça m'arrive de le demander, si j'ai un doute diagnostic.

*S : Donc vous ne le demandez qu'en cas de doute diagnostic ?*

M : Oui, ou si je n'ai pas fait la bandelette pour une raison X, je demande le direct.

*S : Vous avez parlé de la température tout à l'heure, c'est vous qui la prenez ou c'est le patient qui vous le dit ?*

M : Non, je la mesure, j'ai des languettes qu'on met sous la langue. J'y crois moyennement mais on a quand même l'habitude de voir des gens qui ont de la fièvre.

*S : Sur le choix de l'antibiotique, sur lequel s'est porté votre choix ?*

M : Oflocet<sup>®</sup>.

*S : Pas de C3G ?*

M : Non, pas de raison, j'ai pris l'habitude car l'Oflocet<sup>®</sup> ça marche tellement bien, tellement souvent et c'est facile.

*S : Et après avoir récupéré l'antibiogramme ?*

M : Oui, ça peut m'arriver de changer d'avis mais c'est rare. L'Oflocet<sup>®</sup> est un médicament extraordinaire avec peu d'échec.

*S : Quand débutez-vous l'antibiotique ?*

M : Juste après les prélèvements.

*S : La prise de sang, vous avez les résultats rapidement ?*

M : Pour la dernière, je n'avais pas fait de prise de sang.

*S : Vous ne la faites pas systématiquement ?*

M : Non, là je n'ai fait qu'un prélèvement urinaire.

*S : Et pour l'imagerie ?*

M : Pour l'imagerie..., je leur dis de faire une écho. On parle de la dernière ?

*S : Oui ou de celle qui vous a posé problème.*

M : Bah, si c'est un premier épisode je leur dis de faire l'écho rapidement.

*S : Et pour cela, vous avez un contact avec un radiologue pour qu'ils les aient rapidement ?*

M : Non, sauf s'il y a des critères d'urgence, que le patient n'est pas bien du tout, qu'il a des antécédents de coliques néphrétiques ou de choses comme ça, je ne leur fais pas dans l'urgence je leur dis «on soigne d'abord et on fait l'écho après pour être sûr qu'il n'y ait pas de problème».

*S : Quels seraient les critères qui feraient que vous adresseriez un patient aux urgences dans le cadre d'une pyélonéphrite aigue simple ?*

M : C'est surtout l'état général, par exemple si je remonte un peu, une patiente qui avait 40°C des frissons, on aurait dit un paludisme voilà.

*S : C'est sur le doute diagnostic ?*

M : Non, là je parle du palu pour vous décrire l'état de la patiente. Elle avait des frissons impressionnants, elle avait un état général altéré, elle était pas bien du tout, cliniquement je ne voyais pas d'autre solution que de la mettre aux urgences.

*S : Vous revoyez systématiquement les patientes ayant eu une pyélonéphrite ?*

M : Oui, je leur dis de revenir avec un ECBU après traitement. Pour contrôler que tout va bien donc oui je les revois systématiquement.

*S : Donc vous les revoyez une semaine après ?*

M : Oui.

*S : Pour l'adaptation à l'antibiogramme vous ne les revoyez pas ?*

M : Non, pour cela ça se fait pas téléphone. Mais je leur demande systématiquement un ECBU de contrôle après traitement.

*S : D'accord, donc vous ne les revoyez ni ne les recontactez pas systématiquement dans les 48-72H ?*

M : Non, je leur dis de m'appeler si ça ne vas pas. Mais je ne les revois pas systématiquement c'est pas utile.

*S : Quelles sont alors les consignes que vous leur donnez ?*

M : Il faut qu'il n'y ait plus de fièvre dans les 48h, c'est surtout ça. Je me base essentiellement sur la fièvre qui est un bon critère dans la pyélonéphrite quand ils n'ont plus de fièvre, ils vont mieux.

*S : Leur donnez-vous des conseils comme d'appeler le 15 ou d'aller aux urgences.*

M : Oui, si c'est le week-end ou le soir en semaine je leur dis de me rappeler si ça ne va pas trop.

### Le cas clinique

*S : Femme 30 ans pas d'ATCD, douleurs abdo....Vous faites la BU systématiquement ?*

M : Non, pas forcément ce n'est pas toujours techniquement facile. Si le labo est ouvert, je fais directement l'ECBU sinon si c'est le samedi après-midi ou le soir je fais la BU. Parce que ça paraît tout bête mais le prélèvement est pas toujours évident à faire, parfois elles n'arrivent pas bien donc quand le labo est ouvert elles y vont directement.

*S : La prise de sang vous la faite de façon systématique ?*

M : Non.

*S : Quels sont les critères qui vous font prescrire une prise de sang ?*

M : L'importance de la fièvre.

*S : L'ECBU vous avez le direct dans la journée ?*

M : Oui.

*S : L'échographie vous la faite faire en ville ?*

M : Oui

*S : Dans quel délai ?*

M : Ca dépend, je fais une distinction s'il y a une suspicion de calcul, une pyélonéphrite avec un calcul non en fait je l'envoie aux urgences.

*S : Donc s'il y a des critères de gravité ?*

M : S'il y a des critères de gravité en particulier un doute sur des calculs rénaux j'envoie aux urgences. Sinon dans la pyélonéphrite aigue simple sans calcul, sans colique néphrétique je le fais la semaine d'après mais jamais dans l'urgence.

*S : Vous m'avez dit que vous n'utilisiez pas les C3G ?*

M : Les C3G ? La Rocéphine®?

*S : Oui.*

M : Si, ça m'arrive d'utiliser la Rocéphine®.

*S : Dans ces cas- là, vous l'utilisez comment, en IM ? En IV ?*

M : En IM.

*S : C'est vous qui l'administrez ?*

M : Oui, j'en ai dans ma sacoche.

*S : Donc plutôt à domicile une première dose.*



M : Non, ça peut être en cabinet aussi, oui j'utilise la Rocéphine® pour quelqu'un qui a peut-être du mal à avaler, les personnes âgées je sais pas.

*S : Quels sont les critères qui vous ferez orienter votre patient aux urgences ?*

M : L'âge, l'état général, les antécédents urologiques notamment les calculs. La personne âgée surtout. J'ai vu il y a 15 jours une femme âgée, elle ne s'alimentait plus, ne buvait plus, se déshydratait là, la question ne se posait pas. Donc oui, l'âge, l'état général, l'intensité de la fièvre, les frissons : son état général quoi.

*S : Quelles sont vos sources de FMC ?*

M : On fait des réunions par des associations, sinon la presse mais de moins en moins car on reçoit de moins en moins de chose. Il y a encore 10 ans on recevait plein de chose mais là je reçois plus rien par la poste. C'est une bonne question comment je me forme ? Il y a aussi des week-ends de formation, ça fait longtemps que j'en ai pas fait mais j'en ai fait en urologie d'ailleurs ; il y a quelques années la dessus.

*S : Et à votre avis qu'est qui ferait qu'un médecin généraliste adresse une pyélonéphrite aigue simple aux urgences ? Un médecin tout venant, pas forcément vous.*

M : Quelque part c'est la facilité, si on ne l'envoie pas, il va falloir surveiller, revoir, il peut y avoir des soucis. On peut imaginer que celui qui est débordé, il se dit que ce n'est plus à lui de faire le suivi, ça peut être un critère. Puis vraiment c'est l'état général, car il y a pyélonéphrite et pyélonéphrite ; par exemple, celle que j'ai vu dimanche elle avait une pyélonéphrite mais elle était comme vous et moi on discutait on aurait pu être au bistrot c'était pareil. Elle avait 38,5°C et une infection urinaire mais elle faisait vraiment pas pitié. Et à l'autre extrémité celle d'il y a 15 jours qui était très altérée, déshydratée et elle vomissait et frissonnait. Non, ça reste des critères cliniques basiques : fièvre, état général, tension, déshydratation.

*S : Vous parliez de facilité, pour vous, dans votre organisation c'est facile de revoir vos patients ?*

M : Bah non, c'est pas toujours facile, la facilité c'est vraiment de l'envoyer aux urgences. Parce qu'après il faut la revoir, elle risque de rappeler aux heures ou ce n'est pas facile de la voir surtout si on est surbooké ou le soir. C'est pas tous les jours, aujourd'hui par exemple ça pourrait se faire mais si vous êtes plein et que vous avez déjà 2 heures de retard dans votre journée vous vous dites si elle part aux urgences c'est plus moi qui vais m'en occuper. Même si c'est inconscient mais on se débarrasse entre guillemets du patient parfois parce qu'on n'en peut plus, on n'arrive plus. Voilà, ce sont des choses qui arrive psychologiquement vous êtes, vous avez l'impression que vous ne pouvez plus soigner tout le monde, bah voilà, vous vous

dites au cas où c'est grave, elle va être à l'hôpital, elle va être surveillée, elle aura une perf et le bilan.

*S : La proximité des hôpitaux modifie-t-elle les pratiques ?*

M : Oui, sûrement, mais c'est vrai qu'à Paris on n'a pas trop ce problème. Mais à l'inverse le frein pour les adresser aux urgences c'est que le délai de prise en charge est long, ils le disent bien. C'est bien pour nous mais pour le patient...En général ils sont bien soignés, une fois qu'ils sont pris en charge mais les délais sont tels que des fois pour eux c'est un peu difficile mais bon ils sont bien pris en charge et à la fin ils disent qu'ils ont bien fait d'y aller.

*S : Des choses à rajouter, auxquelles je n'aurais pas pensé et qui vous viendraient à l'esprit ?*

M : Non, c'est vrai qu'il s'agit d'un diagnostic où il existe de nombreuses formes cliniques quand même on peut difficilement généraliser. Je ne peux pas dire que je vais garder toutes mes pyélonéphrites à la maison ce n'est pas vrai parce que ça se passerait pas toujours bien. Mais c'est vrai que moi je ne me base que sur l'état clinique je n'ai pas d'autres critères. Il y en a d'autre ?

*S : Je sais pas, je n'ai pas le droit de vous orienter !!!*

M : La population aussi peut être, je connais mes patients depuis longtemps ce qui fait qu'il y a une relation de confiance réciproque. Mais je ne vois rien d'autre

*S : Merci beaucoup*

### ENTRETIEN 3

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : « Bonjour, merci de me recevoir, pour mon travail de thèse je m'intéresse aux freins des médecins généralistes à la prise en charge des pyélonéphrites aiguës simples en ville.*

**M : Tout âge confondu ?**

*S : Non, la pyélonéphrite aiguë simple ne concerne que la femme jeune.*

**M : Mais il y en a chez l'enfant non ?**

*S : Oui, mais ce n'est pas les mêmes recommandations. Vous ne voyez que des enfants ?*

**M : Non, mais j'en vois.**

*S : Depuis quand êtes-vous installé ?*

**M : Depuis 2006.**

*S : Votre patientèle est composée majoritairement d'enfants, d'adultes, de personnes âgées ?*

**M : tout confondu.**

*S : Serait-il possible d'avoir un SNIR ?*

**M : Non, pas du tout, c'est pourquoi ?**

*S : Juste pour avoir les proportions dans chaque catégorie.*

**M : Mais je ne vous le donne pas.**

*S : Non, juste les proportions*

**M : J'ai 22% d'enfant et environ 50% d'actif et le reste des personnes âgées.**

*S : Comment s'organisent vos consultations ? Plutôt sur rendez-vous ?*

**M : Oui.**

*S : Avez-vous un temps pour les consultations libres ? Les urgences ?*

**M : Oui uniquement le samedi matin.**

*S : Vous faites des visites à domicile ?*

**M : Oui.**

*S : En urgences ?*

**M : Ça m'arrive.**

*S : Voyez-vous beaucoup de pathologies infectieuses aiguës ?*

**M : Oui, comme je vois beaucoup d'enfants.**

*S : Pour la dernière pyélonéphrite aiguë simple que vous avez prise en charge, ou celles qui vous reviennent en mémoire, comment aviez-vous fait le diagnostic ?*

**M : Sur les signes cliniques, mon examen clinique.**

*S: Qui sont ?*

M: Fièvre, douleurs abdo, brûlures mictionnelles.

*S: Une bandelette urinaire ?*

M: Oui, quand je peux.

*S: C'est-à-dire ? Vous en faites régulièrement ?*

M : Oui, j'ai des bandelettes au cabinet et des toilettes, ça dépend si elles y arrivent.

*S Faites-vous systématiquement un ECBU en urgence ?*

M : Oui, pour une cystite pas forcément mais pour une pyélonéphrite oui.

*S : Avez-vous le résultat de l'examen direct ? Dans la journée ?*

M : Oui, enfin, si on le demande. Il faut les appeler, ils ne le donnent pas spontanément mais si on les appelle on l'a.

*S : Pour l'antibiotique comment vous organisez-vous ?*

M : Je le démarre après l'ECBU en probabiliste puis j'adapte à l'antibiogramme.

*S : Quelles molécules utilisez-vous en traitement probabiliste ?*

M : Augmentin<sup>®</sup> ou Ciflox<sup>®</sup>.

*S : Pas de C3G ?*

M : Très peu pour la pyélonéphrite, pour la cystite plus.

*S : Pour l'imagerie, comment vous organisez-vous ?*

M : Je la fais en semi urgence, la priorité étant le traitement antibiotique et l'ECBU et pour l'échographie, en général, je revoie entre deux ou rappelle les patients pour voir comment ils vont.

*S : Et c'est dans quel délai ?*

M : Je les rappelle dans les 48H, ou je leur demande de me rappeler avant si ça ne va pas et aussi que s'ils frissonnent ou si ça ne va pas sur le plan de l'état général qu'ils aillent directement aux urgences.

*S : Pour l'échographie, avez-vous un contact avec un labo pour les faire rapidement ?*

M : En bas de Suresnes, au Val d'or.

*S : Et avec eux vous avez les rendez-vous rapidement ?*

M : Oui dans les jours qui suivent, et si le contexte est particulier je prends moi-même le rendez-vous.

*S : Pour vous, qu'est-ce qui ferait que vous adresseriez un patient aux urgences ?*

M : L'état général, ou un contexte très défavorisé, ou les patients qui ont des comorbidités (diabète, immunodépression).

*S : Donc, pour vous, l'organisation de la prise en charge en ville pour vous est facile ?*

M : Non, rien n'est jamais facile, mais on s'arrange pour que ça ne soit pas trop compliqué sinon c'est les urgences.

*S : Vous n'utilisez pas de C3G ?*

M : Non, par manque d'habitude.

*S : Selon vous qu'est-ce qui ferait qu'un médecin généraliste adresse une pyélonéphrite aigue simple aux urgences ?*

M : Je sais pas, chacun fait comme il peut. En même temps une pyélonéphrite aigue simple, simple n'a pas besoin d'aller à l'hôpital dans un premier temps, après on se réadapte si ça se complique. Mais une pyélonéphrite aigue simple comme on l'entend il n'y a pas besoin.

*S : Sauf qu'il arrive qu'on en voit aux urgences adressée par leur médecin traitant...*

M : oui mais il y a les simples simples et les simples un peu compliquées. Mais dans les pyélonéphrites aigues simples il y a peu de critères d'hospitalisation.

*S : Pour votre formation continue vous vous basez sur quoi ?*

M : Les revues médicales, un petit peu internet et DPC.

*S : Avez-vous des choses à ajouter sur les difficultés que vous rencontrez à prendre en charge une pyélonéphrite aigues simples en ville ?*

M : C'est vrai que si tout s'enchaîne bien et qu'on arrive à tout organiser comme on le souhaite et que les patients adhèrent parce que c'est pas toujours le cas non plus dans ce cas-là c'est très simple. Après, si les délais pour les examens complémentaires s'allongent, si c'est un vendredi soir à 19h et qu'on aura pas l'ECBU ou qu'on sait que le patient ne va pas adhérer, ne va pas prendre correctement ses traitements notamment l'antibiotique, là, ça pourrait être un motif d'envoi aux urgences. Mais en vrai s'il n'a pas la démarche d'aller à la pharmacie il n'aura pas plus la démarche d'aller aux urgences.

*S : Donc le fait de connaître votre patient influence votre prise en charge ?*

M : Oui c'est fondamental.

*S : Vous parliez du contexte social...*

M : Ca joue aussi, ainsi que les antécédents mais si c'est une pyélonéphrite aigue simple il n'a pas d'antécédents, il n'est pas diabétique, il n'est pas immunodéprimé c'est qu'il n'y a pas d'autre comorbidités. De ce fait à part ça je ne vois pas quelles indications à envoyer aux urgences.

*S : Et bien merci et bonne journée.*

#### **ENTRETIEN 4**

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : Alors, déjà merci de me recevoir. Mon travail de thèse repose en fait sur, je recherche des freins à la prise en charge des pyélonéphrites aiguës simples, à la prise en charge ambulatoire vue par les médecins généralistes. Qu'est-ce qui ferait qu'un médecin généraliste orienterait plutôt vers les urgences que la prise en charge en ville ?*

*Je voudrais commencer par des questions un peu, enfin pour vous situer un peu.*

*Depuis quand êtes-vous installé ?*

**M : 28 ans.**

*S : 28 ans d'accord, vous consultez, c'est sur des consultations ? sur rendez-vous ?*

**M : Sur rendez-vous uniquement.**

*S : Uniquement, pas de visites à domicile ?*

**M : Très peu.**

*S : Très peu, des urgences ?*

**M : Je ne fais plus partie de la garde des urgences depuis 20 ans.**

*S : D'accord, et par exemple si un de vos patients vous appelle en disant qu'il a 40 de fièvre est-ce que vous arrivez à le prendre, est-ce que vous faites...*

**M : Soit il peut venir, je le vois en urgence, au cabinet, soit il ne peut pas venir et je vais le voir, généralement à l'heure du déjeuner entre midi et deux, et le soir après mes consultations.**

*S : D'accord, très bien. Votre patientèle, plutôt des jeunes ou plutôt mélangée, des enfants ?*

**M : Pfff, un peu de tout, mais d'après mon SNIR, le gros de ma patientèle c'est entre 30 ans et 70 ans je dirais.**

*S : D'accord, je pourrais voir juste le relevé pour avoir un peu les échelles ou pas ? Non vous ne l'avez pas ?*

**M : J'ai pas.**

*S : Il n'y a pas de problème.*

**M : Excusez- moi je ne l'ai pas sorti.**

*S : Une durée moyenne de consultation ?*

M : Je prends 3 rendez-vous à l'heure.

*S : 3 rendez-vous à l'heure, d'accord. Est-ce que vous faites beaucoup d'infectieux aigu?*

M : Oui bien sûr, bah comme tout le monde, hein.

*S : Donc la dernière pyélonéphrite aiguë que vous avez alors ou traitée en ville ou envoyée aux urgences ? Le diagnostic vous l'avez fait sur quoi ?*

M : D'abord sur la clinique : fièvre, frissons, douleurs lombaires, urines troubles, et puis sur un ECBU ensuite et une écho ensuite.

*S : D'accord, pas de bandelettes urinaires au cabinet ?*

M : Non, je n'en fais pas, je n'en fais plus. J'en fais plus parce que j'ai eu trop de problèmes, ça ne marchait pas.

*S : D'accord, c'est-à-dire ?*

M : Trop compliqué à organiser et puis j'ai plein de laboratoires dans le coin, qui me prennent les patients sans rendez-vous et qui me font l'ECBU dans la demi-heure.

*S : Dans la demi-heure, et vous récupérez le direct ou pas ? Ils vous envoient un direct ?*

M : Tout de suite.

*S : Tout de suite.*

M : Oui par fax ou par téléphone.

*S : D'accord, ça c'est un accord que vous avez avec eux ?*

M : Oui, oui, enfin tout ce qui est un petit peu urgent, ils le savent donc ils me faxent le fax tout de suite.

*S : Pour la température, vous la prenez vous ? Vous faites confiance aux patients ?*

M : Je demande aux patients et une fois sur dix ils ne l'ont pas prise, mais j'ai un thermomètre auriculaire qui marche pas trop mal.

*S : D'accord, donc l'ECBU vous m'avez dit, vous faites un bilan biologique systématique ou pas forcément ?*

M : Ca dépend sur qui, si c'est une jeune femme, on va pas s'exciter à demander plein de choses, hein, un ECBU et une échographie, ça me semble suffisant. Si c'est quelqu'un de plus

âgé, il faut toujours se méfier qu'il n'y a pas autre chose en dessous et on fait autre chose après, un scanner éventuellement.

*S : L'échographie vous la faites en urgence ? Dans quels délais ?*

M : Urgence non, semi urgence je leur dis de faire l'échographie dans les jours qui viennent, il n'y a pas d'urgence, sauf si je pense qu'il y un abcès.

*S : Vous avez aussi comme avec le laboratoire un contact avec un radiologue qui vous les fait rapidement ?*

M : Oui, il y a deux radiologues dans le quartier, plus l'hôpital à côté où les gens ont des rendez-vous sous 48h.

*S : D'accord, très bien pour l'antibiothérapie, vous la commencez tout de suite avec l'ECBU ?*

M : Dès qu'ils ont fait l'ECBU, je commence l'antibiothérapie oui.

*S : D'accord, vous faites plutôt quoi ?*

M : Généralement, ça dépend, quinolone ou la Rocéphine<sup>®</sup>, ça dépend.

*S : D'accord, pour la Rocéphine<sup>®</sup> vous la faites IV, IM ?*

M : IM.

*S : IM, et c'est vous qui la faites ?*

M : Non, c'est l'infirmière mais comme c'est parfois difficile de trouver une infirmière je dis aux patients d'aller à la pharmacie acheter de la Rocéphine<sup>®</sup> et ils reviennent, je leur fais la 1<sup>ère</sup> piqure et après ce sera l'infirmière. Mais ça, ça dépend bien sûr s'ils viennent le matin ou le soir à 19h. Bon ça dépend, Paris c'est compliqué, trouver des infirmières c'est très difficile.

*S : D'accord, ça limiterait peut-être votre prise en charge en ville ou au moins l'antibiothérapie ?*

M : Bah depuis qu'il y a la Rocéphine<sup>®</sup>, j'hospitalise beaucoup moins les patients pour une pyélonéphrite.

*S : Mais si vous ne trouvez pas d'infirmière ?*

M : Oh, on trouve pas d'infirmières... on en trouve des infirmières, il y a SOS infirmières, il y a une garde médicale d'infirmières je donne 2-3 numéros de téléphone et les gens trouvent toujours une infirmière. Mais la 1<sup>ère</sup> c'est vrai qu'il m'arrive parfois de la faire.

*S : Dans quels délais vous revoyez vos patientes ?*



M : Je demande de les revoir après 48 heures.

*S : Après 48 heures.*

M : Pour être sûr.

*S : Vous les revoyez systématiquement ?*

M : Oui, je leur demande au moins un coup de téléphone s'ils sont loin mais sinon je les revois pour être sûr qu'ils sont apyrétiques, pas de douleurs, pas de masse.

*S : Et quelles consignes de surveillance vous leur donnez ?*

M : Surveiller la température et puis la douleur, et puis de me rappeler si jamais il y a un problème.

*S : Qu'est-ce qui vous ferez renvoyer une patiente aux urgences ?*

M : Une femme vous dites hein ?

*S : Une pyélonéphrite simple oui.*

M : Peut-être l'âge, une personne peut être âgée chez qui on suspecte autre chose, s'il y a beaucoup de température, s'il y a des signes de choc bien entendu, si on n'est pas certain de la compliance aux traitements, si c'est le souhait du patient, de la patiente, s'il y a des antécédents cardiaques, pulmonaires, récidive de pyélonéphrite, là effectivement on hospitalise.

*S : D'accord.*

M : Mais c'est assez rare quand même, assez rare.

*S : Ok, pour la formation médicale continue, quels sont vos supports ?*

M : Mes supports, c'est les EPU, c'est la presse médicale, c'est internet ou les congrès quand j'y vais, comme tout le monde quoi.

*S : Vous avez des étudiants, des internes qui viennent ?*

M : Non.

*S : D'accord, et dans l'ensemble, à votre avis, qu'est-ce qui pourrait influencer un médecin généraliste quel qu'il soit à envoyer une pyélonéphrite aux urgences ?*

M : Qu'est-ce qui pourrait influencer ?

*S : Oui, par exemple c'est un patient actif, si ça joue plus ou moins le fait que les conditions socio-économiques.*

M : S'il est actif, il lui faudra un arrêt de travail bien entendu, car il ne pourra pas bosser avec une pyélonéphrite même simple. Donc quelques jours d'arrêt de travail mais moi je ne suis pas très hôtepital en dehors de la grande urgence je trouve que ce n'est pas vraiment utile qu'ils aillent attendre 3,4 voire 5 heures aux urgences et qu'ils rentrent à 2h du matin parce qu'ils n'ont pas été vus. Je caricature à peine. Mais bon, il n'y a pas de raison de les hospitaliser non ? Au contraire, je cherche plutôt à ce qu'ils ne soient pas hospitalisés, plutôt que de les envoyer systématiquement aux urgences d'ailleurs les patients sont d'accord c'est rare ceux qui demandent à être hospitalisés.

*S : Mais aller aux urgences ne signifie pas une hospitalisation systématique...*

M : En effet, je comprends mieux le sens de votre question dans ce cas-là, quand il y a, dans certaines structures médicales d'urgences hospitalières, un pôle dédié à la prise en charge spécifique, comme il existe à Pompidou pour les embolies pulmonaires et les phlébites au centre cardio vasculaire, peut-être que ça m'inciterait à avoir un avis expert en urgence pour qu'on fasse un coup d'écho ou des hémocultures. Mais bon si je sais que je vais infliger 5h d'attente à quelqu'un qui va plutôt bien alors que je peux m'en occuper.

*S : Quand vous recevez l'antibiogramme est-ce que ça change votre prise en charge ?*

M : En général, avec les C3G ou les quinolones c'est rare qu'il y ait des résistances mais sinon oui j'adapte.

*S : Avez-vous d'autres remarques ? D'autres commentaires sur les freins de la prise en charge des pyélonéphrites en ville ?*

M : Non.

*S : Merci*

## ENTRETIEN 5

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

M : Ah oui vous pouvez, moi j'ai pas grand-chose à dire !

S : *D'accord, en fait je cherche les freins à la prise en charge en ville de la pyélonéphrite simple.*

M : Oui.

S : *Je vais juste vous poser quelques questions d'abord pour savoir depuis quand vous êtes installée déjà ?*

M : 85.

S : *85, vous êtes en consultations libres ou sur rendez-vous ?*

M : Rendez-vous.

S : *Rendez-vous uniquement ?*

M : Oui.

S : *Pour les urgences, vous acceptez des urgences ?*

M : Ca dépend.

S : *Ca dépend de ?*

M : Qu'est-ce que vous appelez les urgences ?

S : *Si un patient vous appelle et vous dit qu'il a 40 de fièvre.*

M : Ha, c'est pas une urgence ça, moi ce que j'appelle urgence c'est l'infarctus du myocarde quelque chose comme ça.

S : *Ah oui non dans ces cas-là c'est le 15.*

M : C'est-à-dire que moi je ne fais pas de visite, je ne laisse pas les patients tous seuls ici.

S : *D'accord.*

M : Je ne quitte pas le cabinet.

S : *Mais s'il y a un patient qui vous appelle le matin pour vous dire qu'il a 40 de fièvre et qu'il peut passer vous arrivez à vous arranger ?*

M : Oui bien sûr.

S : *Est-ce que vous pouvez me décrire votre patientèle ? Savoir si plutôt des personnes âgées, des jeunes, des actifs ?*

M : Oh c'est des gens qui vieillissent avec moi.

S : *D'accord, ok vous auriez un SNIR pour avoir une idée de la population qui vous consulte ?*

M : Non je ne l'ai pas sur moi.

*S : Pas de problème, la durée moyenne d'une de vos consultations ?*

**M :** Minimum ½ heure, entre ½ heure et 1h.

*S : D'accord ok, et est-ce que vous avez beaucoup de problèmes infectieux ? Est-ce que vous en voyez beaucoup ?*

**M :** Non, pas tellement non.

*S : Est-ce que vous vous rappelez de la dernière pyélonéphrite que vous avez prise en charge ?*

**M :** J'en ai pas pris.

*S : Jamais ?*

**M :** Non, jamais je crois.

*S : Pour faire un diagnostic vous feriez quoi ?*

**M :** Et ben je les interrogerais, pour faire le diagnostic, je leur demanderais ce qu'ils ont comme signes, depuis combien de temps ça dure, s'ils ont de la fièvre, si c'est urgent je les envoie à l'hôpital, sinon je fais une NFS, une échographie.

*S : Est-ce que vous avez une bandelette urinaire au cabinet, pour diagnostiquer ?*

**M :** Non.

*S : Et vous feriez un ECBU ?*

**M :** Ah oui, je demande, oui bien sûr.

*S : Vous avez l'examen direct avec le laboratoire ? Vous avez un accord avec le laboratoire ?*

**M :** Bah, j'en ai un pas loin donc si j'ai un problème j'appelle, j'appelle tout de suite.

*S : D'accord.*

**M :** J'appelle aussi bien l'échographie que le laboratoire, ça m'est déjà arrivé d'appeler, ils y vont et ils reviennent juste après.

*S : D'accord, vous arrivez à les revoir dans la journée ?*

**M :** Ah oui, dans la journée.

*S : Et l'échographie vous arrivez à l'avoir dans la journée ?*

**M :** Oui.

*S : D'accord, vous choisissez quel antibiotique ?*

**M :** Bah, ça dépend, si on a un ECBU, je prends ceux déjà qui sont sensibles.

*S : Ca c'est l'antibiogramme, donc c'est quasiment 48 heures après.*

**M :** Oui.

*S : Mais dans l'immédiat, vous commencez ou vous attendez l'antibiogramme ?*

**M :** Bah, ça dépend de l'état de la personne.

*S : C'est-à-dire ?*

**M :** Bah, si elle a 40 de fièvre, je commence tout de suite bien évidemment.

*S : Et vous choisissez quoi ?*

M : Assez large quoi, oui.

*S : Un exemple ? Rocéphine<sup>®</sup> ? Augmentin<sup>®</sup> ? Quinolone<sup>®</sup> ?*

M : Je commence plutôt par Augmentin<sup>®</sup>. Pour la Quinolone<sup>®</sup>, ça dépend si on est en été ou pas. Rocéphine<sup>®</sup>, c'est quand c'est très important oui\*,

*S : D'accord, pour la biologie, vous avez le laboratoire qui vous le donne dans la journée j'imagine comme pour l'échographie ?*

M : Oui, oui, il y en a un à côté qui me prend les patients en urgence si j'appelle.

*S : Est-ce que vous revoyez les patients après l'antibiotique ?*

M : Dans le cas d'une pyélonéphrite ?

*S : Oui.*

M : Je demande toujours qu'ils m'appellent.

*S : Qu'ils vous rappellent, le contact se fait donc par téléphone ?*

M : Oui, oui.

*S : Dans quels délais ?*

M : Le lendemain.

*S : Qu'est-ce qui vous ferez adresser aux urgences quelqu'un ?*

M : Quelqu'un qui est tout seul, qui est âgé, qui paraît pas très capable de prendre son traitement.

*S : D'accord, la compliance au traitement ?*

M : Oui, femme enceinte aussi.

*S : Toute à l'heure vous m'avez dit si c'est une urgence je l'envoie à l'hôpital, c'est-à-dire ?*

M : Si c'est quelqu'un qui m'appelle pour me dire ça me sert dans la poitrine...

*S : Non, non, je voulais dire dans le cadre de la pyélonéphrite.*

M : ah oui je pensais plus à une autre urgence, ah oui donc bah ça dépend, s'il arrive plié en 2, si ça fait 8 jours qu'il a de la fièvre et qu'il a rien pris à ce moment-là oui, je l'envoie aux urgences.

*S : D'accord ok, est-ce que vous avez une idée pourquoi les médecins généralistes dans l'ensemble, globalement, enverraient les patients aux urgences ? Qu'est-ce qui les freineraient à la prise en charge en ville ?*

M : Je sais pas ça dépend un peu, chaque médecin à son exercice particulier, ça dépend si vous êtes tout le temps là, disponible et si vous ne travaillez pas tous les jours. Ca dépend si vous ne pouvez pas assurer le suivi régulièrement.

*S : D'accord, quels sont les critères qui vous feraient décider une hospitalisation ?*

M : Et ben je vous dis, l'ancienneté, si c'est des gens qui ont des multiples pathologies, si c'est un cancéreux et parfois ça se sent c'est intuitif. Vous savez dans les questions de cours c'est ça et puis quand on arrive ben là faut pas rater le coche.

*S : Vos patientes, vous leur dites de vous rappeler dans les 48heures, est-ce qu'il y a d'autres consignes que vous leur donnez ? De surveillance ? De re-consultation ?*

M : Bah, quand je les ai à domicile je leur dis de m'appeler et que s'il y a la moindre chose d'aller aux urgences.

*S : D'accord,*

M : Puis même quand ils vont bien, je leur dis de m'appeler dans une semaine hein, pour me tenir au courant.

*S : La bandelette urinaire vous ne la faites pas parce que ?*

M : Parce que j'en vois très peu et que ça se périmé sans arrêt, c'est ça le problème elles sont périmées.

*S : Du coup l'échographie, c'est vous qui appelez pour qu'ils aient le rendez-vous tout de suite ?*

M : Oui.

*S : Quand vous choisissez la Rocéphine<sup>®</sup>, si vous choisissez la Rocéphine<sup>®</sup>, pour administrer la Rocéphine<sup>®</sup> comment vous vous organisez ?*

M : Bah, je m'arrange pour trouver une infirmière, oui.

*S : Et là vous avez des accords ?*

M : Il y a des cabinets pas très loin.

*S : J'ai juste 2 cas cliniques qui vont aller très vite et après je vous laisse tranquille.*

*C'est une jeune fille de 30 ans qui n'a pas... sans antécédents, consulte pour des brûlures mictionnelles et des douleurs lombaires, et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance, est-ce que vous l'hospitalisez ou pas ?*

M : 30 ans ?

*S : Oui.*

M : Je vérifie qu'elle n'est pas enceinte.

*S : Vous faites la biologie en ville d'abord ?*

M : Bah je l'interroge, je lui demande comment elle vit ? Si elle vit en couple, avec des enfants en bas âge, si elle vit toute seule, j'hospitalise pas forcément.

*S : Si elle n'a pas de signes de mauvaise tolérance, qu'elle n'est pas enceinte ?*

M : Oui.

*S : Vous préconisez une prise en charge en ville ?*

M : Oui.

*S : Et c'est plutôt si elle a des enfants, ...*

M : bah ça dépend parce que si elle est toute seule, ça pose problème parce qu'il faut garder les enfants ce n'est pas évident. Mais si elle est enceinte j'aurais plutôt tendance à l'envoyer aux urgences.

*S : Donc le laboratoire et le radiologue vous les avez dans les 48 heures ça vous me l'avez déjà dit.*

M : Pas dans les 48 heures, tout de suite hein, le problème c'est que si elle arrive ici à 20h il faut l'envoyer à l'hôpital, les labos en ville à 20h c'est fermé !

*S : C'est ça, ça fait partie des freins je pense...*

M : C'est ça oui.

*S : La même patiente si elle commence à avoir 120-130 de fréquence cardiaque, est-ce que ça change votre prise en charge ?*

M : Bah oui parce que ça change, là oui je redirigerais vers les urgences.

*S : Si c'est une patiente qui fait des cystites à répétition et qui là fait clairement une pyélonéphrite aigue simple est ce que ça change votre prise en charge ambulatoire ou hospitalisation ?*

M : Non, non, si c'est bien toléré, ambulatoire aussi. Par contre ce que je fais d'habitude, mais là j'insiste lourdement sur la prévention. Après, après l'ensemble des cystites. Et puis comprendre pourquoi elle fait des cystites donc faire une écho, une imagerie, voir si elle n'a pas une malformation passée inaperçue. Enfin ça dépend de son âge.

*S : Si vous la traitez en ville, l'antibiotique que vous choisissez est-ce que ça modifie le fait qu'elle ait fait des cystites avant ou pas forcément ?*

M : Non pas forcément, parce que c'est pas les mêmes germes.

*S : Si c'est une personne de 70 ans est-ce que ça change votre prise en charge ?*

M : Si c'est une personne de 70 ans j'hospitalise pas forcément sauf si je suspecte un cancer là-dessous, ça dépend si elle vit toute seule ou pas. Si elle vit toute seule, j'aurais peut-être tendance à l'hospitaliser parce qu'elle pourrait se déshydrater, elle peut être cardiaque et de toute manière même si je la garde en ville je lui demande de faire un bilan après. Après je l'envoie vers un service de néphrologie.

*S : Vous l'envoyez vers un néphrologue. Et si vous la gardez en ville, ça modifie un peu votre prise en charge ? Vous la revoyez plus rapidement ?*

M : Je passe la voir, oui.

*S : Vous changez l'antibiotique ou pas ? Ou vous conservez le même ?*

M : S'il marche ça dépend, si l'antibiogramme marche.

*S : Oui mais dans les premiers temps ?*

M : Bah, je ne change pas forcément, non.

*S : Très bien, merci beaucoup.*

M : Et votre sujet de thèse c'est quoi ?

*S : Les freins de la prise en charge de la pyélonéphrite en ville.*

M : Ah oui et alors vous trouvez qu'il y en a beaucoup ?

*S : Bah, je suis très étonnée en fait, parce qu'autant aux urgences j'avais l'impression qu'on nous adressait pas mal de pyélonéphrites simples pour lesquelles on ne faisait pas beaucoup plus de choses que ce qu'on pouvait faire en ville et du coup les patients étaient souvent très déçus parce qu'on n'avait pas forcément l'échographie rapidement aux urgences parce qu'au final l'imagerie est plutôt pour les patients vraiment urgents et donc comme la pyélonéphrite peut être faite dans les 48 heures et on les avait pas forcément et les patients étaient déçus donc je me suis demandé s'il n'y avait pas quelque chose.*

M : Je pense que pour les garder en ville, si vous n'avez pas l'examen vous ne pouvez pas les garder en ville. C'est autre chose mais moi j'ai eu des jeunes avec des suspicions d'appendicite bon on ne va pas opérer tout le monde hein donc moi je m'arrange pour qu'ils aient l'échographie dans l'heure qui suit

*S : Parce que vous pouvez le faire ?*

M : On est à Paris, maintenant il n'y en a plus enfin si, il y en a encore un mais avant il y avait un radiologue qui était tout seul et c'était génial, maintenant il y en a 2 autour donc bon. Mais si l'échographie est normale vous avez le temps. Si l'échographie est normale et qu'elle a pas un taux de globules blancs énormes et qu'elle vient un samedi c'est pas la peine qu'elle attende 3h ou 8h aux urgences.

*S : C'est une question d'organisation et peut être d'expérience...*

M : Oui surtout que vous êtes responsable de ce que vous faites. Je suis étonnée moi qu'aux urgences ils ne fassent pas d'écho bon même si on sait nous qu'aux urgences c'est pas forcément très bien.

*S : Pas systématiquement...*

M : Moi je me suis cassée une jambe à l'étranger en Ukraine, le rapatriement il fallait que je passe par l'hôpital j'étais pas très contente mais bon en fait ça m'a arrangé même si je me suis retrouvée à minuit à l'hôpital je ne vous dis pas ! Mais ils m'ont quand même fait une radio par contre ils ne se sont pas occupés de moi, ils m'ont dit de revenir demain, mais je n'allais pas



dormir à l'hôpital avec une jambe cassée donc je suis rentrée chez moi et je suis revenue chez moi. Mais bon ils m'ont quand même fait une radio genre à 1h du matin.

*S : Quand je dis l'imagerie c'est dans le cas d'une pyélonéphrite simple...*

M : Ils estiment pas nécessaire d'en faire ?

*S : Bah, dans les recommandations HAS, il y a des critères spécifiques, une femme entre 30 et 65 ans sans comorbidités sans signe de gravité clinique, et si elle n'est pas enceinte Il n'y a pas de justification et donc pas de raison de la faire. De toute façon les radiologues ne la feront pas...*

M : Je sais qu'il ne le font pas parce que je récupère les patientes qui sortent de l'hôpital.

*S : Pour une réévaluation...*

M : Non directement, pour organiser l'imagerie. Et c'est à nous de nous débrouiller pour trouver un radiologue qui accepte de faire une imagerie en urgences.

*S : Votre expérience a-t-elle modifié vos pratiques ?*

M : Par rapport au début ? Dans mon cas c'est particulier, parce que j'ai une autre activité qui est l'acupuncture. En plus je garde assez longtemps les gens donc j'ai du recul. Et l'acupuncture permet d'avoir une autre vision elle permet de mieux cerner les choses. Notamment la localisation de la douleur donc de confirmer le diagnostic.

*S : Pour votre formation continue ? Sur quoi vous basez-vous ?*

M : Je fais partie d'une amicale de médecins généralistes qui est la meilleure de Paris, L'amicale du 5<sup>ème</sup> qui est très renommée, on fait aussi le DPC et autres machins donc on est dans les clous. Mais c'est vrai que j'aime les formations magistrales, je ne suis pas du tout informatisée et pas du tout envie de le faire. Et puis certains trucs vous demandent de vous connecter pendant les vacances et ça il n'en est pas question.

*S : Voyez-vous d'autres choses à ajouter ?*

M : Non

*S : Merci de votre temps.*

M : Ce que vous faites est intéressant. Chacun réagit à sa manière et s'adapte à sa manière parce que comment gérer en pratique en ville une urgence c'est pas dans les livres.

*S : En effet.*

M : mais peut-être qu'à Paris c'est particulier, il y a beaucoup de médecins, de laboratoire et d'hôpitaux.

*S : Oui, c'est vrai*

M : Parce que moi je n'ai fait aucun remplacements à Paris je n'en ai fait que dans l'Essone. Et dans l'Essone, vous n'avez pas de spécialistes du coup vous faites beaucoup d'enfants, beaucoup de choses plus variées.

*S : Est-ce que ces conditions changent votre prise en charge je veux parler le fait de ne pas avoir de laboratoires, de cabinets d'écho, de spécialistes...*

M : J'ai pas trop eu d'expérience là-dessus mais j'ai vu des pyosalpinx et là je les ai envoyées à l'hôpital. En plus j'étais gênée car la dame ne savait pas comment garder ses enfants. En plus, c'est le médecin traitant qui l'avait vue plus tôt moi je la revoyais car ça n'allait pas. C'est vrai qu'en quelques heures ça peut changer, il faut pouvoir avoir du recul pour prendre en charge en ville.

Mais c'est vrai qu'à Paris ça change, on a tout à proximité ça permet de faire plus de chose en ambulatoire.

## ENTRETIEN 6

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : Bonjour, merci de me recevoir et de répondre à quelques questions pour mon travail de thèse. Je m'intéresse aux freins que rencontrent les médecins généralistes à la prise en charge des pyélonéphrites aiguës simples en ville et pourquoi, de ce fait, ils les adressent aux urgences. J'aimerais commencer l'entretien par quelques questions concernant le cabinet et votre activité. Depuis quand es-tu installé ?*

**M : Ca fait un peu moins de 4 mois.**

*S : Les consultations sont-elles libres ou sur rendez-vous ?*

**M : Il y a les 2.**

*S : Dans quelles proportions ?*

**M : Plus de rendez-vous, 70% environ.**

*S : Des visites à domicile ?*

**M : Très peu.**

*S : En urgences ?*

**M : Non, toujours sur rendez-vous.**

*S : Comment caractériser ta patientèle ? Quelle est la proportion de personnes âgées ? D'actifs ? D'enfants ?*

**M : Un peu de tout, pour le moment plus des jeunes, des actifs qui viennent de déménager et qui n'ont plus de médecin traitant et quelques personnes âgées quand même.**

*S : Aurais-tu un SNIR ?*

**M : Non pas encore.**

*S : La durée moyenne d'une consultation ?*

**M : Ca dépend des gens. Je peux prendre mon temps, comme je viens de m'installer je peux prendre mon temps. Ca peut être un quart d'heure comme une demi-heure.**

*S : Combien as-tu de consultations par jour ?*

**M : Environ une dizaine.**

*S : Vois-tu beaucoup de pathologies infectieuses ?*

**M : De la petite infection ?**

*S : Oui, de l'infection aiguë : otite, angine, cystite, ...*

**M : Oui.**

*S : On va s'intéresser maintenant à la dernière pyélonéphrite aigue ou avant-dernière, celle qui s'est passée bien ou moins bien que tu as eu à prendre en charge en ville.*

**M : Ca n'est pas encore arrivé...**

*S : Et la dernière pyélonéphrite aigue simple que tu as du prendre en charge c'était en remplacement ?*

**M : Non aux urgences !**

*S : Aux urgences, comment as-tu fait le diagnostic ?*

**M : Chez une patiente qui avait des signes typiques, puis ECBU et écho.**

*S : Du coup on va imaginer la suite de la prise en charge en ville. Pour le diagnostic positif qu'appelles-tu les signes typiques ?*

**M : Les signes fonctionnels urinaires.**

*S : Pour la fièvre, tu fais confiance à la patiente ou tu la mesures.*

**M : Oui, j'ai un thermomètre auriculaire. Si la patiente me dit qu'elle a eu une fièvre importante je lui fais confiance, même si je vérifie ici.**

*S : Pour la suite du diagnostic, fais-tu une BU au cabinet ?*

**M : Oui, j'ai des bandelettes et des toilettes !**

*S : La ferais-tu systématiquement ?*

**M : Oui, si je m'oriente vers ce diagnostic, oui.**

*S : Et après ?*

**M : Bah, si c'est positif, un ECBU.**

*S : Tu y as accès facilement ?*

**M : Oui, il y a deux labo en face avec qui j'ai des contacts.**

*S : Est-il possible de récupérer l'examen direct ?*

**M : Dans l'un des deux oui, l'autre non.**

*S : Du coup, ça modifie...*

**M : Oui, je les oriente vers celui qui me rend un examen direct.**

*S : Pour le traitement, vous, tu le prescris de suite ?*

**M : Non, pour l'antibiotique j'attends d'avoir le direct.**

*S : Donc, l'organisation de ta journée permet de revoir la patiente dans la journée avec les résultats de l'examen direct ?*

**M : Oui, en fait ça dépend plutôt d'elle et de son temps.**

*S : En même temps, si elle a une pyélo avec 40 de fièvre elle ne doit pas être bien et donc ne pas aller travailler non ?*

**M : En effet !**

*S : Quel choix d'antibiotique ?*

**M : Rocéphine®**

*S : Et la Rocéphine® en ville, IM ? IV ?*

**M : IM.**

*S : Par toi ? Par une IDE ?*

**M : Par une infirmière.**

*S : Pendant combien de temps ?*

**M : Trois jours, le temps de récupérer l'antibiogramme et de passer à une forme per os.**

*S : Est-il possible d'avoir une infirmière ?*

**M : Oui, ça ne pose pas du tout de problème.**

*S : Quels arguments ferais-tu pour orienter la patiente aux urgences ?*

**M : Ca dépend de l'état général, si elle est âgée, si elle est complètement KO, si elle ne peut pas gérer son traitement seule à domicile ou si je ne peux avoir accès aux examens dans la journée. La patiente que je vais traiter à domicile est une patiente jeune plutôt en bon état général sans comorbidité et qui comprend ce qu'on lui dit.**

*S : La compliance, c'est important ?*

**M : Oui, indispensable.**

*S : Pour l'échographie, dans quel délai la fais-tu faire ?*

**M : Dans les 48 heures.**

*S : Il y a un labo qui les fait aussi rapidement ?*

**M : Oui, là aussi j'ai un contact !**

*S : Et donc tu revois la patiente...*

**M : Dans les 2 heures avec les résultats du direct et dans les 3 jours avec l'antibiogramme et les résultats d'échographie.**

*S : Tu la recontactes pas téléphone ? Tu reprends rendez-vous ?*

**M : Non, je reprends rendez-vous, je préfère qu'elle revienne pour que je la réévalue.**

*S : Quelles sont les consignes de surveillance que tu donnes ?*

**M : La douleur, il faut surtout qu'elle soit soulagée. La fièvre, il faut qu'au bout de 48h, elle n'ait plus de fièvre. Et aussi qu'elle boive. Ben voilà en gros.**

*S : Existes-ils d'autres facteurs qui te pousseraient à orienter la patiente aux urgences en dehors des critères cliniques déjà cités ?*

**M : C'est surtout la clinique, s'il y a des signes de sepsis ou de choc ou des comorbidités.**

*S : Tu parlais tout à l'heure de compliance, le niveau socio-économique joue-t-il un rôle ?*

**M : Oui, bien sûr, si elle comprend, qu'elle est entourée, qu'elle peut prendre ses médicaments.**

*S : Selon toi, et de ton expérience aux urgences, qu'est-ce qui fait qu'un médecin généraliste adresse une patiente aux urgences pour une pyélonéphrite aigüe simple?*

**M :** C'est ne pas se prendre la tête à appeler le labo, ne pas se prendre la tête à appeler le cabinet de radio pour avoir l'écho rapidement, ne pas se prendre la tête à surveiller la patiente. Ou pas le temps. Et après pour l'injection de Rocéphine® c'est peut-être plus simple à l'hôpital !

*S : Dans les autres entretiens, un des freins à la prise en charge en ville est l'horaire de consultation.*

**M :** Oui, bien sur, en effet le soir ou le week-end ca devient compliqué.

*S : Pourquoi ?*

**M :** Parce qu'on ne peut pas avoir les examens, le laboratoire est fermé ainsi que le cabinet de radio, donc la seule façon d'avoir les examens en urgences pour initier le traitement c'est les urgences. En plus on n'a pas le recul pour surveiller la patiente.

*S : Quelle est ta formation initiale ?*

**M :** DES de médecine générale

*S : Pas de DESC ou DU de formation pour la pédiatrie la femme ?*

**M :** Non.

*S : Pour ta formation continue, quels sont tes critères de sélection ?*

**M :** Pour l'instant, je sais pas trop.

*S : C'est vrai que ta formation initiale est proche mais pour le futur ? L'HAS ? Les revues de la littérature?*

**M :** L'HAS oui, je me tiens au courant par internet, sinon pour la formation continue j'ai adhéré à l'amicale des médecins du XVIII<sup>ème</sup> qui organise la formation médicale continue.

*S : Pour les questions ponctuelles ?*

**M :** Internet.

*S : On va terminer par un petit cas clinique ludique pour se mettre en situation.*

*Melle F. 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Tu réalises une bandelette urinaire au cabinet ?*

**M :** Oui ?

*S : Tu fais réaliser un bilan biologique en ville ?*

**M :** Oui, si la BU est positive avec un ECBU , une créat, une CRP et des lactates

*S : Des BHCG ?*

M : Pas forcément, je lui demande quelle est sa contraception, ou si elle a ses règles. Au moindre doute je les demande mais pas systématiquement.

S : *Si oui, as-tu un accord avec un laboratoire proche du cabinet médical pour avoir la biologie et l'examen direct de l'ECBU dans la journée ?*

M : Oui, si je le demande. Donc ça prend du temps, il faut s'en occuper.

S : *Tu fais réaliser l'échographie rénale en ville ?*

M : Oui.

S : *Si oui, as-tu un accord avec un radiologue pour réaliser l'examen dans les 24-48heures ?*

M : Oui, mais il faut que ce soit moi qui les appelle.

S : *Pour le traitement ?*

M : Je le débute après le résultat de l'examen direct de l'ECBU.

S : *Choix du traitement antibiotique probabiliste ?*

M : Une céphalosporine de 3e génération (C3G) injectable.

S : *Si vous choisissez les C3G, avez-vous un accord avec un cabinet paramédical pour faire les injections*

M : Oui.

S : *Là aussi, c'est à toi d'appeler ?*

M : Non pas forcément ça dépend de la patiente. Soit je lui donne juste le numéro soit je me rends compte qu'elle ne comprend pas, ou qu'elle ne le fera pas et je le fais moi. Et ça reprend du temps !

S : *Revois-tu systématiquement la patiente à 48h avec les résultats de l'antibiogramme et de l'échographie ?*

M : Je la revoie à 2h avec l'examen direct et à 48-72h avec l'antibiogramme et l'écho

S : *L'orientation au SAU de cette patiente ?*

M : L'horaire de consultation, la clinique là non, à moins qu'elle ne se dégrade, la compliance et des comorbidités.

S : *Même jeune femme de 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 10/6 FC 120/min. Réalises-tu un traitement ambulatoire ?*

M : Là tu vois, la clinique diffère, la tension est plus basse, la patiente est tachycarde donc je fais une BU pour confirmer mon diagnostic et je l'adresserais plutôt aux urgences

S : *Melle F. 30ans, aux antécédents de cystites à répétition, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalises-tu un traitement ambulatoire ?*

M : Oui, même si elle a dû avoir plein de traitements et donc peut-être des résistances. Traitement ambulatoire oui, et là clairement Rocéphine® et j'attends l'antibiogramme pour adapter

*S : Melle F. 70 ans, sans antécédent, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalises-tu un traitement ambulatoire ?*

M : Alors pour moi 70 ans n'est pas une limite, ça dépend de l'âge physiologique. Si elle fait plus jeune ou pas.

*S : Bah, elle a 70 ans.*

M : Excepté la démente ?

*S : Elle, tu l'envoies aux urgences ?*

M : Bah oui car elle ne peut pas suivre le traitement ni se rendre compte de l'absence d'amélioration voire d'aggravation.

*S : Quels sont les autres critères pour la prise en charge en ambulatoire avec cette clinique ?*

M : Bah pas démente, bien entourée qui comprend le traitement la surveillance et autonome pour pouvoir revenir.

*S : Même prise en charge ?*

M : Oui 70 ans n'est pas une limite si elle remplit ces conditions.

*S : Quelque chose à ajouter que j'aurais oublié ?*

M : Non je ne vois rien de plus.

*S : Merci.*



## ENTRETIEN 7

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : Bonjour, merci de me recevoir. En fait je fais un travail de thèse sur la prise en charge en ville des pyélonéphrites aiguës simples et les freins que rencontrent les médecins généralistes.*

**M : Ils en ont ?**

*S : C'est ce que j'essaie de déterminer. Je cherche pourquoi, qu'est ce qui fait qu'un médecin généraliste oriente une patiente ayant une pyélonéphrite aiguë simple aux urgences.*

**M : Moi ça ne me fait pas peur !**

*S : Je vais d'abord vous poser quelques questions sur l'organisation de votre cabinet.*

**M : D'accord.**

*S : Depuis quand êtes vous installé ?*

**M : 2004.**

*S : Toutes vos consultations sont sur rendez-vous ou avez-vous des plages de consultations libres ?*

**M : Aujourd'hui, il ne me reste comme plage de consultation libre que le lundi matin. Et mon associé vient de passer entièrement sur rendez-vous.**

*S : Et pour les urgences, si un patient vous appelle en vous disant que ça ne va pas.*

**M : Ils appellent et on se débrouille. On arrive toujours à s'organiser.**

*S : Faites-vous des visites à domicile ?*

**M : Peu, mais j'en fais. Quand il faut, il faut !**

*S : Ces consultations sont sur rendez-vous ou en urgences ?*

**M : C'est pareil, les gens qui m'appellent en me disant qu'ils ont une gastro je leur dis de prendre ça et ça à la pharmacie quitte à régulariser après et je leur dis d'essayer de venir après, si c'est la grippe je leur dis de prendre un doliprane, de se reposer et de venir après. Mais si ça ne va pas, qu'ils sont tout seul et que personne ne peut venir, bah, dans ce cas-là, j'y vais. S'ils s'y prennent le matin !**

*S : Pourriez-vous me décrire votre patientèle ?*

**M : La spécificité de ma patientèle est qu'elle est statistiquement plus jeune que la moyenne régionale c'est-à-dire parisienne car structurellement autour du cabinet il y a l'hôpital Saint-Antoine, la caserne de pompier, le centre militaire, le gros commissariat, l'agence française du développement et avant l'agence française de sûreté du nucléaire tout ça, ça draine du**

fonctionnaire plutôt jeune avec enfant, qui tourne, qui bouge tous les 5 ans donc c'est plutôt ça ma patientèle.

*S : Auriez-vous un SNIR juste pour avoir une idée chiffrée des pourcentages ?*

M : Des tranches de quoi ?

*S : De la répartition des différentes populations.*

M : Oui, je vous le trouve sur internet si vous voulez.

*S : Merci. La durée moyenne d'une de vos consultations ?*

M : 20 minutes.

*S : Combien avez-vous de consultations par jour en moyenne ?*

M : Entre 25 et 30.

*S : Voyez-vous beaucoup de pathologies infectieuses aiguës ?*

M : Oui, plutôt. Avec beaucoup, beaucoup d'ORL. C'est surtout pour ça qu'ils viennent mais aussi tout le reste.

*S : On va maintenant s'intéresser à la ou aux dernières pyélonéphrites aiguës simples que vous avez prise en charge.*

M : D'accord.

*S : Vos arguments pour établir le diagnostic positif ?*

M : La fièvre, parfois une infection urinaire qui précède qu'ils ont laissé passer dont ils ont l'impression qu'elle a disparu ou pas, le « j'ai mal aux reins ». Oui d'ailleurs c'est souvent « j'ai mal aux reins, j'ai de la fièvre et ça brûle ». Une bandelette urinaire positive.

*S : Vous faites la bandelette urinaire ici, au cabinet ?*

M : Oui.

*S : Systématiquement ?*

M : Oui.

*S : Vous avez parlé de fièvre, pour la température vous la contrôlez ? Vous faites confiance au patient ?*

M : Je la prends moi-même j'ai un thermomètre laser très bien.

*S : Après la BU, vous initiez le traitement ? Vous faites faire un ECBU ?*

M : Je les envoie faire les examens d'urine au labo mais ils sortent avec l'ordonnance d'antibio qu'ils ne commencent qu'après le prélèvement et l'échographie.

*S : Pour l'ECBU, vous arrivez à avoir un examen direct ?*

M : Non, j'ai les résultats dans les 24h.

*S : Est-ce parce que le laboratoire ne vous le donne pas ?*

M : Non, mais en 24heures, je sais s'ils ont un truc dans les urines ou pas, donc j'en n'ai pas besoin.

*S : Au labo vous demandez d'autres examens ?*

M : Sur une pyélonéphrite, non.

*S : De ce fait chez ces jeunes femmes vous ne faites pas de bilan systématiquement, ex créat BHCG ?*

M : Avec douleurs lombaires fièvre et signes de cystite ? Non.

*S : Vous avez parlé d'échographie, dans quel délai parvenez-vous à l'obtenir ?*

M : Ca dépend, si je dis que c'est pressé, si c'est moi qui appelle, si je les laisse faire ou si je les envoie aux urgences pour la faire. Ca dépend de l'urgence que je sens à la faire.

*S : Qu'est ce qui fait que c'est vous qui appelez ?*

M : Ca y est j'ai le SNIR, qu'est-ce que vous vouliez?

*S : La proportion de chaque population ?*

M : Alors moins de 16 ans 12,3%, plus de 70 ans 5% de 60 à 69 6,2% et entre 17 et 59 76,3%

*S : Merci, donc qu'est ce qui fait que vous appelez, vous, le cabinet de radio ?*

M : Quand je ne le sens pas. Quand c'est une pyélonéphrite classique, que ça va que c'est vraiment typique au sens clinique j'entends, je n'appelle pas parce que ce n'est pas à 24h près. Ou si j'ai un doute diagnostique, j'ai de la fièvre j'ai mal aux reins mais la BU est négative, on va de toute façon faire l'ECBU mais ça va prendre 48 heures pour avoir le résultat définitif.

*S : Dans quels délais revoyez-vous les patientes ?*

M : Je leur demande de m'appeler au moins. Parce que si l'ECBU est positif, qu'ils ont le bon antibio que ça va, on peut attendre pour se revoir 2-3 jours qu'ils aient l'échographie. Si l'antibiotique marche on est tranquille. Si ça ne va pas je leur dis de me rappeler pour qu'on se voit avant.

*S : Que voulez-vous dire quand vous dites « si ça ne va pas » ?*

M : Que l'antibiotique ne marche pas, que l'antibiotique ne marche pas sur l'ECBU, que la fièvre ne tombe pas ou que les autres symptômes ne s'amendent pas.

*S : Quel antibiotique choisissez-vous en première intention ?*

M : J'ai plutôt tendance à faire du Tavanic<sup>®</sup>.

*S : Jamais de C3G, de Rocéphine<sup>®</sup> ?*

M : Non.

*S : Parce que ?*

M : Je ne sais pas une habitude que j'ai prise je crois. Je n'ai rien contre la Rocéphine<sup>®</sup>. Ca a du m'arriver de faire du Décalociflox<sup>®</sup> mais ça fait très longtemps.

*S : La voie d'administration de la Rocéphine<sup>®</sup>, IV ou IM, influence-t-elle votre choix ?*

M : Oui, c'est vrai que ce n'est pas pratique ça oblige qu'ils aillent la chercher, qu'ils reviennent pour la faire, dans l'organisation c'est pas pratique ou devoir chercher une infirmière, il doit y avoir de ça derrière.

*S : Qu'est ce qui fait que vous adresseriez votre patiente aux urgences ?*

M : C'est souvent une question de moment où ça arrive. Les moments où comme le vendredi soir, quand il y a beaucoup de fièvre, que l'ECBU dont on n'aura pas la réponse avant lundi. Le truc du vendredi soir est assez typique.

*S : Voyiez-vous d'autres raisons ?*

M : Pour moi, non.

*S : Pour les médecins généralistes en général ?*

M : Pour les autres, ils peuvent ne pas avoir envie de prendre ce genre d'infection en charge car ils trouvent ça trop dangereux, on ne sait jamais comment ça va évoluer.

*S : Y a-t-il des facteurs qui influenceraient votre prise en charge ? En dehors d'argument médicaux purs ?*

M : J'ai un certain nombre de patients qui ont la CMU mais ils ont le même circuit, ça ne modifie pas ma prise en charge. Après j'ai des patients qui n'ont plus le droit à la CMU mais qui n'ont pas de mutuelle car ils n'ont pas assez de revenus, et qui n'ont pas d'argent, j'essaie de trouver des arrangements, je leur dis d'aller faire l'échographie à l'hôpital ou à la Croix Saint-Simon où ils n'auront pas à déboursier quelque chose. Je ne les envoie pas la faire dans le privé au bout de la rue. Et il y en a de plus en plus.

*S : Quelle est votre formation initiale ?*

M : DES de médecine général.

*S : Et pour votre formation continue ?*

M : Je fais des DPC par internet, je fais des week-ends de FMC, on fait plein de soirée, je suis président d'une association de FMC.

*S : Je vous propose une manière un peu ludique d'aborder la question à travers quelques exemples concrets : Melle F. 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance Vous réalisez une bandelette urinaire au cabinet ?*

M : Oui, oui de toute façon.

*S : Vous faites réaliser un bilan biologique et un ECBU en ville ?*

M : L'ECBU, oui. Le bilan, non et le traitement dans la foulée. Pour le bilan, je vais lui demander s'il y a des chances qu'elle soit enceinte.

*S : Avez-vous un accord avec un laboratoire proche du cabinet médical pour avoir la biologie et l'examen direct de l'ECBU dans la journée ?*

M : Non, j'ai les résultats en 24-48h, je traite de façon probabiliste en attendant.

*S : Vous faites réaliser l'échographie rénale en ville ?*

M : Oui.

*S : Avez-vous un accord avec un radiologue pour réaliser l'examen dans les 24-48heures ?*

M : Oui et non, si j'ai besoin qu'ils aient l'écho dans les 24 heures, j'appelle moi sinon je laisse faire et ils ont l'écho dans les jours qui suivent.

*S : Quels conseils de surveillance donnez-vous à la patiente ?*

M : Que la fièvre doit avoir disparue dans les 3 jours max, que si les symptômes empirent malgré l'antibiotique là, je lui dis d'aller à l'hôpital. L'évolution défavorable est aussi un critère d'envoi aux urgences.

*S : Melle F. 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 10/6 FC 120/min. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Oui, pour ça ; ça ne change rien. La fréquence cardiaque est un signe qui va avec la fièvre. La tension est un peu plus basse donc je vais faire plus attention à elle mais bon je ne l'adresse pas aux urgences en première intention. Je la fais me rappeler plus tôt.

*S : Est-ce que ça modifie votre choix d'antibiotique ?*

M : Non.

*S : Melle F. 30 ans, aux antécédents de cystites à répétition, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Ca ne change pas ma prise en charge. Les cystites à répétition il faudra surtout trouver les facteurs de risque. Faudra peut-être faire une UIV après, il faut chercher les facteurs de risque mais là, dans l'aigu ce n'est pas le problème. Il faut la traiter tout de suite et on verra après pour le bilan.

*S : Quel antibiotique choisissez-vous ?*

M : Je garde le même car en général elle n'est pas passée par le Tavanic<sup>®</sup> avant.

*S : Melle F. 70 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Ca ne change rien.

*S : Qu'est ce qui modifierait votre prise en charge chez cette patiente ?*

M : Les comorbidités, si ça part en sucette de tous les côtés, si elle a du diabète, de l'hypertension, si elle a du cholestérol ou si elle a fait un infarctus. Si elle a un traitement lourd, je vais vérifier qu'elle ne soit pas en insuffisance rénale des choses qui pourraient modifier le traitement. Ou si elle est seule.

*S : Rien d'autre à ajouter ?*

M : Non.

*S : Merci.*

## ENTRETIEN 8

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : Tout d'abord, merci de me recevoir et d'accepter de répondre à mes questions.*

**M : De rien.**

*S : Pour ma thèse, je m'intéresse aux difficultés des médecins généralistes à prendre en charge des pyélonéphrites aiguës simples en ambulatoire et pourquoi ils les adressent aux urgences.*

**M : D'accord**

*S : Toi, tu es remplaçante ?*

**M : Oui, depuis 1 an et demi.**

*S : Toujours au même cabinet ?*

**M : Toujours dans le même cabinet, sauf pendant 6 mois où j'ai aussi remplacé dans un autre cabinet dans Paris. Et ici je suis remplaçante fixe depuis 1 an et demi, je remplace deux congés mater.**

*S : Quelle est la population que tu rencontres ?*

**M : Ici, il y a un peu de tout, ça dépend des médecins que je remplace c'est très varié. Je vois autant de bébé que de personnes âgées, que de jeunes actifs, je n'ai pas d'orientation particulière.**

*S : De l'infectieux ?*

**M : Oui, j'en vois j'imagine comme tout le monde, pas particulièrement plus qu'autre chose.**

*S : Les consultations sont-elles libres ou sur rendez-vous ?*

**M : Sur rendez-vous et on prend les urgences entre 2 quand il y a vraiment un souci.**

*S : Et c'est facile de caser un patient entre deux rendez-vous ?*

**M : Oui, ça ce passe plutôt bien. Après on a une partie des patients qui est illettrée, donc parfois la prise de rendez-vous est impossible, donc on essaie aussi de caser ceux-là. Mais ça dépend aussi du praticien qui les prend en charge. Un des médecin prend facilement sans rendez-vous. Moi, et celle que je remplace on prend sur rendez-vous et on essaie d'intercaler.**

*S : Des visites à domicile ?*

**M : Quelques une, environ une à deux par jour.**

*S : Forcément sur rendez-vous ?*

**M : Forcément sur rendez-vous, même si on essaie d'y aller quand il s'agit d'une urgence.**

*S : Qu'appelles-tu urgence ?*

M : La personne âgée qui ne peut vraiment pas se déplacer mais elle, elle prend rendez-vous. Les syndromes infectieux car il est difficile de se faire une idée par téléphone mais quand il s'agit d'une personne jeune, j'essaie de la faire venir au cabinet même si elle se plaint de fièvre ou d'autre chose car on essaie de limiter les visites au maximum.

*S : Durée moyenne d'une consultation ?*

M : 20 minutes en moyenne. Ça peut être moins quand il s'agit d'un renouvellement ça peut être plus quand il s'agit de quelque chose d'intéressant.

*S : Nombre de consultation par jour ?*

M : Une vingtaine.

*S : Sur quoi te bases-tu pour faire le diagnostic de pyélonéphrite aiguë simple ?*

M : C'est surtout la clinique qui va m'orienter. J'ai en tête le tableau de la jeune personne qui arrive avec 40 et une douleur lombaire. Le peu de pyélonéphrite que j'ai vu, c'était bien des pyélonéphrites et pour l'instant les jeunes je n'ai jamais eu à les hospitaliser.

*S : BU (Bandelette urinaire) ?*

M : Oui, BU devant un tableau comme ça je fais systématiquement une BU, comme ça je suis sûre de mon diagnostic avec la BU. Ça me permet de prescrire l'Oflocet<sup>®</sup>. Je ne fais pas d'IM si elles sont bien cliniquement et pas enceintes.

*S : D'ailleurs, tu complètes par un bilan ?*

M : Oui, je les envoie directement faire l'ECBU et leur demande de débiter le traitement dès le prélèvement réalisé. S'il s'agit vraiment d'une pyélonéphrite non compliquée c'est à dire qu'elles sont jeunes et bien cliniquement et pas enceintes je ne fais pas systématiquement de bilan sanguin et prévois une écho dans les 48-72 heures et tout ça en ville.

*S : Et pour tout ça tu arrives à avoir tout rapidement ?*

M : Je récupère tout dans les 3 jours. Ça permet de faire la réévaluation.

*S : Tu ne récupères pas le direct ?*

M : Non, je ne demande pas à récupérer le direct.

*S : Pourquoi ?*

M : Parce que je ne le demande pas et qu'en fait labo ne le fait pas.

*S : L'écho, c'est facile de l'avoir ?*

M : L'écho, c'est assez facile, je marque sur l'ordonnance que c'est urgent, du coup ils savent que c'est urgent et on travaille avec le CMS de Gennevilliers avec qui on a l'habitude et des accords. Les docteurs là-bas se débrouillent pour prendre les patients rapidement quand c'est nous qui les adressons.

*S : Pour l'antibiothérapie, tu parlais d'Oflocet<sup>®</sup> en première intention ?*



M : Oui, pour les patientes qui vont bien cliniquement. J'ai eu une fois le cas de la patiente qui vomissait, par ailleurs allait bien donc je lui ai fait une IM de Rocéphine<sup>®</sup> et l'ai revue le lendemain comme elle avait arrêté de vomir je suis passée à l'Oflocet<sup>®</sup>.

*S : Tu l'as revue plus tôt ?*

M: Elle oui, à cause du vomissement.

*S : Sinon, tu les revois dans quels délais ?*

M : Normalement à 72h pour avoir tous les résultats. Sauf quand c'est en fin de semaine, je les revois cliniquement plus tôt même si je n'ai pas les résultats de l'ECBU à cause du week-end. De toute façon je leur dis que la fièvre doit disparaître en 24-48h.

*S : Pour l'antibiotique tu ne choisis pas une C3G à cause de la galénique, des difficultés à avoir des IDE pour les IM ou IV ?*

M : Non, juste une question d'habitude et parce que la forme orale est plus pratique.

*S : Tu récupères l'antibiogramme ?*

M :Oui et adapte si besoin l'antibiothérapie.

*S : Pour la réévaluation, tu les fais revenir systématiquement ?*

M : Oui je leur donne un rendez-vous à 48-72h. Je ne fais pas de réévaluation téléphonique. Ça me permet de récupérer les résultats des examens complémentaires.

*S : Qu'est-ce-que tu leur donnes comme conseils de surveillance ?*

M : Je leur dis en gros qu'il faut revenir systématiquement à 48-72 heures même s'ils vont mieux pour qu'on les voit cliniquement et qu'on voit les résultats. Il faut qu'ils reviennent avant s'ils vomissent les médicaments, s'ils ne peuvent s'hydrater correctement ou s'ils se sentent moins bien de façon générale. Je leur dis que normalement ça doit aller mieux dans les 24-48h et que si ce n'est pas le cas ce n'est pas normal et qu'ils doivent reconsulter.

*S : Qu'est-ce qui ferait que tu adresserais une patiente aux urgences dans le cadre d'une pyélonéphrite aigüe simple ?*

M : Si une personne vomit. Si on est vendredi soir et qu'il n'y a personne pour la réévaluer dans le week-end. Quelqu'un que je ne sens pas cliniquement, quelqu'un un peu hypotendu ou tachycarde, ou je ne suis pas sûre que la Rocéphine<sup>®</sup> seule soit suffisante, quelqu'un qui aurait besoin d'un peu plus de surveillance. Après, bien sûr, tous ceux qui ont des signes de gravité cliniques, type choc. Après la personne qui ne prend pas ses traitements, et enfin s'il y a un doute sur une grossesse.

*S : S'il ne prend pas ses traitements, par inobservance ou incompréhension, tu parlais tout à l'heure de patients illettrés ?*

M : En effet, s'il ne comprend pas comment prendre les traitements ou les conseils de surveillance, qui ne serait pas en mesure de revenir ou qui serait inobservant. Comme certaines comorbidités, la toxicomanie par exemple. La distance aussi, s'il habite loin et qu'il ne peut se déplacer facilement pour revenir

*S : Pour tes patients illettrés ça demande une vraie organisation ?*

M : Oui, d'abord il faut être sûr, qu'elle soit bien cliniquement, puis je lui demanderais de revenir le lendemain avec un traducteur. Après, je resterais dans les choses simples, je lui dirai d'aller au laboratoire maintenant, de prendre le médicament tout de suite je lui donne 3 objectifs simples : 1 ECBU, 2 traitements, 3 échos et je lui donne les heures et dates des rendez-vous.

*S : C'est toi qui prends les rendez-vous ?*

M : Dans ce cas oui. Par contre si je me rends compte que même ça elle ne comprend pas ou que c'est marqué dans le dossier qu'elle ne revient jamais j'aurais tendance à l'adresser aux urgences.

*S : Tu parlais de la consultation du vendredi soir ?*

M : Ah la fameuse consultation du vendredi soir !

*S : Elle change ta prise en charge ?*

M : Ca dépend, si j'ai le moindre doute parce qu'il y a quand même beaucoup de feeling dans l'histoire car même si on a des bonnes constantes parfois chez certains malades il y a quelque chose qui me dérange. Alors le vendredi soir, vraiment ça dépend le sujet jeune, pas le moindre doute clinique, qui a compris le traitement, qui a compris les signes devant l'amener à reconsulter, qui fera l'écho lundi matin et que je revois dans la foulée, je ferais un traitement ambulatoire. Mais dans tout autre cas, au moindre doute, j'enverrais beaucoup plus facilement aux urgences.

*S : A ton avis, en général, qu'est-ce qui peut motiver un médecin généraliste à adresser un patient aux urgences pour une pyélonéphrite aigue simple ?*

M : Certains médecins ne peuvent se libérer pour voir les patients en urgences ni pour les revoir. Certains ont peut-être peur d'oublier de les revoir si les patients ne prennent pas les rendez-vous. Ça peut aussi être lié à une expérience négative de leur part, s'ils ont eu une patiente qui a fait le choc le lendemain seul chez elle. Je pense que c'est essentiellement une question de disponibilité et d'expérience antérieures.

*S : Ta formation initiale ?*

M : J'ai fais un an de gynéco obstétrique avant de faire un droit au remord et de choisir la médecine générale. Donc j'ai un DES de médecine générale et un DU de gynéco.

*S : Pour ta formation médicale continue ?*

**M :** J'ai fait un DPC et il y a des groupes de pairs tous les mois à Gennevilliers.

*S : D'autres sources ? Internet ? Revue ?*

**M :** Oui, Antibioclic, je m'en sers pas mal pour l'infectieux.

*S : Je te propose quelques cas concrets pour voir la question différemment. Melle F. 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Vous réalisez une bandelette urinaire au cabinet ?*

**M :** Oui.

*S : Tu fais réaliser un bilan biologique et un ECBU en ville ?*

**M :** Si je n'ai pas de doute diagnostique, que la fièvre est bien tolérée, que les douleurs ne sont pas intenses et que la BU est positive, je ne ferais pas de bilan biologique en plus.

*S : Pas de créat ou de BHCG ?*

**M :** Non, je leur fais confiance

*S : Par contre tu fais un ECBU ?*

**M :** Oui.

*S : Si oui, as-tu un accord avec un laboratoire proche du cabinet médical pour avoir la biologie et l'examen direct de l'ECBU dans la journée ?*

**M :** Non, ils font l'examen dans la journée mais on ne récupère pas le direct.

*S : Tu fais réaliser l'échographie rénale en ville ?*

**M :** Oui.

*S : Si oui, as-tu un accord avec un radiologue pour réaliser l'examen dans les 24-48heures ?*

**M :** Oui.

*S : Melle F. 30ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 10/6 FC 120/min. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

**M :** Non, chez les jeunes la tension ne descend pas autant. Au vu des critères cliniques, je l'adresse aux urgences.

*S : Melle F. 30 ans, aux antécédents de cystites à répétition, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

**M :** Oui.

*S : Si oui, instaures-tu un traitement antibiotique d'emblée ?*

**M :** Oui.

*S : Si oui, quel antibiotique choisis-tu?*

M : Ca dépend, combien elle a eu de cystites, quel traitement elle a eu, si elle a un traitement au long cours et elle je la revoie avec l'antibiogramme. Dans ce cas, je prescrirais probablement une C3G.

*S : Du coup pour l'administration ?*

M : On a un cabinet d'IDE à coté qui prend nos patients en urgence.

*S : La durée du traitement IV ?*

M : Jusqu'à l'antibiogramme.

*S : Melle F. 70 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalises-tu un traitement ambulatoire ?*

M : C'est pas évident.

*S : Ok, quels sont tes arguments pour la traiter en ville ou l'adresser à l'hôpital ?*

M : En théorie, vu son âge, on ne devrait pas la traiter en ambulatoire. Mais si elle est très bien, qu'elle a pas ou peu de comorbidités, qu'elle n'a pas envie d'aller à l'hôpital...

*S : «Très bien» ? Qu'est-ce que ça veut dire ?*

M: Qu'elle est autonome, valide, qu'elle a toute sa tête, il faut aussi qu'elle n'habite pas loin, qu'elle ne soit pas seule, qu'elle n'est pas de grosse comorbidité type diabète, cardiopathie ni insuffisance rénale ou de traitement au long cours notamment, ceux pouvant interagir avec l'antibiotique. Là, je la traiterais peut être en ville mais il ne faut pas qu'on soit vendredi. Je la ferais revenir à 24h avec son bilan urgent ou j'aurais prescrit en plus de l'ECBU, une NUM, un iono, une créat, une CRP. Sinon je ne modifie pas ma prise en charge.

*S : Des choses à ajouter que j'aurais oublié, en fonction de ton expérience ?*

M : Pour le moment je n'en ai pas vu beaucoup en ville et ça s'est bien passé. Cependant une fois, aux urgences, une jeune femme, qui avait une petite insuffisance rénale car avait un syndrome poly malformatif qui était attendue dans l'heure dans le service pour adapter l'antibiothérapie. Mais qui, pour des histoires de brancardage était toujours là 5 heures après sans antibio. Et du coup en 3-4 heures s'est dégradée, elle est devenue hypotendue, tachycarde. Depuis, je me dis qu'il ne faut pas perdre de temps dans l'antibiothérapie et c'est un message que j'essaie de faire passer aux patients, que dès qu'ils ont fait le prélèvement ils prennent la première dose d'antibio quelle que soit l'heure.

*S : Est-ce que l'organisation du cabinet, et notamment ses accords avec les différentes structures, change quelque chose ?*

M : Oh oui, je crois que si j'étais dans un endroit que je ne connaissais pas bien, que je ne sais pas où demander l'écho, s'il n'y avait pas de labos ou de centres d'imagerie proches je pense que j'enverrais plus facilement aux urgences. En effet, j'ai remplacé dans certains endroits où je ne connaissais pas et là j'avais tendance à envoyer aux urgences.

*S : A cause de l'organisation ?*

M : Parce que l'organisation était compliquée, que je ne connaissais pas bien les patients et je me suis dit je préfère ne pas prendre de risque.

*S : Le fait de connaître les patients ça change ta prise en charge ?*

M : Oui, ton évaluation est plus fine, tu sais que tu peux leur faire confiance ou pas et du coup tu t'adaptes et tu adresses moins aux urgences.

*S : Un des collègues a cité dans l'entretien comme il s'agit de femme jeune que le fait d'avoir des enfants pouvait modifier la prise en charge...*

M : Non, après ça dépend de leur âge, si elle peut se faire aider par un mari, des parents, des amis car elle va être fatiguée. Après, si c'est une mère célibataire avec ses parents loin et des enfants en bas âge et qui refuse de se faire hospitaliser. Mais même en dehors des enfants, certains patients disent « il est hors de question que je me fasse hospitaliser débrouillez-vous autrement ». Dans ces cas-là, il faut expliquer les risques et s'adapter les voir plus rapidement. On trouve toujours une solution. Le pire reste le chien de la personne âgée !

*S : Oui. Quand ils partent du cabinet que leur dis-tu ? Quand leur dis-tu d'appeler les urgences ou SAMU ?*

M : S'ils vomissent, ne se sentent pas bien et qu'on n'est pas joignables. Sinon je préfère qu'ils appellent ou passent pour mieux se rendre compte, savoir s'ils y vont par leur propre moyen ou s'il faut prévoir ambulance ou SAMU. Voilà, si on n'est pas joignables, je leur dirais si ça ne va pas d'appeler le SAMU, car aller aux urgences on ne sait pas dans quel délai ils vont y aller et on ne sait pas leur état. On est dans une région où les patients ont énormément confiance dans leur médecin généraliste, ils viennent un peu pour tout et ça arrive qu'on doive, nous, appeler le SAMU. En plus, le SAMU fait de la régulation il est arrivé que j'hésite entre 2 moyens de transports et ils m'ont aidé à trancher.

*S : Au besoin c'est toi qui appelle l'ambulance ?*

M : Oui, et je prépare courrier. Après en dehors de l'état de choc, je ne garde pas forcément le patient sous les yeux mais en salle d'attente ça me permet de continuer les consultations tout en le surveillant entre 2 le temps que l'ambulance arrive.

*S : Merci beaucoup.*

M : De rien au revoir.

## ENTRETIEN 9

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : Bonjour, merci de me recevoir, j'aimerais, dans le cadre de ma thèse, discuter avec vous des difficultés que rencontrent les médecins généralistes lors de la prise en charge des pyélonéphrites aiguës simples et des raisons pour lesquelles ils les adressent aux urgences.*

**M : D'accord.**

*S : Si ça ne vous ennuie pas j'aimerais commencer l'entretien par quelques questions sur votre cabinet. Tout d'abord depuis quand êtes-vous installé ?*

**M : 2007.**

*S : Vous êtes-vous installé directement ou avez-vous fait des remplacements avant ?*

**M : J'ai fait des remplacements.**

*S : Votre organisation des consultations ?*

**M : Sur rendez-vous uniquement.**

*S : Uniquement? S'il y a une urgence ?*

**M : On essaie au maximum de les caser mais normalement, on ne consulte que sur rendez-vous.**

*S : Et c'est facile ?*

**M : Non, c'est très difficile, on est surbookés.**

*S : Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?*

**M : 15 minutes.**

*S : Faites-vous des visites à domicile ?*

**M : Oui entre 1 et 2 par jour.**

*S : C'est aussi sur rendez-vous ?*

**M : Oui, exclusivement.**

*S : Et s'il y a une urgence, je veux dire quelqu'un qui a 40 de fièvre et qui ne peut se lever.*

**M : C'est délicat. Avant, je prenais mon téléphone à 7h du matin, maintenant ce n'est plus le cas. Donc, dans ces conditions, je réoriente vers SOS médecin, le 15 ou les urgences.**

*S : Pourriez-vous me décrire votre patientèle ?*

**M : Très variée. J'ai beaucoup d'ALD 30, plus que la moyenne. Environ 30% de personnes âgées et puis 20-25% d'enfants.**

*S : Quel est le nombre moyen de consultations par jour ?*

**M : C'est variable entre 35 et 50.**

*S : J'ai vu que vous accueilliez un interne...*

**M : Oui depuis quelques mois.**

*S : Est-ce qu'elle consulte seule ?*

**M : Oui.**

*S : Est-ce que sa présence change votre pratique notamment l'organisation des consultations : durée ? Réévaluation des malades ?*

**M : Non, pas du tout.**

*S : On va maintenant s'intéresser à la dernière pyélonéphrite aigüe simple que vous avez prise en charge. Comment avez-vous fait le diagnostic positif ?*

**M : Femme jeune, d'abord des arguments cliniques : fièvre, signes fonctionnels urinaires, douleurs lombaires et bandelette urinaire.**

*S : Vous faites la bandelette urinaire systématiquement ?*

**M : Oui, devant ces symptômes.**

*S : Pour la fièvre, est-ce la patiente qui vous la rapporte ?*

**M : Non, je la mesure.**

*S : Et après ?*

**M : Je fais faire un ECBU.**

*S : Pour cet ECBU récupérez-vous le direct ?*

**M : Si j'appelle, oui.**

*S : C'est à vous d'appeler ?*

**M : Oui, mais je n'attends pas pour débiter le traitement.**

*S : Faites-vous un autre bilan ?*

**M : Oui, une numération et une fonction rénale.**

*S : Des BHCG ?*

**M : Ca dépend du contexte si elle prend sa contraception ou si elle a ses règles non.**

*S : Dans quels délais avez-vous les résultats du direct de l'ECBU ?*

**M : Assez rapidement, dans la journée.**

*S : Comment récupérez-vous les résultats ?*

**M : Par téléphone.**

*S : Ils vous appellent ?*

**M : Non, c'est moi qui appelle.**

*S : Pour l'antibiothérapie, quel est votre choix en première intention ?*

**M : Souvent Augmentin<sup>®</sup>.**

*S : Pourquoi ?*

**M : Par habitude et parce que ça marche.**

*S : Pas de C3G ? Notamment la Rocéphine<sup>®</sup>.*

M : C3G, IM ?

*S : ou IV.*

M : Non, parce que pas l'habitude et trop compliqué à organiser, je n'ai pas le temps de le faire et pas d'infirmière disponible dans ces délais.

*S : En ce qui concerne la réévaluation, dans quels délais revoiez-vous votre patiente ?*

M : Déjà, je prends des nouvelles téléphoniques dans les heures qui suivent systématiquement. Puis je les revois dans les 3 jours avec les résultats des examens.

*S : Dans ces cas-là vous avez l'antibiogramme ?*

M : Oui, mais c'est rare que j'ai à changer d'antibiothérapie.

*S : Pour l'imagerie, comment vous organisez-vous ?*

M : Pour l'échographie, je demande à un collègue et je l'ai assez rapidement.

*S : Donc dans ces cas-là c'est vous qui la demandez ?*

M : Oui, c'est moi qui appelle.

*S : Quelles sont les consignes de surveillance que vous donnez à votre patiente ?*

M : D'abord de surveiller sa température, ses mictions, en cas de douleurs très intenses ou si son état général se dégrade de ne pas attendre et de consulter directement aux urgences.

*S : Qu'est-ce qui vous ferait adresser une patiente aux urgences ?*

M : L'anurie, douleurs lombaires très algiques pour qu'elle ait l'échographie en urgence pour éliminer un calcul, si elle est enceinte évidemment. S'il y a un terrain particulier exemple si elle est diabétique ou HIV ou s'il y a une autre immunodépression.

*S : Y-a-t-il des causes non médicales qui vous feraient adresser la patiente aux urgences ?*

M : Oui, au niveau social déjà. Une patiente qui n'est pas gérable : qui a du mal à comprendre, qui n'est pas compliant, qui n'irait pas aux rendez-vous d'écho ou de réévaluation.

*S : D'un point de vue purement organisationnel, les consultations de fins d'après-midi ou du vendredi soir est ce que ça change votre prise en charge ?*

M : Ça, ça pose le problème de l'ECBU. Il est vrai que dans ce cas il m'est arrivé d'adresser la patiente aux urgences pour être sûr d'avoir un ECBU avant de débiter le traitement.

*S : La disponibilité du laboratoire est donc un facteur qui modifie votre prise en charge ?*

M : Oui, comme je veux un ECBU avant de débiter le traitement, si je ne peux l'avoir en ambulatoire, j'adresse la patiente aux urgences.

*S : Lors de vos remplacements, le fait de ne pas connaître vos correspondants ni vos patients, est-ce que cela modifiait votre prise en charge ?*

M : Déjà, j'étais plus jeune et je pense qu'on gère ce genre de choses plus facilement avec l'expérience. Après je ne pense pas que ça ait beaucoup modifié les choses.



*S : Qu'est ce qui influencerait votre prescription à la fois sur l'antibiothérapie et sur le choix de prendre en charge la patiente en ambulatoire ou de l'adresser aux urgences ?*

**M :** Là, j'ai un nouvel outil qui est Antibioclic ce qui change un peu les choses. Je l'utilise donc ça peut modifier mes prescriptions.

*S : Vous parliez du contexte social ?*

**M :** En effet, si elle a des enfants qu'elle ne peut laisser ou si elle est seule sans possibilité d'une surveillance, bien sûr que ça modifie mon choix de la traiter en ville ou pas. On s'adapte au cas par cas.

*S : Selon vous, qu'est-ce qui en général pourrait faire qu'un médecin généraliste ne puisse pas prendre en charge une pyélonéphrite aigue simple en ville ?*

**M :** Honnêtement, essentiellement les habitudes, il y a peut-être des collègues pour qui la pyélonéphrite doit systématiquement aller à l'hôpital ou qui ne veulent pas les prendre en charge.

*S : Mais pourquoi ne voudraient-ils pas les prendre en charge ?*

**M :** Je ne sais pas, je n'ai pas de réponse.

*S : Quelle est votre formation initiale ?*

**M :** J'ai passé l'internat en 96, j'ai fait un DES de médecine du travail avec beaucoup de remplacements en médecine générale pendant mon internat, chose qu'on ne peut plus faire maintenant, et puis je suis revenu à la médecine générale après.

*S : Et pour votre formation médicale continue ?*

**M :** Le réseau Paris 7 et les revues de la littérature ; je suis inscrit à Prescrire et à la revue du Prat. Et j'utilise pas mal internet.

*S : Et comment sélectionnez-vous les articles sur internet ?*

**M :** En fonction de ce qui m'intéresse.

*S : Je vous propose d'aborder la question à travers quelques exemples concrets : Melle F. 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Vous réalisez une bandelette urinaire au cabinet ?*

**M :** Oui, systématiquement

*S : Vous faites réaliser un bilan biologique et un ECBU en ville ?*

**M :** Oui

*S : Si oui, avez-vous un accord avec un laboratoire proche du cabinet médical pour avoir la biologie et l'examen direct de l'ECBU dans la journée ?*

**M :** Oui.

*S : Vous faites réaliser l'échographie rénale en ville ?*

M : Oui, je les ai dans les 48-72 heures car j'ai un contact avec le radiologue voire dans les heures qui suivent.

*S : Pour le traitement vous le réalisez ?*

M : Si la BU est positive, je lui demande de commencer le traitement dès qu'elle a fait l'ECBU sans en attendre les résultats.

*S : Choix du traitement antibiotique probabiliste ?*

M : Augmentin®.

*S : Pourquoi ne choisissez-vous pas les C3G ?*

M : Problème d'organisation, notamment je n'ai pas d'accord avec des IDE donc c'est compliqué à organiser.

*S : Revoyez-vous systématiquement la patiente à 48h avec les résultats de l'antibiogramme et de l'échographie ?*

M : Oui, je la rappelle même dans la journée, moi ou la secrétaire pour s'assurer qu'elle va bien.

*S : Melle F. 30ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 10/6 FC 120/min. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Non, là je la fais hospitaliser sur les critères cliniques de choc septique.

*S : Melle F. 30ans, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles, fièvre et vomissement avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas d'autre signe de mauvaise tolérance.*

M : Là, comme elle ne peut prendre son traitement per os, et qu'il lui faut de la Rocéphine® IV ou IM, je l'adresserais aux urgences. Mais il est vrai que si j'étais à la campagne, isolé, je la prendrais en charge différemment probablement en ambulatoire. Mais ici, on a Beaujon en face donc je l'adresserais aux urgences.

*S : Donc pour vous, le fait d'avoir un hôpital à coté fait que l'on adresse plus facilement les patients aux urgences ?*

M : Oui bien évidemment !

*S : Melle F. 30 ans, aux antécédents de cystites à répétition, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Oui, sauf que dans un deuxième temps elle aura besoin d'examens complémentaires pour rechercher les causes de ses cystites à répétition.

*S : Est-ce que ça change votre antibiothérapie probabiliste ?*

**M : Ça devrait.**

*S : Instaurez-vous un traitement antibiotique d'emblée ou attendez-vous les résultats de l'ECBU?*

**M : Non je n'attends pas les résultats de l'ECBU si c'est une pyélonéphrite.**

*S : Quel antibiotique choisissez-vous ?*

**M : Je reste sur l'Augmentin®.**

*S : La revoyez-vous plus précocement? Est-ce-que ça change votre suivi ?*

**M : Oui, elle aura de toute façon avec un urologue car elle a peut-être une malformation.**

*S : Mme F. 70 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance.*

**M : Là, il y a plein de choses qui vont rentrer en compte. Tout d'abord l'entourage, l'âge physiologique, et la demande du patient.**

*S : Quand vous dites l'âge physiologique, ça correspond à quoi ?*

**M : 70 ans, c'est jeune mais il faut qu'elle comprenne, qu'elle soit autonome sans démence et qu'elle ne veut vraiment pas aller à l'hôpital. On peut peut-être trouver d'autre solution, il y a les recommandations et la vie réelle parfois. Surtout si elle est entourée.**

*S : Est-ce que ça modifie votre antibiothérapie ?*

**M : Non.**

*S : Est-ce-que ça modifie votre surveillance ?*

**M : Sur ma surveillance, pas forcément.**

*S : Est-ce-que vous modifiez votre bilan ?*

**M : Non, je fais le même bilan : écho et biologie sanguine avec fonction rénale.**

*S : Avez-vous des choses à ajouter ?*

**M : Non.**

*S : Merci beaucoup.*

## **ENTRETIEN 10**

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : Bonjour, merci de me recevoir. Je m'intéresse pour mon projet de thèse aux difficultés que rencontrent les médecins généralistes à prendre en charge en ville les pyélonéphrites aiguës simples. Si ça ne vous ennuie pas on va commencer l'entretien par quelques questions administratives sur le cabinet pour savoir un peu comment il fonctionne. Depuis quand êtes-vous installé?*

**M : Je suis installé depuis 1995, je crois.**

*S : Comment s'organisent vos consultations ? Se font-elles sur horaires libres ou sur rendez-vous ?*

**M : Je consulte peu en cabinet car je m'occupe beaucoup de crèches et de maisons de retraite. Je ne suis jamais là avant 10h30, je consulte d'abord sans rendez-vous puis sur rendez-vous. L'après-midi, je suis en maison de retraite et le soir c'est sur rendez-vous et sans rendez-vous.**

*S : La durée moyenne d'une consultation?*

**M : 15 minutes. Sachant que ça peut durer plus longtemps surtout le soir car j'ai plus de patients le soir et que j'arrive à avoir près d'une demi-heure de retard quand je commence ma consultation libre. Mais comme ça peut durer moins longtemps comme par exemple le jeune que j'ai vu juste avant qui venait pour pas grand-chose.**

*S : Faites-vous des visites à domicile?*

**M : J'en fais le moins possible car c'est très chronophage.**

*S : Sur rendez-vous ou les urgences?*

**M : Alors, les nouveaux patients j'évite parce que ras le bol, les petites mamies je ne les lâche pas j'irai les voir de toute façon et une maman, que je suis, qui m'appelle parce que son père à 40 je passerais les voir même à 9h du soir. Donc c'est programmé et non programmé.**

*S : De ce fait quel est le nombre moyen de consultations par jour?*

**M : En dehors de la maison de retraite je dois faire entre 20 et 30.**

*S : Formez-vous un interne ?*

**M : Non, pas pour le moment.**

*S : On va maintenant s'intéresser à la dernière pyélonéphrite aiguë simple que vous avez prise en charge ou celle dont vous vous souvenez ! Quels ont été vos arguments pour faire le diagnostic positif ?*

M : Par élimination, il s'agissait d'une femme qui avait fait plusieurs cystites qui avait des brûlures mictionnelles, de la température, qui avait eu des frissons les 3-4 jours précédents, une douleur lombaire. On a éliminé par la clinique la crise de colique néphrétique, je lui ai fait faire un ECBU et débiter un traitement antibiotique probabiliste pour infection urinaire haute et basse. Dans ma pratique de la pyélonéphrite, pour que je l'envoie aux urgences, il faut vraiment que la patiente ne soit pas bien. Qu'elle arrive bien sûr si l'état de choc mais également si elle me décrit des frissons, qu'elle me dit que ça ne va pas, qu'elle dit que ça fait plusieurs jours que ça dure, il faut vraiment qu'il y ait une altération de l'état général. En plus, quand il s'agit de mes patients au cabinet, je les connais, je sais comment ils sont et je vois quand ils sont franchement pas bien.

*S : Pour la température, c'est vous qui la prenez?*

M : Oui. Pour mes consultations, je note tout sur informatique, je note ce qu'ils me disent « a eu ce week-end 39,5°C », mais ici j'ai un thermoscan et je recontrôle systématiquement. Bien sûr s'ils ont pris un Doliprane dans les 3 heures, j'en tiens compte mais dans les pyélo ça baisse rarement avec une seule prise de Doliprane.

*S : Faites-vous faire une bandelette urinaire?*

M : Oui, systématiquement.

*S : Pour l'ECBU, récupérez-vous le direct?*

M : Oui, je le marque sur l'ordonnance et les labos me faxent le direct. De plus, les deux labos, ceux avec qui je travaille le plus, ont l'habitude de m'appeler s'il y a quelque chose. Là récemment, ce n'était pas une pyélonéphrite mais une gonococcie, il s'agissait d'un homme jeune, il avait un truc qui trainait et le labo m'a appelé car ils ont trouvé une PCR positive. J'ai l'habitude de travailler avec des correspondants qui me préviennent s'il y a quelque chose d'atypique ou s'il y a quelque chose de positif que je peux traiter ou si je dois revoir les malades rapidement.

*S : Pour l'imagerie?*

M : Je demande systématiquement une échographie.

*S : C'est vous qui la demandez, qui prenez le rendez-vous?*

M : Non, mais dans la pyélonéphrite comme je veux que ce soit fait rapidement je leur donne des pistes des confrères avec qui j'ai l'habitude de travailler et qui prennent dans les 24-48 heures mes urgences. Par exemple, même si ça fait un peu loin, la Clinique Ambroise Paré, je connais le chef de service, et il sait que quand je demande un examen en urgence c'est justifié. Par contre je dis bien aux patients que s'ils n'arrivent pas à avoir le rendez-vous dans les 24-48 heures, qu'ils me préviennent et dans ce cas c'est moi qui prends le rendez-vous.

*S : Quelles sont les recommandations que vous donnez à la patiente ?*

M : De me rappeler si ça ne va pas.

*S : C'est-à-dire ?*

M : De me rappeler si avec le début de l'antibiotique en 24-36 heures ils n'ont pas une sensation de mieux, ils n'ont pas moins de température, moins de frissons, qu'il persiste cette sensation d'altération de l'état général. Et surtout, si c'est la nuit ou je que ne suis pas joignable d'aller directement aux urgences de ne pas attendre la consultation du lendemain.

*S : Dans quels délais les revoyez-vous ?*

M : Je les revois avec les résultats de l'échographie. Et je les revois avant si à l'ECBU, il y a un germe qui n'est pas couvert par l'antibiotique que j'ai donné à spectre large.

*S : Donc, là c'est vous qui récupérez l'antibiogramme et qui en fonction rappelez ou non le patient ?*

M : Oui, dans les 72 heures.

*S : Quel est votre choix pour l'antibiothérapie probabiliste ?*

M : Ca dépend, Noroxine<sup>®</sup> souvent à dose plus longue qu'une infection urinaire normale et je change au bout de 72 heures si jamais ce n'est pas bon.

*S : Pas de Rocéphine<sup>®</sup> ?*

M : La Rocéphine<sup>®</sup>, j'en fais beaucoup en maison de retraite. Mais, en maison de retraite ma démarche n'est pas la même. J'ai à faire à des personnes âgées, souvent alitées, avec des protections donc ça macère, des gens fragiles avec des comorbidités donc là que ce soit une infection urinaire ou pulmonaire c'est 1g de Rocéphine<sup>®</sup> IM pendant 10 jours. En ville, c'est moins commode, vous êtes cadre commercial, vous venez me voir parce que ça ne va pas très bien et je vais vous faire une ordonnance pour aller voir une infirmière tous les jours pendant 10 jours. Je pense que pour certains patients, ça va les rebuter, du coup ça va coïncider au niveau de l'observance. Il y en a même qui iront voir un autre confrère pour changer de galénique et en avoir un autre plus facile. Alors que le traitement per os, je suis sûr de l'observance.

*S : Si toutefois vous décidez de faire de la Rocéphine<sup>®</sup>, comment vous organisez-vous ? Vous les faites vous-même ? Vous avez des accords avec des infirmières ?*

M : Je le fais faire par une infirmière j'ai deux-trois adresses dont une que j'appelle directement. Parce que même si je n'hospitalise pas souvent les pyélonéphrites car je pense que quand on sait un peu, c'est quelque chose que l'on peut gérer en ville je m'assure que l'observance et le suivi vont être parfaits parce que c'est quelque chose qui peut dégénérer très vite.

*S : Et ça, cette crainte du sepsis peut être une raison d'orientation vers les urgences ?*

M : Oui.

*S : Alors comment vous faites, pour vous assurer de l'observance et du suivi ?*

M : Les infirmiers je les connais donc je leur demande si les patients viennent bien. Je demande aux gens de me rappeler.

*S : Systématiquement ?*

M : Oui, je le fais pour beaucoup de patients avec diverses pathologies mais encore plus avec l'infectieux. Je leur demande de me rappeler dans les 24 heures pour me dire comment ça va. Je préfère être dérangée pendant une consultation et avoir un patient qui me dit « bah le médicament que vous m'avez donné c'est super ça va mieux » ou l'inverse, « ce que vous m'avez donné c'est pas terrible, ça va pas mieux » et dans ces cas-là je leur demande de revenir. Je ne les lâche pas dans la nature comme ça.

*S : Donc le fait de ne pas choisir la Rocéphine® n'est pas une question de difficulté organisationnelle mais plutôt pour un risque de mauvaise observance ?*

M : Exactement.

*S : Vous revoyez les patients avec les résultats d'échographie, dans votre organisation c'est faisable facilement ?*

M : Oui, je leur donne un rendez-vous à 72 heures.

*S : Qu'est ce qui ferait que vous adressiez une patiente aux urgences ?*

M : Plusieurs choses, une altération de l'état général franche, une altération de l'état général en fonction de ce que je connais de la patiente parce qu'il y a aussi comment les patients réagissent. On est bien sensibilisés dans les maisons de retraite sur les coups de chaleur sur les changements de la personne non pas dans l'absolu mais par rapport à son état de base pour apprécier une altération de l'état général. Quelqu'un qui aurait commencé un antibiotique tout seul plus ou moins probabiliste et qui n'irait pas mieux. Quelqu'un qui aurait une douleur franche, intense et qui l'handicape dans sa vie au quotidien. Une grosse température. Quand je pense que c'est border line de les laisser repartir dans la nature comme ça tant sur la clinique que sur l'observance. Quelqu'un qui est seul par exemple une jeune femme comme vous, qui serez transplantée de votre province sans famille, ni mari ni copain et je vous trouverais dans un état moyen je ne prendrais pas le risque de vous laisser toute seule donc c'est une question que je pose, « est-ce que vous vivez seule ? Est-ce qu'il y a quelqu'un avec vous ? ». Voilà les critères qui me feraient orienter mes patientes vers les urgences. Une récurrence, surtout si le delta est court j'aurais tendance à l'envoyer aux urgences.

*S : Existe-t-il des arguments non médicaux ?*

M : Les patientes seules ou isolées. Les patientes ayant un terrain débilite, j'ai en tête une patiente que j'ai envoyée aux urgences, parce que c'est une femme bi-polaire qui prend un traitement lourd, j'en prendrais la moitié je serai par terre. Elle, je ne prendrais pas le risque.

*S : Parce qu'il y a un risque qu'elle ne soit pas observante ?*

M : Oui et que je sais qu'on va aller droit dans le mur.

*S : Pour les patientes qui ont un niveau socio-éducatif bas, notamment celles qui ne savent pas lire ou écrire ou qui comprennent mal le français voire ne le comprennent pas du tout, est ce que ça change votre prise en charge ?*

M : Bien sûr, elles font partie des gens que je ne laisse pas dans la nature. J'ai une patiente qui est originaire d'Afrique du Nord qui ne parle pas français et dont le fils parle mal le français et qui de ce fait n'est pas observante. Donc cela fait partie des patientes que j'adresserais aux urgences pas pour des raisons médicales mais pour des raisons psycho-sociales.

*S : Dans les entretiens précédents, un des freins qui revenait est la consultation du vendredi soir. Qu'est-ce que vous en pensez ?*

M : Vous voulez dire la consultation d'avant le week-end ? C'est vrai que je finis rarement avant 21h parfois 20H30 mais jamais avant 20H. Donc si je sais que je ne peux avoir aucun examen complémentaire, surtout, l'ECBU, avant lundi c'est problématique parce que soit je débute sans tarder l'antibiotique probabiliste sans l'ECBU et j'évite. Mais si la patiente a 30-50 ans avec une vie de famille, qu'elle ne veut vraiment pas se taper les urgences un vendredi soir, plutôt que de leur faire une lettre pour les urgences en étant sûre qu'ils ne vont pas y aller une fois sur deux, je préfère démarrer un antibiotique probabiliste à l'aveugle avec l'infirmière que j'appelle si je choisis la forme injectable avec une écho à faire lundi. Quitte à me planter et avoir quelqu'un qui me rappelle en me disant ça ne va pas mieux auquel cas on fait une fenêtre de 48 heures et on refait un ECBU. Si je ne sens pas les gens, cliniquement ou sur le plan psycho-social je les enverrais plus facilement aux urgences dans ce cas-là.

*S : Pour des raisons de réévaluation ?*

M : Oui, essentiellement, même si je leur dis d'aller aux urgences ou d'appeler le 15 si ça ne va pas mieux dans le week-end.

*S : Faites-vous faire un bilan sanguin ?*

M : Oui, si c'est pour une pyélonéphrite aigüe simple juste une urée, une créatinine, une NFS et une VS.

*S : Des BHCG ?*

M : Pas systématiquement, mais je pose la question. Je pose toujours la question à une femme jeune si elle pense être enceinte ou pas.



*S : Selon vous, en général, qu'est-ce qui ferait qu'un médecin généraliste envoie une patiente aux urgences dans le cadre d'une pyélonéphrite aigüe simple ?*

M : J'aurais tendance à dire, de plus en plus la trouille d'avoir des problèmes parce que je ne sais pas si vous exercez déjà mais vous verrez que les gens ne sont pas agréables toujours, mais ça vous devez le voir aussi aux urgences, les gens sont de plus en plus procéduriers. Le médecin maintenant, c'est un petit peu moins qu'une merde sur une pelle en bois. Donc j'ai déjà eu cette discussion avec des confrères, et maintenant on ouvre son parapluie, du coup on envoie à l'hôpital et après l'hôpital se débrouille et là je ne prends pas de risque. Moi, j'essaie, mais peut-être que si j'ai un souci prochainement ce que je n'espère pas, et dans ce cas je serais moins enclin à le faire, mais j'ai pas non plus fais 15 ans d'études pour uniquement écrire des papiers en disant à l'hôpital « débrouillez-vous », je pense qu'on est quand même capables de faire autre chose que soigner un rhume, enfin j'essaie, c'est aussi ça qui est intéressant. En plus à la maison de retraite, on fait un peu plus de trucs, on perfuse des gens, on est un peu plus médicalisés qu'en cabinet. Donc j'aurais tendance à fonctionner de façon plus médicale même si je garde le trouillomètre qui fonctionne un petit peu. Il y a beaucoup de médecins qui n'oseront pas. Ils n'oseront pas pour la peur des conséquences. Il y en a pas mal, surtout ceux qui ont 10-15 ans de plus que moi, et qui n'ont pas envie de s'emmerder avec l'infrastructure, qui ne vont pas appeler pour prendre rendez-vous pour le patient, qui ne vont pas prendre le temps de dire aux patients de le rappeler pour prendre des nouvelles, qui ne vont pas s'emmerder avec l'infirmière. Et puis s'ils savent que la pharmacie du coin est fermée que les patients n'auront pas les médicaments donc ils les envoient à l'hôpital.

*S : Est-ce que le fait de connaître votre patiente le modifie votre prise en charge ?*

M : Oui, on a des patients qui vous ressemblent. Moi, il y a des gens qui viennent une fois, deux fois, ils ont fait le tour et donc ils savent que ça ne collera pas. Donc mes patients, je les connais, en plus j'ai 50 ans, ça fait 50 ans que je vis dans cette ville, donc il y a plein de patients que je tutoie, il y a des patients dont leurs enfants ont maintenant 20 ans et que j'ai suivi tout petits. Donc mes patients, c'est au feeling, je sais comment ils fonctionnent, je sais que je peux leur faire confiance. Certains ont même mon numéro de portable pour la nuit s'il y a une urgence. Dans ces conditions, je suis plus enclin à faire de la médecine de ville que d'hospitaliser. Mais en même temps, je n'hésiterais pas à adresser quelqu'un aux urgences si je sais qu'il y a un ou deux critères qui seront rédhibitoires.

*S : Votre expérience modifie-t-elle votre prise en charge ? Autrement dit, pensez-vous que jeune médecin vous auriez fait pareil ?*

M : Non, je ne pense pas que ça aurait changé quelque chose. J'aurais fait pareil.

*S : Je vous propose maintenant de finir d'une manière un peu ludique d'aborder la question à travers quelques exemples concrets. Melle F. 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance Vous décidez de la prendre en charge en ambulatoire ?*

**M : Oui.**

*S : Vous réalisez une bandelette urinaire au cabinet ?*

**M : Oui.**

*S : Vous faites réaliser un bilan biologique et un ECBU en ville ?*

**M : Oui, dans la foulée.**

*S : Elle débute le traitement après le prélèvement ?*

**M : Oui.**

*S : Et vous la revoyiez ?*

**M :** Avec les résultats des examens complémentaires. Parfois pour ne pas multiplier les consultations je lui dis de vérifier dans un premier temps avec le labo que l'antibiotique est adapté au germe. Et moi, je la revois avec le résultat de l'ECBU, de l'échographie en une fois pour ne pas multiplier les consultations.

*S : Quels sont les conseils de surveillance que vous lui donnez ?*

**M :** De me rappeler systématiquement dans les 48 heures pour me dire comment elle va. Ou lundi matin si on est vendredi et de revenir avec l'ensemble des résultats. Je lui dis que ça doit aller mieux avec le traitement dans les 24-48 heures et que si ce n'est pas le cas de me rappeler ou si je ne suis pas joignable d'aller aux urgences.

*S : Il s'agit maintenant de la même jeune femme, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 10/6 FC 120/min. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

**M :** J'essaie d'approfondir l'examen et de voir ce qu'elle veut mais là je ne suis pas tentée de la traiter en ville. Une jeune femme qui n'a pas d'antécédent qui est tachycarde et qui a 10/6 de tension je ne la traite pas en ville. De plus si elle est seule, j'appelle un taxi ou une ambulance, je ne la laisse pas repartir par ses propres moyens, seule.

*S : On reprend le cas de la première jeune femme celle 30 ans, sans antécédents, qui a une tension correcte à 12/8, une FC 80/min mais qui vomit. Décidez-vous de la prendre en charge en ambulatoire ou l'adressez-vous aux urgences?*

M : Alors là, les vomissements ne sont pas un signe de gravité en lui-même mais ça veut dire que si elle recrache l'antibiotique elle ne l'aura pas. Si je décide de la traiter en ville j'opterais pour une antibiothérapie par C3G pour des raisons mécaniques.

*S : Donc vous ne l'adressez pas systématiquement aux urgences ?*

M : Tout dépend de la tolérance, si par ailleurs elle est bien, qu'il ne s'agisse que de quelques vomissements, et qu'elle n'est pas à 4 pattes par terre, oui je la prendrais en charge en ville.

*S : La même jeune femme, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance mais elle a comme antécédent des cystites à répétition. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Oui, je la traite en ambulatoire. Mais à distance de l'épisode infectieux, je l'adresse à un urologue pour faire un bilan étiologique et peut-être une urographie intra veineuse pour faire le bilan et savoir pourquoi elle fait des pyélo et des cystites à répétition car c'est peut-être un bas appareil urogénital qui est un peu court. Après il faut poser certaines questions, qui sont difficiles à poser parfois, il y a des pratiques sexuels parfois dans les couples qui peuvent favoriser ce genre de chose, il y a des gens qui voyagent beaucoup et qui vont dans des hôtels où l'hygiène n'est pas toujours irréprochable. Mais dans ce cas, si la tolérance est bonne comme vous la décrivez, je la traiterais en ville mais j'orienterais le bilan vers la recherche d'une étiologie.

*S : Instaurez-vous un traitement antibiotique d'emblée ?*

M : Oui.

*S : Quel antibiotique choisissez-vous ?*

M : Je lui demande ce qu'elle a déjà reçu comme antibiotique, si c'est une de mes patientes, j'ai l'historique. Parce que si elle a déjà été traitée 15 fois par Noroxine<sup>®</sup> pour une cystite je ne vais pas en mettre une seizième fois, là je serais plus tentée par une C3G. Et là clairement, je lui explique d'autant mieux que l'ECBU, il se fait avant traitement pour surtout ne pas passer à côté de quelque chose.

*S : Antibiothérapie que vous adaptez dans un second temps à l'antibiogramme ? Ou vous continuez avec la C3G ?*

M : Non, j'adapte à l'antibiogramme et si possible privilégie une forme per os c'est plus sympa et plus pratique pour la patiente.

*S : La surveillance de cette patiente est-elle particulière ?*

M : Oui, je la revois de la même manière à 48 heures et faire un courrier pour l'urologue, prendre rendez-vous pour une UIV, et je lui demande de me revoir après la consultation avec l'urologue.

*S : Melle F. 70 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ou l'adressez-vous aux urgences ?*

M : 70 ans ça ne veut rien dire ! Il y a des gens de 70 ans qui en font 90 et des gens de 70 ans qui en font 60.

*S : Mais les recommandations s'arrêtent à 65 ans.*

M : J'ai bien compris que vous aviez fait exprès ! Si c'est une patiente du cabinet que je connais bien, je ne suis pas forcément les recommandations, et je fais en fonction de la patiente que je connais au cabinet et du contexte.

*S : Qu'est-ce qui fait que vous la traiteriez en ville ou que vous l'adresseriez aux urgences ?*

M : La tolérance, le terrain, la connaissance de ma patiente et l'infrastructure derrière : vit seule, vit pas seule, va bien faire ce que je lui dis, va revenir me voir, qu'elle a les numéros pour me joindre, qu'elle va pouvoir me téléphoner etc....

*S : Qu'est-ce qui vous ferait l'adresser aux urgences ?*

M : Un traitement pour une insuffisance cardiaque ou une ACFA, une femme qui a déjà un traitement lourd, si elle a eu un cancer du sein et qu'elle a un traitement au long cours pour cela.

*S : Qu'entendez-vous par infrastructure ?*

M : Qu'elle ne vive pas seule, qu'elle ne soit pas démente et qu'elle soit autonome, qu'elle puisse me rappeler et revenir.

*S : Instaurez-vous un traitement antibiotique d'emblée ?*

M : Oui.

*S : Quel antibiotique choisissez-vous ?*

M : Si c'est pas récidivant, si c'est de facto comme ça, qu'il n'y a pas de facteur déclenchant particulier je pense que je commencerais quand même par une forme per os.

*S : Est-ce que vous modifiez votre surveillance ?*

M : En période aigue, je pense que je la reverrais comme les autres à 48 heures mais j'essaierais de la revoir un mois après avec un ECBU de contrôle pour être sûre que l'ECBU est stérile et parfait. Et je l'incite à m'appeler au moindre signe de récurrence. Par contre si elle récidive, c'est les urgences pour avoir une exploration plus pointue.

*S : Dans quels cas dites-vous à vos patientes d'appeler les urgences ?*

M : Si je ne suis pas joignable, c'est-à-dire à partir de 19h30 et le week-end et surtout si ça ne va pas mieux.

*S : Voyiez-vous quelque chose à ajouter ?*

**M : Non.**

## ENTRETIEN 11

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : Bonjour, tout d'abord merci de me recevoir. Dans le cadre de mon projet de thèse, je m'intéresse aux freins que rencontrent les médecins généralistes à prendre en charge en ambulatoire les pyélonéphrites aiguës simples.*

M : Ah ouais! Je ne les envoie pas aux urgences moi! Je pense que si elles arrivent aux urgences c'est qu'on n'a pas fait le diagnostic, parce que maintenant une pyélo ça peut se traiter en ville. Parce que si la clinique est évidente, d'un point de vue antibiotique et autre, on a ce qu'il faut maintenant. On n'en envoie que très peu, bien sûr l'enfant, ou s'il y a des signes de mauvaise tolérance de la fièvre, ou s'il y a des signes de déshydratation, ou les enfants qui ne s'alimentent plus qui ne prennent plus leur bib. Autrement non, quand c'est évident avec une douleur, fièvre, signes mictionnels.

*S : Comment faites-vous le diagnostic ?*

M : Et ben, essentiellement clinique, avec les signes cités plus tôt puis l'ECBU.

*S : Faites-vous des bandelettes urinaires au cabinet ?*

M : Non.

*S : Parce que ?*

M : Pas le temps. Parce que je n'ai pas le temps. Je demande directement l'ECBU et dès que l'ECBU est prélevé on commence l'antibiothérapie.

*S : Récupérez-vous le direct ?*

M : Avec le labo ? Oui.

*S : Est-ce que ça se fait automatiquement ou bien êtes-vous obligé de les appeler ?*

M : Ca, c'est une bonne question, non ils me l'envoient par informatique l'après-midi même, en général, sauf si c'est normal dans quel cas ils ne m'envoient rien. Parfois même s'il est pathologique, il m'appelle.

*S : Pour l'antibiothérapie, vous la débutez quand ? Tout de suite après le prélèvement ? Ou après le résultat du direct ?*

M : Dès que le prélèvement est fait.

*S : Quel antibiotique choisissez-vous en probabiliste ?*

M : Ca dépend du tableau clinique. Je suis assez quinolones au départ puis on adapte avec l'antibiogramme. Parfois c'est la Rocéphine<sup>®</sup> en injectable.

*S : Pour l'injection comment vous organisez-vous ? C'est vous qui la faites ? Vous avez un accord avec des infirmières ?*

M : Il y a un cabinet d'infirmières à coté avec qui j'ai l'habitude de travailler et qui prend les urgences.

*S : En ce qui concerne l'imagerie, en faites-vous systématiquement ?*

M : Non.

*S : Si vous décidez d'en faire, vous faites quoi ? Et comment vous organisez-vous ?*

M : Une écho et ça, c'est pareil on les a tout de suite.

*S : Parce que vous avez un accord avec le cabinet à coté ?*

M : Oui depuis le temps, ils prennent rapidement mes urgences.

*S : Dans ce cas là, c'est vous qui prenez le rendez-vous ?*

M : Ca dépend si c'est quelqu'un de cortiqué, je lui donne le numéro et il se débrouille sinon je prends moi-même le rendez-vous.

*S : Et vous l'avez dans quels délais ?*

M : Dans les 24 heures.

*S : Dans quels délais revoyez-vous vos patients ?*

M : Je ne les revois pas. Enfin ça dépend, si au bout de 3 jours ça va je ne les revois pas.

*S : Mais comment savez-vous qu'ils vont bien ?*

M : Et ben, je leur explique qu'il faut qu'ils surveillent leur température, leur douleur, leur état général.

*S : Et s'il y a un souci avec l'antibiogramme, vous les rappelez ?*

M : Non, en fait je leur dis de passer me montrer les résultats entre 2 consultations.

*S : Quels conseils de surveillance leur donnez-vous ?*

M : Je leur dis de boire, de surveiller leur température et leur douleur.

*S : Pour les reconsultations, ou l'appel aux urgences, leur donnez-vous des conseils particuliers ?*

M : Pas spécialement, mais dans le coin ils savent, ils savent que je ne me déplace pas facilement, que si ça ne va pas il vaut mieux aller aux urgences ou appeler le 15.

*S : Qu'est-ce qui ferait que vous adresseriez une patiente aux urgences ?*

M : Essentiellement l'état général, si elle est grise, si elle est pale, si elle n'a plus de tension, s'il y a une franche altération de l'état général, si elle ne mange plus ou ne s'hydrate plus, si elle est pliée en deux.

*S : En plus de l'ECBU, faites-vous un bilan biologique ?*

M : Ca dépend, si je connais la personne ou pas. Si je la suis régulièrement et qu'elle a un bilan récent je n'en refais pas. A l'inverse, si c'est quelqu'un que je ne connais pas ou si le bilan date j'en ferais probablement un ou si l'histoire ne me paraît pas claire.

*S : Et que demandez-vous ?*

M : Un bilan classique, avec une NUM, une CRP et une fonction rénale. Mais en général, je le demande en décalé, j'attends que l'épisode aigu soit passé. Parce que dans l'aigu, on va avoir un syndrome inflammatoire avec une CRP au plafond, ce qui n'a aucun intérêt.

*S : Pour la jeune femme, demandez-vous systématiquement des BHCG ?*

M : Non, je lui demande si elle a un risque de grossesse.

*S : En dehors, d'argument clinique, qu'est-ce qui ferait que vous adresseriez une patiente aux urgences ?*

M : Je ne vois pas.

*S : Par exemple, ce qui revient dans d'autres entretiens c'est la consultation du vendredi soir à la fois car il est impossible d'avoir les examens complémentaires et aussi parce que la réévaluation à 48 heures est difficile.*

M : Non, moi je ne travaille pas le vendredi, et j'ai quelqu'un qui vient le vendredi et le samedi me remplacer et donc qui peut réévaluer ce que j'ai vu jeudi. D'autre part, on leur dit bien que si ça ne va pas il faut appeler le 15.

*S : Tout à l'heure vous parliez de "patients cortiqués", à l'inverse, comment vous organisez-vous avec les patients qui comprennent moins bien ?*

M : Ça c'est la galère, je les garde quand même en ville, j'essaie de les faire venir avec un traducteur, et je donne que des messages clés, peu mais clairs!

*S : Depuis quand êtes-vous installé ?*

M : Depuis 1987, soit 25 ans.

*S : Comment s'organisent vos consultations ?*

M : Plutôt sans rendez-vous, j'ai quelques rendez-vous le lundi et mercredi matin, quelques créneaux mardi et jeudi aussi.

*S : Du coup pour les urgences c'est facile de les voir dans la journée ?*

M : Oui, ils viennent et même s'ils attendent un peu, je les vois dans la journée.

*S : Vous faites des visites à domicile ?*

M : Oui, mais uniquement les personnes âgées, le gamin ou l'adulte qui appelle pour de la fièvre ou autre c'est non je ne peux pas, parce que je n'ai pas le temps.

*S : Donc si quelqu'un à 40 et qu'il ne peut se déplacer c'est forcément les urgences ou SOS médecin ?*



M : Oui, à moins qu'il soit sur le chemin de ma tournée. En réalité les gens savent, du coup ils se débrouillent, soit ils tentent de venir, soit ils vont directement aux urgences soit ils appellent le 15.

*S : Comment décririez-vous votre population ?*

M : Plutôt variée, je pense que je suis dans la moyenne des médecins : CMU 20%, patient exonérés 40%, <16ans : 16%, 16-59 : 62%, les 60-69 : 9%, >70ans :10%. On voit de plus en plus d'enfants car les PMI sont soit saturées, soit en train de fermer.

*S : Combien faites-vous de consultations par jour ?*

M : 40 à 50.

*S : Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?*

M : environ 10minutes, ça va entre 5 minutes et un quart d'heure.

*S : Vous faites beaucoup d'infectieux ?*

M : La SECU me dit que oui, que je prescris trop d'antibiotiques ! Oui, sauf les infections urinaires, je trouve qu'on n'en voit moins qu'à une époque du fait d'une énorme automédication.

*S : Votre patientèle comprend-elle beaucoup de CMU ?*

M : Oui, beaucoup de CMU, d'AME. Avec pas mal de gens qui ne comprennent pas bien. Mais en médecine générale, on s'adapte, j'en discutais l'autre jour avec un confrère qui a craqué parce que c'était trop compliqué au quotidien.

*S : Mais ce n'est pas un frein à la prise en charge en ambulatoire ?*

M : Non, on s'adapte, on les revoie plus facilement. Parce que j'ai des patients qui ne parlent pas du tout français, je pense à un patient qui est Sri-lankais et qui ne parle qu'anglais et encore un anglais très particulier. Mais bon les gens savent maintenant, ils sont très informés sur le milieu médical, certains c'est tout juste s'ils ne vous disent pas ce qu'il faut marquer.

*S : Selon vous, qu'est-ce qui ferait en général qu'un médecin généraliste adresse une patiente aux urgences pour une pyélonéphrite aigue simple ?*

M : Je ne sais peut-être parce qu'il n'est pas formé. Parce que ça l'inquiète, il a peur.

*S : Votre formation initiale ?*

M : Médecine générale.

*S : Un DU ou une autre formation ?*

M : Non.

*S : Pour votre formation continue ?*

M : Internet et les revues que l'on reçoit. Et puis de temps en temps, les labo organisent des choses mais c'est très biaisé, il faut faire attention.

*S : Quelles sont les revues ?*

**M :** Essentiellement *le Généraliste, le Quotidien*, il faut piocher et être critique. De plus les visites médicales c'est un peu particulier.

*S : Je vous propose de finir avec une manière un peu ludique d'aborder la question à travers quelques exemples concrets. Melle F. 30ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance Vous la traitez en ambulatoire ?*

**M** Oui.

*S : Vous réalisez une bandelette urinaire au cabinet ?*

**M :** Non, pas le temps.

*S : Vous faites réaliser un bilan biologique et un ECBU en ville ?*

**M :** Oui.

*S : Si oui, avez-vous un accord avec un laboratoire proche du cabinet médical pour avoir la biologie et l'examen direct de l'ECBU dans la journée ?*

**M :** Oui, par mail.

*S : Pour le traitement, vous le réalisez dès que la positivité de la bandelette urinaire ? Vous le débutez après le résultat de l'examen direct de l'ECBU ? Vous adressez la patiente au SAU ?*

**M :** Dès que le prélèvement d'ECBU est fait.

*S : Quel est votre choix pour le traitement antibiotique probabiliste ?*

**M :** Oflocet<sup>®</sup>.

*S : La même jeune fille sans antécédents avec un tableau de pyélonéphrite aigue, sauf qu'elle vomit. La prenez-vous en charge en ambulatoire ?*

**M :** Oui, par contre je serais plus vigilant et je demanderais un bilan biologique et une échographie en urgence.

*S : Est-ce que ça modifie votre antibiothérapie ?*

**M :** Oui, je choisirais plutôt une forme injectable.

*S : Pour l'infirmière, comment vous organisez-vous ?*

**M :** C'est moi qui appelle, il y a le cabinet à côté avec qui j'ai l'habitude de travailler.

*S : La même jeune fille, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance mais des antécédents de cystites à répétition. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

**M :** Oui, mais là pareil, si elle n'a jamais eu de bilan avant, là, je lui demanderais un bilan bio, une écho voire même un scan pour voir ce qui se passe.

*S : Instaurez-vous un traitement antibiotique d'emblée, vous n'attendez pas l'antibiogramme ?*

M : Oui, si elle a de la fièvre non, je n'attends pas l'antibiogramme.

*S : Quel antibiotique choisissez-vous ?*

M : Ca dépend des antibiotiques qu'elle a eu avant comme antibiotiques et peut-être que je préférerais une C3G dans ce cas-là. Mais ça dépend aussi du contexte.

*S : C'est-à-dire ?*

M : Si je sais que c'est quelqu'un de pas observant, qui ne va pas faire ce qu'on lui dit, pas faire les prélèvements, pas prendre les médicaments, pas revenir, là j'adresse aux urgences.

*S : Donc la mauvaise observance ?*

M : Oui, la mauvaise observance mais aussi certaines patientes dont les conditions de vie sont défavorisées avec des conditions d'hygiène défavorables.

*S : Melle F. 30ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 10/6 FC 120/min. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Ca dépend de sa tension habituelle.

*S : 12/8.*

M : Ca dépend de sa tête, mais oui je serai plus tenté de l'adresser aux urgences. D'autant plus si elle est seule chez elle. Si elle a un mari ou si elle est encore chez ses parents, s'il y a quelqu'un pour assurer la surveillance, s'ils sont cortiqués ou pas.

*S : Est-ce que ça change votre antibiothérapie ?*

M : Non.

*S : Est-ce que ça change votre surveillance ?*

M : Je lui demanderais de me rappeler dans les 24 heures. Et je lui dis d'appeler le 15 si ça ne va pas mieux surtout si c'est le soir.

*S : Cette fois-ci, c'est une femme de 70 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Ambulatoire, mais pareil, ça dépend de l'état des gens, à 70 ans on est encore dynamique, si elle n'est pas démente qu'elle est autonome et s'il y a un entourage je la traite en ville.

*S : Est-ce que vous modifiez votre antibiotique ?*

M : Non, par contre si c'est un premier épisode il faudra pousser le bilan étiologique dans un second temps.

*S : Est-ce que ça modifie votre surveillance ?*

M : Non.

*S : Si on reprend la même femme de 30 ans, si elle a des enfants, est-ce que ça modifie votre prise en charge ?*

**M :** Non, au contraire, j'aurais encore plus tendance à la garder à la maison.

*S : Avez-vous des choses à ajouter ?*

**M :** Non.

*S : Merci beaucoup.*

#### **En OFF**

- Les patients vont d'eux-mêmes facilement aux urgences, soit parce qu'ils me connaissent et savent que je ne peux me déplacer mais aussi parce que parfois sans rendez-vous, ils peuvent attendre ici jusqu'à 2 heures dans ce cas ils se disent «quitte à attendre autant attendre aux urgences ou on ne paie pas et où on fera les examens sur place».
- Les patients vont aux urgences après m'avoir vu, car ils estiment que ça ne va pas mieux assez vite et là ils ne me reconsultent pas forcément et vont directement aux urgences et je l'apprends après. J'ai l'exemple d'une patiente qui est venue en Juillet pour une pyélonéphrite, comme ça n'allait pas mieux dans la soirée, ils sont allés aux urgences où ils ont refait prise de sang et ECBU et une dose de Rocéphine® avant de la laisser rentrer chez elle. Le bilan et l'ECBU étant les mêmes que ce que j'avais prescrit et récupérés le lendemain.
- Il y a 2 hôpitaux pas très loin et une clinique donc ça facilite pour les examens complémentaires. Mais plus que les hôpitaux ce qui permet de faire un traitement en ambulatoire et le fait d'être en ville est d'avoir un réseau biologie, imagerie facile d'accès. Dans le cas contraire je serais obligé d'adresser les mêmes patientes aux urgences
- De même les patients isolés je les adresse aux urgences quel que soit l'âge ou le tableau clinique.

## ENTRETIEN 12

**S : Sabrina – M : Médecin interviewé**

*S : Bonjour, tout d'abord merci de me recevoir. Je m'intéresse dans le cadre de ma thèse aux freins des médecins généralistes à prendre en charge en ambulatoire une pyélonéphrite aigue simple. Si vous le voulez bien, on va commencer par des questions sur le cabinet. Depuis quand êtes-vous installé ?*

**M : Depuis 3 ans.**

*S : Vous faites partie d'un cabinet avec un autre médecin généraliste et il y a un cabinet d'infirmière à l'étage au dessous. Comment organisez-vous vos consultations, avec ou sans rendez-vous ?*

**M : Sans rendez-vous, jamais, je vois les patients dans l'ordre dans lequel ils arrivent sauf s'il y en a un qui a l'air vraiment mal en salle d'attente.**

*S : Faites-vous des visites à domicile ?*

**M : Non, moi je n'en fais pas mais mon confrère, oui.**

*S : Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?*

**M : C'est variable. En fait ça dépend, des motifs de consultation, il y en a qui viennent pour un certificat pour le sport pour leur enfant que j'ai vu il y a une semaine et puis il y en a qui viennent pour la première fois donc c'est variable entre 5 minutes et un quart d'heure.**

*S : Quel est le nombre moyen de consultations par jour ?*

**M : Environ entre 40 et 50.**

*S : Voyez-vous beaucoup d'infectieux ?*

**M : Oui, il y en a. Mais vous savez dans le 93 c'est un peu spécial, il y a des pathologies qu'on ne voit pas ailleurs et les infections je ne sais pas si c'est l'hygiène, les bactéries ou autre chose mais j'ai l'impression que les infections sont un peu plus costaud qu'ailleurs. Et ça finit souvent aux urgences !**

*S : Comment décririez-vous votre patientèle ? La répartition ?*

**M : On fait de tout, j'ai pas d'orientation particulière, on voit de la naissance à la personne âgée. Beaucoup de familles.**

*S : On va maintenant s'intéresser à la dernière pyélonéphrite que vous avez prise en charge ou celle dont vous vous souvenez. Quels ont été vos arguments pour faire le diagnostic ?*

**M : Le diagnostic est d'abord clinique, elle avait tous les symptômes : la fièvre, les vomissements, la douleur.**

*S : Faites-vous une bandelette urinaire ?*

M : Non.

*S : Pourquoi ?*

M : Parce que c'est compliqué dans l'organisation. Et puis, ils vont tout de suite au labo, le labo les prend dans la minute donc peu d'intérêt à faire une BU.

*S : Et au labo vous leur demandez quoi ?*

M : Un ECBU.

*S : Un bilan biologique ?*

M : Pas toujours, si c'est une cystite non, par contre si c'est une pyélo oui et je demande NFS, VS, CRP, iono et une créat.

*S : Pas de BHCG ?*

M : Pas systématiquement. Je demande systématiquement si elles ont un risque d'être enceinte mais je ne fais pas systématiquement d'ECBU.

*S : Est-ce que vous récupérez le direct?*

M : Oui, le labo me faxe tout de suite le direct.

*S : C'est un accord que vous avez avec eux?*

M : Oui.

*S : Et après?*

M : Si c'est ça, elle ne va pas forcément à l'hôpital, mais elle va à l'écho et ça c'est pareil elle peut l'avoir tout de suite. C'est pas loin, et quand on les appelle ils prennent nos patientes tout de suite sans rendez-vous sans rien.

*S : Pour l'antibiothérapie quel est votre choix?*

M : En probabiliste, j'aime bien l'Oflocet<sup>®</sup>, puis j'adapte à l'antibiogramme.

*S : Pas de C3G?*

M : Non.

*S : Pourquoi? Question d'habitude? Difficulté à trouver une infirmière? Difficulté à le faire vous-même?*

M : Non plutôt question d'habitude. Parce qu'on peut trouver une infirmière ou même faire la première injection d'IM ici.

*S : Dans quel délai revoyez-vous votre patiente?*

M : Ici, elles reviennent d'elles-mêmes ! Non, blague à part, je les revois dans la semaine, avec les résultats de l'écho et l'antibiogramme. En général on les revoit très rapidement dans les 48-72 heures.

*S : Parce que?*

M : Parce qu'elles peuvent faire tous les examens très rapidement, donc elles reviennent avec tout très vite pour nous les montrer. Et il faut avouer qu'ici, ils viennent souvent consulter.

*S : Quels sont les conseils de surveillance que vous donnez à la patiente ?*

M : Les conseils des antibiotiques notamment le problème des tendons avec l'Oflozet<sup>®</sup>, mais sinon si ça ne va pas bien, si la fièvre, les douleurs ou les vomissements ne cessent pas je leur dis soit de revenir soit d'aller directement aux urgences.

*S : Qu'est-ce qui ferait que vous adresseriez votre patiente aux urgences ?*

M : La clinique, si son état général est altéré, si le bilan n'est pas bon s'il y a des complications à l'écho.

*S : Vous avez dit tout à l'heure "ici, il y a une population particulière", est-ce que ça joue ?*

M : Oui ça joue un peu, parce qu'il y a des infections particulières : des tuberculoses, des gales, des trucs qu'on ne voit pas ailleurs. Je pense qu'il y a un problème au niveau des germes et de leurs résistances.

*S : De ce fait, vous tentez en première intention une prise en charge en ambulatoire mais si ça persiste vous adressez aux urgences ?*

M : Oui.

*S : Quels sont les arguments, autres que médicaux, qui vous feraient adresser votre patiente aux urgences toujours dans le cadre d'une pyélonéphrite aigüe simple ?*

M : La compréhension peut-être mais sur un antibiotique pour le faire prendre c'est pas un problème, c'est plus compliqué quand ils doivent eux-mêmes adapter les doses comme dans le diabète. Pour un truc infectieux, ponctuel, j'ai pas trop de souci à leur faire comprendre.

*S : En ce qui concerne l'observance ?*

M : On sait que dans les pathologies infectieuses, l'observance au bout de 2-3 jours quand ça va mieux, ils ne prennent plus rien.

*S : Dans ce cas-là adresseriez-vous plus vos patientes aux urgences ?*

M : Non, ce sera pareil, ça ne changera rien sur l'observance si je les envoie aux urgences. A la rigueur, si je les fais voir par l'infirmière mais même comme ça au bout d'un moment ils n'y vont plus.

*S : Les conditions socio-économiques modifient-elles votre prise en charge ?*

M : En fait, même s'il s'agit de patients défavorisés, ils ont quand même des aides type AME, CMU ils n'ont pas de problèmes à prendre les médicaments ou à aller aux consultations, ou faire les examens complémentaires. Ça il n'y pas de souci.

*S : Le laboratoire et l'écho prennent facilement les patients avec la CMU et l'AME ?*

M : Oui, ici il n'y pas ce genre de difficulté.

*S : Le fait d'avoir ce réseau, est-ce que ça modifie votre prise en charge ?*

M : Oui évidemment. C'est sûr que d'avoir des contacts et que les patientes soient vite prises en charge ça change.

*S : En général, selon vous, qu'est-ce qui ferait qu'un médecin généraliste adresse une patiente aux urgences dans le cadre d'une pyélonéphrite aigue simple ?*

M : La gravité de la pathologie ou l'état de la patiente.

*S : Et autre que médical ?*

M : Ca m'est arrivé d'adresser une patiente aux urgences pour des raisons sociales mais c'est rare.

*S : Votre organisation vous permet-elle de revoir facilement vos patientes ?*

M : Oui, comme je suis sans rendez-vous, il suffit qu'elles viennent.

*S : Quelles est votre formation initiale ? Le DES de médecine général ?*

M : Médecine générale, oui mais avant le DES.

*S : Du coup vous avez fait des remplacements avant de vous installer ?*

M : Oui, pendant 3 ans.

*S : Est-ce que dans ces conditions, où on ne connaît pas les patients, on ne connaît pas les correspondants, est-ce que ça modifie la prise en charge ?*

M : Oui, parce qu'on n'a pas son réseau. Dans ce cas, je les faisais revoir par leur médecin traitant.

*S : Mais s'il y avait quelque chose d'urgent ou plutôt d'aigu comme une pyélonéphrite aigue simple mais qui nécessite quand même une prise en charge rapide avec des examens complémentaires, que faisiez-vous ?*

M : Dans ces cas-là en effet, je les adressais aux urgences.

*S : Est-ce que l'expérience modifie votre prise en charge ?*

M : Je pense, que ça joue, dans mon cas le fait d'en avoir vu permet de relativiser les choses et ça permet de prendre du recul et donc de prendre en charge en ville plus facilement.

*S : Pour votre formation médicale continue, sur quoi vous basez-vous ?*

M : C'est un problème, sur internet, sur des sites médicaux.

*S : Des revues ?*

M : J'ai été abonné à Prescrire mais je n'ai pas renouvelé mon abonnement, il faudrait que je m'y remette.

*S : Est-ce que ce que vous lisez influence votre prise en charge ?*

M : Oui, un peu ça dépend, je reste assez critique.



*S : Je vous propose de finir en abordant la question à travers quelques exemples concrets. Melle F. 30ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Pour la fièvre, vous la recontrôlez au cabinet ou vous lui faites confiance?*

**M :** J'ai du mal à la recontrôler car la plupart du temps les piles de mes appareils ne fonctionnent pas. Mais bon, je regarde cliniquement surtout les signes indirects comme le pouls et je lui fais confiance.

*S : Vous réalisez une bandelette urinaire au cabinet?*

**M :** Non c'est compliqué dans l'organisation du cabinet et des consultations et puis c'est plus simple d'avoir directement l'ECBU.

*S : Vous faites réaliser un bilan biologique et un ECBU en ville?*

**M :** Oui.

*S : Avez-vous un accord avec un laboratoire proche du cabinet médical pour avoir la biologie et l'examen direct de l'ECBU dans la journée?*

**M :** Oui, ils me le faxent.

*S : A quel moment débutez-vous l'antibiothérapie?*

**M :** Dès que le prélèvement est fait. Tout de suite après, elles partent d'ici avec l'ordonnance et ça c'est un truc que j'explique le plus longuement : de faire d'abord l'ECBU puis ils vont à la pharmacie et prennent tout de suite la première dose d'antibiotique.

*S : La même jeune femme, sauf qu'elle vomit. Est-ce que ça change votre prise en charge?*

**M :** Ca dépend de la tolérance, si elle vomit toute les 5 minutes, qu'elle ne le tolère pas bien, qu'elle ne peut se réhydrater là je l'enverrais aux urgences. Par contre si c'est 2-3 vomissements bien tolérés, là je la prends en charge en ville.

*S : Est-ce que vous modifiez votre antibiothérapie?*

**M :** Pas forcément, si elle ne vomit la forme per os non, au moindre doute je passe à la Rocéphine®.

*S : Pour lui faire la Rocéphine®?*

**M :** J'appelle une infirmière et si ça coince je fais la première injection moi-même.

*S : Est-ce que ça change votre surveillance?*

**M :** Oui, je lui demande de revenir plus tôt, en effet à chaque fois qu'on monte dans les signes de mauvaise tolérance, on sera plus vigilant et on les reverra plus facilement.

*S : La même jeune fille, sauf qu'elle ne vomit pas, mais elle a comme antécédent des cystites à répétition. La prenez-vous en charge en ville?*

M : Alors, même chose, je la prends en charge en ville mais dans un second temps je l'adresserais à l'urologue.

*S : Est-ce que ça change votre antibiotique?*

M : Non, enfin, je vérifierais d'abord ce qu'elle a déjà reçu, si elle a un traitement au long cours et adapterais en fonction et surtout en fonction de l'antibiogramme.

*S : Vous attendez l'antibiogramme pour la traiter?*

M : Non.

*S : Melle F. 30ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 10/6 FC 120/min.*

M : Ça c'est plus embêtant. Non, elle je l'adresse aux urgences.

*S : Melle F. 70 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalisez-vous un traitement ambulatoire?*

M : Ça dépend si je la connais ou pas.

*S : Vous la connaissez.*

M : Ça dépend si elle n'a pas de pathologie sous-jacente.

*S : C'est-à-dire?*

M : Des pathologies cardiaques majeures, insuffisance rénale, diabète. En dehors de ça, je la traite en ville mais je la surveille de près, je lui dire de revenir très vite.

*S : Est-ce qu'il y a des conditions autres que cliniques?*

M : Il faut qu'elle soit autonome, qu'elle puisse revenir et surtout qu'elle ne soit pas seule qu'il y ait quelqu'un à la maison. Si elle est isolée et/ ou démente là je l'adresse aux urgences.

*S : Est-ce que ça modifie votre antibiotique?*

M : Si elle n'a pas de problème hépatique ou rénal non. De toute façon dans le cas contraire je l'adresse aux urgences.

*S : Est-ce que ça change votre bilan?*

M : Il sera peut-être un peu plus large. Sauf si c'est une de mes patientes et dans ce cas elle a dû avoir des bilans récemment. Mais oui je ferai un bilan plus large.

*S : C'est-à-dire?*

M : Iono, urée, créat, le bilan hépatique.

### ENTRETIEN 13

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : Bonjour, tout d'abord merci de me recevoir. Pour mon travail de thèse je m'intéresse aux freins que rencontrent les médecins généralistes à la prise en charge en ambulatoire des pyélonéphrites aiguës simples. On va, si vous le voulez bien, commencer par des questions sur le cabinet. Depuis quand êtes-vous installé ?*

**M : Depuis 1995 ou 1993 mais ça fait déjà un petit moment! Ici à Saint-Denis, je suis installée depuis 1995, avant je faisais des remplacements.**

*S : Comment s'organisent vos consultations ? Avec ou sans rendez-vous ?*

**M : Elles sont toujours sans rendez-vous.**

*S : Faites-vous des visites à domicile ?*

**M : Oui.**

*S : Sur rendez-vous ou aussi en urgence ?*

**M : En urgence également.**

*S : Et c'est facile à gérer comme organisation ?*

**M : On fait avec, on travaille beaucoup, avec beaucoup d'heures dans la journée.**

*S : Donc si quelqu'un vous appelle parce qu'il a 40 de fièvre et qu'il se sent trop mal pour se déplacer vous y allez ?*

**M : Non, là on essaie de le convaincre de venir, de prendre un doliprane et de venir soit on y va en fin de programme mais ça reste rare.**

*S : Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?*

**M : Ca va de 15 minutes à une demi-heure, ça peut être plus long si c'est un problème psy.**

*S : Comment décririez-vous votre population ?*

**M : Un peu de tout, maintenant on a un peu plus d'enfants et de quadra/quinqa que de personnes âgées. Même si on, on est 2 médecins ici, et on commence à voir des personnes âgées chroniques qu'on voit à domicile beaucoup, beaucoup.**

*S : Voyez-vous beaucoup d'infectieux ?*

**M : En ce qui concerne les petites infections passagères, on va dire oui, mais on voit également aussi des pyélonéphrites.**

*S : Quel est le nombre moyen de consultations par jour ?*

**M : Entre 35 et 40 à peu près.**

*S : On va maintenant s'intéresser à la dernière pyélonéphrite que vous avez prise en charge ou celle dont vous vous souvenez. Comment avez-vous fait le diagnostic ?*

M : J'ai des bandelettes urinaires ici au cabinet. Donc, je fais systématiquement une bandelette urinaire devant de la fièvre, des frissons, des douleurs lombaires.

*S : Pour la fièvre, vous mesurez la température ici ou vous faites confiance à la patiente ?*

M : Non, je la mesure ici.

*S : Si la bandelette urinaire est positive, que faites-vous ?*

M : Donc, si la bandelette urinaire est positive est que la patiente a des arguments qui font penser à une pyélonéphrite, on essaie d'avoir l'ECBU de suite. Elle part avec l'ordonnance de Rocéphine<sup>®</sup>, elle va faire le prélèvement et elle revient ici pour faire l'injection de Rocéphine<sup>®</sup> ça c'est si elle n'est pas allergique à la pénicilline. Si elle est allergique à la pénicilline, on choisit l'Oflocet<sup>®</sup>. Et on rappelle la patiente 24 heures plus tard.

*S : Pour l'ECBU, avez-vous le direct ?*

M : Non, pas forcément dans la journée. Dans les 24 heures, on peut avoir le direct, on travaille avec pas mal de labos qui nous faxent le direct si on explique le contexte. Après on fait rapidement la première injection de Rocéphine<sup>®</sup>, et on dit au patient que si ça ne va pas mieux dans les 24 heures, qu'il revienne nous voir ou qu'il aille directement aux urgences.

*S : Vous faites vous-même la première injection de Rocéphine<sup>®</sup>, pourquoi ?*

M : Parce que pour trouver une infirmière c'est une tannée ici et puis la population d'ici est un peu défavorisée, qui parfois a du mal à s'exprimer en français, qui a du mal à faire du numéro de téléphone et donc on prend sur notre temps pour faire tout ça, les numéros de téléphone pour prendre rendez-vous, les injections.

*S : Est-ce que ça, cette nécessité d'investissement de temps notamment, peut être un frein à la prise en charge en ville ?*

M : Je ne crois pas, enfin pas dans mon cas, quand on a son patient, quand on est impliqué, je ne pense pas que ce soit compliqué de prendre en charge une pyélonéphrite en ville. Maintenant, s'il y a des douleurs intenses, il faut éliminer un calcul enclavé et il faut avoir l'écho très rapidement. D'habitude on a l'écho dans les 48 heures. Ça m'est arrivé, avec une personne âgée, diabétique type 2 pour laquelle j'ai dû demander l'écho en urgence ce que j'ai eu assez facilement.

*S : Vous revoyez la patiente à 24 heures pour la deuxième injection ?*

M : Non, pour la deuxième injection, en général on arrive à trouver une infirmière, ça se met en route.

*S : Donc en général vous trouvez une infirmière en 24 heures ?*

M : Oui, sauf si c'est le week-end. Nous on travaille le samedi et là c'est impossible de trouver une infirmière ni pour samedi ni dimanche! Il m'est arrivé de revenir un jour de Noël pour faire une injection!

*S : Mais ça, ça vous oblige...*

M : A moi, à m'impliquer énormément. Mais ça c'est moi, après chacun gère son métier comme il l'entend.

*S : Pour vous ce n'est pas un frein mais ça pourrait l'être non ?*

M : Oui, je conçois parfaitement que ça peut être un frein.

*S : La pyélo du samedi, ou du soir, où vous n'avez pas l'ECBU, pas l'infirmière pour le week-end ?*

M : Là, en effet, on a plutôt tendance à les envoyer aux urgences. Parce qu'il faut être raisonnable, il faut qu'ils aient le bilan et le traitement.

*S : Au labo, en plus de l'ECBU vous demandez un bilan biologique ?*

M : Oui, je demande un iono, une urée et une créat et je peux demander une NFS et une CRP.

*S : Systématiquement ?*

M : Pour une pyélonéphrite, oui.

*S : Des BHCG ? Ou vous faites confiance à la patiente ?*

M : Je demande la date des dernières règles, j'évalue le risque de grossesse. Dans l'ensemble je fais confiance à la patiente, je ne demande pas les BHCG systématiquement.

*S : Pour l'imagerie comment vous organisez-vous ?*

M : Je demande une écho.

*S : Systématiquement ?*

M : Oui.

*S : Vous arrivez à l'avoir dans les 48-72 heures ?*

M : Là c'est pareil, ça dépend du moment dans la semaine mais globalement oui. Ici on a de la chance pour cela on est bien outillé.

*S : Qu'est-ce qui vous ferait adresser une patiente aux urgences dans le cadre d'une pyélonéphrite aiguë simple ?*

M : Déjà une patiente qui a du mal à comprendre ou qui ne sera pas observant. S'il y a un problème d'alcool ou de drogue. S'il y a un problème intercurrent autre médical ou social. Si elle vit dans la rue. Dans ces cas-là c'est clair qu'on ne va pas gérer, on sait qu'on n'aura pas de retour. Maintenant, après 15 ans, 20 ans d'exercice, on connaît bien nos patients et on sait qui va revenir ou pas. Alors qu'un jeune qui s'installe, on ne peut pas le savoir.

*S : Le fait d'avoir de l'expérience change votre prise en charge ?*

M : Oh oui!

*S : Ainsi que le fait de connaître vos patient ?*

M : Oui.

*S : Quand vous faisiez des remplacements vous faisiez différemment ?*

M : Oui, le fait de ne pas avoir l'expérience, que ce soit de l'infection, on craint toujours la septicémie, qu'on ne connaît pas nos patients, qu'on ne connaît pas les correspondants. Nous on connaît nos patients et on leur dit voilà si dans la nuit ça ne va pas mieux, vous pouvez aller à tel endroit ou vous pouvez appeler le centre 15. On ne les laisse pas dans le néant on sait à qui les adresser et on sait qu'ils nous écoutent. En plus on est à 2, on partage notre semaine. Donc si jamais on a un problème, qu'on sait qu'on ne pourra revoir la patiente correctement on passe le «bébé» à la collègue, on s'appelle pour se dire «tu l'as vu ? Elle est comment ?»

*S : Le fait d'être à 2 favorise vos prises en charge en ambulatoire dans le cadre de la pyélonéphrite aigue simple ?*

M : Ca favorise en général, mais aussi pour la pyélo. Un médecin généraliste seul c'est un frein car c'est une charge supplémentaire d'ennui et de travail, de responsabilité.

*S : Quels sont les conseils que vous donnez à vos patientes ?*

M : Je leur dis de revenir me voir le lendemain.

*S : Vous arrivez à vous organiser pour les revoir systématiquement le lendemain ?*

M : Le lendemain, c'est peut-être un peu gros, disons que je les revois systématiquement dans les 24-48 heures sauf s'ils sont très mal et là ils me passent un coup de fil ou on leur donne le numéro des urgences les plus proches ou le 15.

*S : Donc un des conseil, c'est que si ça ne va pas mieux, d'aller aux urgences ?*

M : Oui.

*S : Donc vous m'avez dit que ce qui pourrait faire envoyer une patiente aux urgences c'est l'absence d'observance, des conditions socio-économiques défavorables, le fait d'être isolé, le fait d'être jeune docteur ou d'être seul en cabinet, est-ce que le fait d'avoir des urgences à proximité influence votre choix dans la prise en charge ?*

M : Oui, moi j'ai fait du remplacement en campagne, dans les Alpes de Haute Provence pour tout vous dire, et là il n'y avait rien. Il y avait un SMUR à Dignes à 60 km et un hôpital de proximité dont j'étais le médecin. C'est autre chose. On peut hospitaliser nos patients à l'hôpital local mais c'est nous qui faisons les prescriptions. C'est quand même plus confortable au moindre doute à la moindre difficulté d'avoir un examen complémentaire c'est plus facile, on les adresse aux urgences.

*S : A l'inverse est-ce que le fait d'avoir un réseau favorise votre prise en charge en ville ?*

M : Oui bien sûr, par exemple si j'ai une patiente ou je sens que ça va être compliqué qu'elle aille faire l'ECBU ou l'écho, je les appelle et ils la prennent tout de suite. Sans ça, ce genre de patient je ne pourrais pas les prendre en charge en ville.

*S : Selon vous qu'est-ce qui pourrait faire qu'un médecin généraliste ne puisse pas prendre en charge en ville une pyélonéphrite aigüe simple ?*

M : Qu'il n'en fasse pas le diagnostic. Deux, il n'a pas envie de s'embêter. Il n'a pas le temps, il est surbooké. Moi, par exemple hier soir, je suis allée à 21h30 faire une visite à domicile je m'en serais bien passée mais c'est une personne âgée que je connais et donc je ne pouvais pas ne pas y aller. Donc ça dépend aussi de là où on met le curseur, où s'arrête le cabinet, où commence sa vie, où sont ses priorités. Mais ça, ça dépend de l'investissement de chacun.

*S : Quelle est votre formation initiale ?*

M : Médecine générale.

*S : Un DU ? Une orientation particulière ? Pédiatrie ? Gynéco ?*

M : Non.

*S : Quelles sont vos sources, pour votre formation médicale continue ?*

M : Alors, je lis Prescrire dont je suis lecteur émérite, j'essaie de m'astreindre à répondre aux questionnaires tous les mois. Et puis je vais aux formations médicales continues organisées par le Conseil de l'Ordre de la Seine Saint-Denis. C'est bien, on voit d'autres médecins, on échange. Je ne réponds pas aux formations des labos.

*S : Tout à l'heure vous me parliez de l'observance, qu'en est-il des patientes qui ne comprennent pas bien ?*

M : Si elle ne comprend pas bien parce qu'étrangère ne parlant pas la langue, j'essaie de la voir avec un traducteur mais en général je les adresse aux urgences car ça va être compliqué de gérer ça en ville, d'avoir une observance et un retour. D'autant plus si elles ont des comorbidités associées type diabète de type 2. Il faut vraiment que ce soit le tableau typique simple. La barrière de la langue peut être un frein. On arrive à se faire comprendre, on fait des dessins mais pour la surveillance c'est plus compliqué.

*S : Je vous propose de terminer en abordant la question à travers quelques exemples concrets. Melle F. 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Vous réalisez une bandelette urinaire au cabinet ?*

M : Oui.

*S : La bandelette urinaire est positive, vous faites réaliser un bilan biologique et un ECBU en ville ?*

M : Oui.

*S : Avez-vous un accord avec un laboratoire proche du cabinet médical pour avoir la biologie et l'examen direct de l'ECBU dans la journée ?*

M : Non pas dans la journée, plutôt dans les 24 heures.

*S : Vous revoyez ensuite la patiente pour sa Rocéphine<sup>®</sup> dans la journée même ?*

M : Elle n'est pas enceinte ?

*S : Non.*

M : Oui je la revois dès le prélèvement fait pour l'injection.

*S : Vous faites réaliser l'échographie rénale en ville ?*

M : Oui, dans les 24-48 heures.

*S : Pour le traitement, vous le réalisez dès que la positivité de la bandelette urinaire ? Vous le débutez après le résultat de l'examen direct de l'ECBU ? Vous adressez la patiente au SAU ?*

M : Si la BU est positive, dès que l'ECBU est prélevé.

*S : Choix du traitement antibiotique probabiliste ?*

M : En première intention de l'injectable pendant 24-48 heures puis en fonction de la clinique (si ça va) et de l'antibiogramme on passe à la forme per os.

*S : Il s'agit de la même jeune femme sauf qu'elle vomit. Faites-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Il faut voir le contexte mais comme je fais de la Rocéphine<sup>®</sup> oui je pense.

*S : Est-ce que ça change votre bilan ?*

M : Je ferais un iono en urgence à la recherche d'une déshydratation.

*S : Est-ce que ça modifie votre surveillance ?*

M : Dans le timing non je peux pas faire mieux que de la revoir en 24 heures! Par contre je lui dis que si elle vomit sans arrêt elle doit aller aux urgences sans attendre.

*S : Même jeune femme mais n'a pas de signe de mauvaise tolérance donc pas de vomissement, mais qui a comme antécédent des cystites à répétition. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Elle va peut-être avoir un germe plus méchant ? Non, ça ne changera pas ma prise en charge.

*S : La même jeune femme qu'au début, qui Melle F. 30 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 10/6 FC 120/min. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : Là, je la fais hospitaliser.

*S : Comment vous organisez-vous ?*



M : J'appelle l'ambulance ou si besoin le 15.

*S : Une femme 70 ans, sans antécédents, consulte pour des douleurs abdominales, brûlures mictionnelles et fièvre avec à l'examen clinique TA 12/8 FC 80/min et pas de signe de mauvaise tolérance. Réalisez-vous un traitement ambulatoire ?*

M : J'essaie de la traiter en ville, si je la connais bien, qu'elle n'a de grosses comorbidités. A 70 ans on n'est pas forcément à mettre aux rebuts.

*S : Qu'est-ce qui ferait que vous l'hospitaliserez ?*

M : La mauvaise tolérance, une hypotension, des vomissements, si elle est seule chez elle qu'il n'y ait pas quelqu'un pour la surveiller, qu'elle ne soit pas autonome.

*S : Dans ses comorbidités ?*

M : La démence, le diabète les corticothérapies au long cours comme pour les polyarthrites rhumatoïdes, le Méthotrexate<sup>®</sup>. D'ailleurs je reviens sur les jeunes femmes de 30 ans, aucune n'étaient HIV+ parce que sinon je ne les prends pas en charge en ville, comme les lupus.

*S : Instaurez-vous un traitement antibiotique d'emblée ?*

M : Oui.

*S : Le bilan et le traitement sont les mêmes ?*

M : Oui.

*S : Est-ce que ça modifie la surveillance ?*

M : Non.

## **ENTRETIEN 14**

**S : Sabrina - M : Médecin interviewé**

*S : Bonjour, tout d'abord merci de me recevoir. Je m'intéresse, pour mon sujet de thèse, aux freins des médecins généralistes à prendre en charge en ville une pyélonéphrite aigue simple. Si vous le voulez bien on va d'abord s'intéresser à l'organisation de votre cabinet. Depuis quand êtes-vous installé ?*

**M : Depuis 20 ans.**

*S : Avez-vous fait des remplacements avant ?*

**M : Oui.**

*S : Comment s'organisent vos consultations ? Avec ou sans rendez-vous ?*

**M : Les 2, j'ai des plages horaires de consultation avec rendez-vous et d'autres sans rendez-vous.**

*S : Faites-vous des visites à domicile ?*

**M : Oui, deux matinées par semaine, ce qui fait environ une quinzaine par semaine. Essentiellement des personnes âgées.**

*S : Et s'il s'agit d'une urgence ? Quelqu'un qui a 40 de fièvre et qui ne peut se déplacer ?*

**M : Il y a plus de gens pressés que de véritables urgences. Les vraies urgences, c'est le SAMU, je ne suis pas un service d'urgence. Les besoins d'une visite du jour j'y vais, entre midi et deux ou avant les consultations.**

*S : Vous arrivez à vous organiser pour les voir ?*

**M : Oui, quand il y a besoin j'arrive à m'adapter. Parce que ça représente une personne de temps en temps, ce n'est pas non plus quotidien ni beaucoup de consultations. Et après les gens qui ne veulent se déplacer c'est un autre débat, dans ce cas-là on essaie d'évaluer et si possible de les convaincre de venir.**

*S : Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?*

**M : Je peux pas vous dire, c'est variable. Quand je suis sur rendez-vous je mets un quart d'heure.**

*S : Quel est le nombre moyen de consultations par jour ?*

**M : Une quarantaine ?**

*S : Comment décririez-vous votre population ?*

**M : Très variée, du nourrisson à la personne âgée. En plus je travaille dans une maison de retraite. Assez également réparti.**

*S : On va maintenant s'intéresser à la dernière pyélonéphrite aigue simple que vous avez prise en charge ou celle dont vous vous souvenez. Comment faites-vous le diagnostic positif ?*

M : Sur la fièvre, les signes fonctionnels urinaires mais essentiellement la fièvre.

*S : Faites-vous une bandelette urinaire au cabinet ?*

M : Non.

*S : Pourquoi ?*

M : Parce que c'est compliqué. J'en ai au cabinet. Mais c'est pas évident de faire sortir une patiente au milieu d'une consultation pour faire la bandelette urinaire et ça prend du temps. Puis parfois je pense à avoir des gobelets pour les prélèvements, puis parfois il n'y en a plus et j'oublie d'en racheter. C'est absurde mais c'est comme ça. En plus je trouve que c'est plus intéressant pour les cystites que pour les pyélonéphrites car il y a des douleurs importantes, qu'elles sont souvent sanglantes et donc j'y pense facilement. En plus pour la pyélonéphrite vous les envoyez faire un ECBU.

*S : Pour l'ECBU vous parvenez à les avoir facilement ?*

M : Oui, il y a un laboratoire juste à côté, quand on leur marque urgent ils le font tout de suite jusqu'à 4-5 heures de l'après-midi. Donc en sortant d'ici, elles vont faire directement le prélèvement et commencent après l'antibiotique. Et le labo me rappelle tout de suite dès qu'ils ont le premier jet et après on confirme le germe 3 jours après.

*S : Donc c'est eux qui vous appellent ? C'est un accord que vous avez avec eux ?*

M : Non, ils fonctionnent comme ça et comme ça me va, je continue de leur adresser mes patientes. Ils savent bien quand quelque chose est urgente je marque sur l'ordonnance que je suspecte une pyélonéphrite et donc ils font la démarche de m'appeler avec le premier jet.

*S : Quel est votre choix pour l'antibiotique probabiliste ?*

M : En général, je choisis l'Augmentin<sup>®</sup> si elles ne sont pas allergiques. Sinon une quinolone.

*S : Pas de C3G ? Pas de forme IV ou IM ?*

M : Non je n'y pense pas parce que ça marche bien l'Augmentin<sup>®</sup>.

*S : Est-ce par habitude ou parce qu'il est difficile de trouver une infirmière pour faire les formes injectables ?*

M : Non, vraiment par habitude, je ne vois pas l'intérêt d'une forme injectable. Je pense à la forme injectable quand il y a des troubles de la déglutition. Les formes orales sont tout aussi efficaces. Ce n'est pas une question d'infirmière parce qu'on en trouve facilement dans le coin.

*S : Au labo vous demandez autre chose ?*

M : Non, je ne demande pas systématiquement de bilan biologique parce que du coup ça rend les choses plus lourdes, le bilan biologique, autant l'ECBU ils le font immédiatement ça pose

pas de problème autant les prélèvements sanguins ça doit attendre le lendemain. Donc je ne demande un bilan que si j'ai un doute diagnostique à la recherche d'un syndrome infectieux: NUM, VS.

*S : En ce qui concerne l'imagerie, en demandez-vous systématiquement ?*

M : Oui, je demande systématiquement au moins une fois pour qu'elles aient un bilan. Je demande un scanner abdominal injecté.

*S : Et vous l'avez rapidement ?*

M : Oui.

*S : Parce que c'est vous qui prenez rendez-vous ?*

M : Non parce qu'on a un système qui permet d'avoir le scanner dans les 10 jours.

*S : Vous ne pouvez avoir un examen dans les 48 heures ?*

M : Non, mais je ne sais pas si c'est indispensable. Du coup je ne la demande pas. Sur une infection, je ne vais pas demander une injection, donc je ne suis pas sûre que ce soit utile.

*S : Donc vous la faites faire à distance et à visée étiologique ?*

M : A visée étiologique et pour être sûre qu'il ne reste pas de micro abcès. Puisqu'elle va être traitée de façon adaptée je saurais que je suis couverte par l'antibiotique grâce à l'antibiogramme ce qui m'intéresse c'est de savoir si je dois traiter 10 jours ou 15 jours. C'est dans ce contexte que le scanner m'intéresse mais dans les 48 heures je ne sais pas. Avant je demandais des ASP de façon systématique à la recherche de calculs, mais maintenant ils n'en font plus.

*S : Est-ce que vous vous demandez systématiquement des BHCG ?*

M : Non, je lui demande s'il y a un risque qu'elle soit enceinte.

*S : Tout à l'heure vous parliez de la fièvre, vous la contrôlez-vous ou vous lui faites confiance ?*

M : Elle la prend elle et je la recontrôle ici. Bien sûr je leur demande si elles ont pris un anti-pyrétique. Et puis je leur demande combien exactement elles ont mesuré, je ne me satisfais pas d'une «sensation de fièvre». Et puis l'ébranlement du rein ça marche c'est un bon signe positif.

*S : Quels consignes de surveillance donnez-vous à vos patientes ?*

M : Pour les épisodes ultérieurs, de reconsulter dès l'apparition des gênes mictionnelles de ne pas attendre. Sur le moment, rien de particulier, elles reviennent me voir avec le résultat de l'ECBU et du scanner et en fonction on adapte. Et oui, si la fièvre ne tombe pas de me rappeler, on se donne 3 jours maximum pour être en dessous de 38°C.

*S : Donc vous les revoyez dans les 3 jours ?*

M : Non pas forcément, le labo me rappelle dans la journée et là, j'ai ma confirmation diagnostique. Puis il m'envoie par mail l'antibiogramme et là je rappelle la patiente pour lui

dire de continuer ou non l'antibiotique, je vous revois avec le scanner en général dans les 10 jours et on adapte la durée de l'antibiothérapie en fonction. Et je leur dis surtout que la fièvre doit être en dessous de 38 après 3 jours.

*S : Donc vous avez au moment où vous récupérez l'antibiogramme une réévaluation téléphonique ?*

M : Oui systématiquement.

*S : Dans quelles circonstances les adressez-vous aux urgences ?*

M : Si elles ne sont pas bien et que je ne suis pas joignable. Ou si elles reviennent me voir et que j'ai l'impression de ne plus maîtriser. Si la fièvre ne tombe pas, qu'elles gardent des frissons malgré un traitement adapté. Je ne les adresse pas forcément, si l'évolution est favorable sous traitement.

*S : Qu'est-ce qui ferait que vous ne preniez pas en charge une pyélonéphrite aigüe simple en ville en première intention ?*

M : Quelqu'un de pas compliant, si je me rends compte qu'elle ne va pas faire les choses correctement. Peut-être des comorbidités ou une comorbidité mal maîtrisée.

*S : Existente-t-il des arguments autres que cliniques qui vous feraient adresser une patiente aux urgences ? Les horaires de labo par exemple vous m'avez dit que le labo fermait à 17 heures.*

M : En effet, dans ces circonstances, si je ne peux pas avoir le labo tout de suite, donc comme je ne peux la traiter en aveugle, je dois décaler le traitement dans ce cas oui j'adresserais la patiente aux urgences.

*S : Dans les autres entretiens, revenait le fait que les patientes ne comprennent pas bien, est-ce que ça, ça peut modifier votre prise en charge ?*

M : Non, parce qu'elles ne comprendront pas mieux aux urgences ! En général, les patients qui ne parlent pas français viennent avec un traducteur. Certains parlent anglais donc on se débrouille. Les gens qui ne parlent pas du tout une langue ils viennent accompagnés.

*S : Est-ce que ça modifie votre surveillance ?*

M : Non, à moins qu'ils n'aient pas le téléphone et donc pas moyen de les joindre dans ces cas-là, je les revois mais c'est rare.

*S : On va maintenant aborder la question sous forme de cas cliniques. Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, qui n'a pas d'antécédent, et qui consulte pour un tableau de pyélonéphrite typique. A l'examen il n'y a pas de signe de gravité, elle a 12/8 de tension, 80 de fréquence cardiaque et aucun signe de mauvaise tolérance. Vous la prenez en charge en ambulatoire ?*

M : Oui.

*S : Pas de BU mais un ECBU dont vous récupérez le direct dans la journée ?*

M : Oui, et elle commence de suite l'Augmentin®.

*S : Pour la surveillance ?*

M : Je la rappelle dans les 3 jours avec l'antibiogramme et la revois systématiquement dans les 10 jours avec les résultats du scanner. Je lui dis par contre de me rappeler si ça ne va pas mieux.

*S : Si cette même jeune femme vomit, est-ce que vous la traitez en ambulatoire ?*

M: Si elle a des gros vomissements, je la garde quand même en ambulatoire mais je choisirais une forme injectable et je la surveillerais de plus près pour être sûre qu'elle ne se déshydrate pas. En lui demandant de me rappeler le lendemain pour voir comment ça va, son état général et au niveau des vomissements.

*S : Pour le traitement injectable, pour le réaliser, vous avez un accord avec un cabinet d'infirmière pour les faire en urgence ? Ou vous devez le faire vous-même ?*

M : Non, je n'ai pas d'accord avec un cabinet mais ça ne pose pas de problème pour trouver une infirmière.

*S : Est-ce que si elle arrête de vomir, vous passez à la forme per os ?*

M : Peut-être pas, si j'ai commencé sous une forme je la garde surtout si je suis efficace. Je finis avec le même sauf si elle me dit «je n'en peux plus des piqûres, c'est compliqué» là, on changera. Mais si j'ai choisi un certain traitement et qu'il marche je tente de finir avec.

*S : Est-ce que ça modifie votre bilan ?*

M : Je ferais plus facilement un bilan bio à la recherche d'une déshydratation.

*S : La même jeune femme qu'au départ, sauf qu'elle a des antécédents de cystites à répétition.*

M : Je la traite pareil sauf que je lui fais faire un bilan uro plus important après et je lui donne des conseils au niveau des cystites à répétition pour les éviter et surtout pour les traiter sans attendre pour que ça ne deviennent pas des pyélonéphrites.

*S: Est-ce que ça change votre antibiothérapie probabiliste ?*

M: Non, à moins qu'elle n'arrive avec une pyélonéphrite sur une cystite d'il y a une dizaine de jours pour laquelle elle a été traitée par un antibiotique là je ferais attention à ne pas donner le même antibiotique. Si c'est une histoire récente, si la dernière cystite date d'il y a 3 mois, là je n'en tiendrais peut-être pas compte.

*S : Si elle a un traitement au long cours pour ses cystites ?*

M : Ca dépend si elle n'a que de Cranberry ça ne change rien par contre si elle est encore sous Furadantine même si elle ne devrait pas peut être que je penserais à une forme injectable.

*S : Mais vous la traitez en ville et vous ne modifiez pas votre prise en charge en aigue (bilan, surveillance) ?*

M : Oui je la traite en ville comme les autres sauf peut-être l'antibiotique.

*S : La même jeune femme sans antécédents qui vient pour pyélonéphrite avec 10/6 de tension et 120 de fréquence cardiaque. Est-ce que vous la prenez en charge en ville ?*

M : 10/6 ça ne suffit pas, si elle a l'air en forme qu'elle est arrivée sur ses jambes je vais peut-être la traiter en ville. Mais si elle arrive dans un état pas possible même si elle a 11 de tension je ne la traiterais pas en ville. Je la ferais peut-être hospitalisée. Si elle vit toute seule par exemple parce qu'elle est limite et qu'elle est toute seule donc il n'y aura personne pour m'appeler si ça ne va pas mieux. Maintenant, si elle est accompagnée, même si elle n'est pas terrible, je peux tenter de la traiter en ambulatoire mais je leur dis de me rappeler le lendemain matin et surtout que si ça ne va pas le soir d'appeler le 15 ou d'aller aux urgences. Il y a quand même une histoire de feeling aussi.

*S : Est-ce que ça change votre antibiothérapie ?*

M : Non, je ne pense pas.

*S : Est-ce que ça change votre bilan ?*

M : Oui je ferais un bilan bio plus facilement une NUM et une créat.

*S : Pas d'imagerie ?*

M : Non, pas en urgence, ça me gêne beaucoup de faire un scanner injecté sur un rein fébrile.

*S : Oui mais on pourrait envisager une écho ?*

M : Oui, à la recherche d'un calcul en fait. Après avec la clinique, parfois on a un doute et on va faire l'écho mais parfois on n'a aucun doute et on n'a pas besoin de l'écho. Ce n'est pas pareil si elle vient avec un 38,5 ou un 40 auquel cas l'infection nous semblera plus évidente. Je fais l'écho s'il y a un doute diagnostic.

*S : Et c'est facile à avoir en urgence ?*

M : Il faut que j'appelle moi et puis ça dépend de la tolérance si je la veux de suite ou dans les 48 heures.

*S : Tableau de pyélonéphrite aigue simple sans signe de mauvaise tolérance mais il s'agit d'une femme de 70 ans. Vous la prenez en charge en ville ou pas ?*

M : c'est déjà plus rare. Je n'ai pas d'exemple là. Mais je pense oui à moins qu'elle n'ait de grosses comorbidités.

*S : C'est-à-dire ? Quelles sont les conditions sine qua non pour la traiter en ville ?*

M : Qu'elle est en bon état général, qu'elle prenne bien ses traitements, qu'elle ne soit pas toute seule. Il faut qu'elle soit autonome, se déplacer. Et surtout ne pas vivre seule ça veut dire qu'il y ait quelqu'un qui puisse appeler si elle s'aggrave ça veut dire pas son mari dément ou fragilisé.

*S : Est-ce que ça modifie votre surveillance ?*

M : Oui je la rappelle voire la revois à 24 heures.

*S : Est-ce que ça modifie votre bilan ?*

M : Oui, surtout si c'est une première pyélo à 70 ans je rechercherais quelque chose de malin en dessous car c'est quand même exceptionnel à froid.

*S : Et à la phase aigüe ?*

M : Oui, la créat pour voir la fonction rénale et un iono pour rechercher une déshydratation.

*S : Qu'est-ce qui ferait selon vous qu'un médecin généraliste adresse aux urgences une pyélonéphrite aigue simple ?*

M : La vraie raison est une question de timing quand on se rend compte qu'on ne peut pas gérer, c'est-à-dire vendredi soir, samedi midi, on n'a personne autour de soi pour les examens. Mais aussi la veille de vacances pour un médecin généraliste avec l'impossibilité de réévaluer son patient. C'est une des raisons quand on sait qu'on ne va pas être disponible pour prendre en charge correctement une pyélo. C'est sûr que là je me dirais que je ne peux gérer et j'enverrais aux urgences pour que quelqu'un d'autre s'en occupe.

*S : Votre formation initiale ?*

M : Médecin clinique j'ai aussi une formation en essai clinique et IVG médicamenteuse.

*S : Quelles sont vos sources pour votre formation médicale continue ?*

M : Je lis beaucoup des revues internet.

*S : Ca modifie votre prise en charge ?*

M : Oui bien sûr je vais y réfléchir et changer en fonction des études.

*S : Comment sélectionnez-vous ?*

M : Je suis abonnée à la *Revue du Prat* et puis c'est en fonction de ce que j'ai vu en consultation.

*S : Vous m'avez dit tout à l'heure que vous aviez fait des remplacements, est-ce que votre prise en charge des pyélonéphrites aiguës simples était la même ?*

M : Non, en tant que remplaçante, il faut dire que j'avais 20 ans de moins donc 20 d'expérience en moins et je sortais de l'hôpital où on est habitué à avoir toute une équipe avec soi et donc on n'appréhende pas les choses de la même façon. Après 20 ans en ville, on sait qu'on peut gérer certaines choses seule, parce qu'en fait on n'est pas seule! Maintenant, ça dépend si c'est un remplaçant d'une journée ou si c'est un remplacement fixe, on ne gère pas pareil. Je pense que c'est surtout une question d'expérience, parce que quand j'étais interne et que je faisais des remplacements j'étais habituée à tout avoir autour de moi et j'ai dû apprendre à faire avec un réseau.

*S : Donc le fait de ne pas connaître les correspondants est un frein ?*



M : Oui, tout à fait.

*S : Est-ce que le fait de ne pas bien connaître la patientèle est un frein ?*

M : Je ne pense pas, pas forcément.

*S : Et dans le fait de ne remplacer qu'une journée ?*

M : C'est surtout le fait de ne pas pouvoir suivre la patiente, qu'il faut «passer le bébé» à quelqu'un d'autre, prévenir le médecin qu'on remplace pour qu'il reprenne les choses. Donc ça modifie forcément la façon de faire et dans ce cas c'est plus simple d'adresser aux urgences. Je le vois avec mes remplaçants au début ils adressent facilement aux urgences puis petit à petit ils gèrent de plus en plus de choses en ville.

*S : Pourquoi selon vous ?*

M : Parce que le fait d'être fixe permet de connaître mieux la patientèle qui est compliant ou pas qui va revenir ou pas, de mieux connaître les correspondants et donc de savoir qu'on n'est pas seul, et enfin de savoir qu'il y a toujours l'hôpital en dernier recours.

*S : Justement, le fait d'avoir un hôpital à côté est-ce que ça change votre prise en charge ? Si oui, comment ?*

M : Bah, c'est pratique, on sait qu'on a l'hôpital juste à côté, donc si c'est difficile à gérer pour les examens complémentaires, la surveillance ou au moindre doute. Et puis je sais que je peux dire aux patientes si cette nuit ça va pas ou quand je ne suis pas joignable vous allez aux urgences. Je pense que si j'exerçais en milieu rural avec l'hôpital à 50 bornes je ferais différemment.

*S : C'est-à-dire ?*

M : Je les adresserais peut-être plus tôt peut-être.

*S : A l'inverse, ça vous permet également de traiter en première intention plus de choses en ville en sachant qu'il existe ce garde fou si jamais dans la nuit ça ne va ?*

M : Oui, c'est possible. Là, on peut se permettre avec Bichat à côté de mettre le répondeur, s'il n'y avait pas d'hôpital à côté je serais obligée de leur donner mon portable. C'est un confort d'avoir un hôpital proche. Mais ça ne veut pas dire que je leur dis à toutes d'aller systématiquement aux urgences, je ne pense pas qu'il soit indispensable de passer par la case urgences ni de se faire hospitaliser. Moi, jusqu'à maintenant, depuis 20 ans que j'exerce, je n'ai pas eu de mauvaise surprise sur une pyélonéphrite. Je sais que c'est important, qu'il faut les prendre en charge rapidement et correctement mais je n'ai pas eu la mauvaise expérience qui fait que je les adresse toute aux urgences, je ne me dis pas «fais gaffe c'est une pyélonéphrite, elles ont besoin d'une surveillance en milieu hospitalier». J'ai l'impression qu'une

pyélonéphrite, aujourd'hui en 2013, avec la possibilité d'avoir l'ECBU rapidement, d'avoir les antibio qui marchent, peut être prise en charge à la maison et ne pas aller aux urgences.

*S : Avez-vous autre chose à ajouter ?*

**M : Non.**

*S : Merci beaucoup.*

## Bibliographie

### ARTICLES

- [1] AFSSAPS : *Recommandations de bonne pratique : diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez adulte* juin 2008
- [2] ELKHARRAT D, ARROUY L, BENHAMOU F, DRAY A, GRENET J, Le CORRE A, *Epidémiologie de l'infection urinaire communautaire de l'adulte en France* in. Lobel B, Soussy CJ. *Les infections urinaires*. Paris : Springer-Verlag, 2007 : p1-20
- [3] BERGERON MG. *Treatment of Pyelonephritis in adults*. Med Clin North Am 1995 ; 79 :619-646
- [4] ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.) *Recommandations et références médicales. Cystites et pyélonéphrites aiguës simples de la femme de 15 à 65 ans en dehors de la grossesse*. Concours Med 1996;118:26-42.
- [5] F. BRUYERE, G. CARIOU, J.-P. BOITEUX, A. HOZNEK, J.-P. MIGNARD, L. ESCARAVAGE, L. BERNARD, A. SOTTO, C.-J. SOUSSY, P. COLOBY et le CIAFU CHU Bretonneau, *Les infections urinaires de l'adulte* Progrès en Urologie (2008) 18 Suppl. 1, S1-S3
- [6] CARON F. *Diagnosis and treatment of community-acquired urinary tract infections in adults : what has changed. Comments on the 2008 guidelines of the French Health Products Safety Agency* Presse Med. 2010 Jan ; 39(1) : 42-8
- [7] Paul LITTLE, Sheila TURNER, Kate RUMBSY, Greg WARNER, Michael MOORE, J. Andrew LOWES, Helen SMITH, Catherine HAWKE ans Mark MULLEE : *Developing clinical rules to predict urinary trac infection in primary care settings : sensitivity and specificity of near tests (dipsticks) and clinical scores* British Journal of General Practice, August 2006
- [8] CARON F. *Diagnostic bactériologique et antibiothérapie des infections urinaires*. Rev Prat. 2003;53:1760-9
- [9] SAFRIN S. *Pyelonephritis in adult women*. Am J Med. 1988;85:793-798
- [10] Pilly E, CMIT. *Maladies Infectieuses et Tropicales*. Paris : Vivact is Plus ; 2006
- [11] Conférence de consensus sur les infections nosocomiales Paris 27 Septembre 2002
- [12] ASPEVALL O, HALLANDER H, GANT V, KOURI T. *European guidelines for urinalysis : a collaborative document produced by European clinical microbiologists and clinical chemists under ECLM in collaborat ion with ESCMID*. Clin Microbiol Infect 2001;7:173-8.
- [13] Société de pathologie infectieuse de langue française (SPLIF) *Antibiothérapie des infections urinaires. Deuxième conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse*. Med Mal Infect. 1991 ; 21 : 51-4

- [14] NORRIS DL 2nd, YOUNG JD *Urinary tract infections : diagnosis and management in the emergency department* Emerg Med Clin North Am 2008 May ; 26(2) : 413-30
- [15] KALYANAKRISHNAN RAMAKRISHNAN, and DEWEY C. SCHEID, *Diagnosis and Management of Acute Pyelonephritis in Adults*. Am Fam Physician. 2005 Mar 1;71(5):933-942
- [16] RICHARD COLGAN, MOZELLA WILLIAMS, JAMES R. JOHNSON, *Diagnosis and Treatment of Acute Pyelonephritis in Women* Am Fam Physician. 2011 Sep 1;84(5):519-526.
- [17] GUPTA K, HOOTON TM, NABER KG, WULLT B, COLGAN R, MILLER LG, MORAN GJ, NICOLLE LE, RAZ R, SCHAEFFER AJ, SOPPERDE, *International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases*. Clin Infect Dis 2011 Mar;52(5):e103-20
- [18] GUJRAL S, BELL CR, DARE L, SMITH PJ, PERSAD RA. *A prospective evaluation of the management of acute pyelonephritis in adults referred to urologists*. Int J Clin Pract. 2003 Apr;57(3):238-40
- [19] ROLLINO C, BOERO R, FERRO M, ANGLÉSIO A, VAUDANO GP, CAMETTI A, BORSA S, BELTRAME G, QUATTOCCHIO G, QUARELLO F. *Acute pyelonephritis: analysis of 52 cases*. Ren Fail. 2002 Sep;24(5):601-8
- [20] B. FOXMAN, K L KLEMSTINE, BS, P D BROWN, *Acute Pyelonephritis in US Hospitals in 1997: Hospitalization and In-hospital Mortality* Annals of Epidemiology Volume 13, Issue 2 , Pages 144-150, February 2003
- [21] A Y. PELEG , G MACLAREN, and J HOY *Acute Pyelonephritis: Management Steps That Remain Unresolved* Clinical Infectious Diseases 2007; 45:1249
- [22] HAAB F, COSTA P, COLAU JC, GERARD A, LIARD F, BOHBOT JM, LENG JJ, LOBEL B, SOUSSY CJ, BOULANGER P. *Les infections urinaires de la femme en médecine générale. Résultats d'un observatoire réalisé auprès de 7916 patientes* Presse Med. 2006;35:1235-40
- [23] KUNIN CM *urinary tract infections in female* Clin. Inf Dis 1994
- [24] Nicolle LE *Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis* Urol. Clin. North Am; 2008 Frb; 35 (1) : 1-12
- [25] HOOTON TM, STAMM WE. *Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection*. Infect Dis Clin North Am. 1997 ; 11 : 551-81
- [26] HOOTON TM, *The Current management strategies for community-acquired urinary tract infection*. Infect Dis Clin north Am 2003 Jun 17 (2) : 303-32
- [27] WAGENLEHNER FM, WEIDER W, NABER KG : *An update on uncomplicated urinary tract infections in women* Curr Opin Urol 2009 Jul ; 19(4) : 368-74

- [28] VAN NIEUWKOOP C, VANT'T WOUT JW, SPELT IC, BECKER M, KUIJPER EJ, BLOM JW, ASSENDELFT WJ, VAN DISSEL JT : *Prospective cohort study of acute pyelonephritis in adults: safety of triage towards home based oral antimicrobial treatment.* J Infect. 2010 Feb;60(2):114-21. doi: 10.1016/j.jinf.2009.11.008. Epub 2009 Nov 27
- [29] VALIQUETTE L. : urinary tract infection in women. Can J urol 2001
- [30] ELKHARRAT D, CHASTANG C, BOUDIAF M, Le CORRE A, RASKINE L, CAULIN C. : *Relevance in the emergency department of a decisional algorithm for outpatient care of women with acute pyelonephritis.* Eur J Emerg Med. 1999 Mar;6(1):15-20.
- [31] STAMATIS P., EFSTATHIOU; ANGELOS V. PEFANIS ; DIMITRIOS I. TSIoulos; IOANNIS D. ZACHAROS; APHRODITE G. TSIAKOU; ATHANASIOS G. MITROMARAS; STYLIANOS E. MASTORANTONAKIS, SOPHIE N. KANAVAKI; Theodore D. Mountokalakis, MD *Acute pyelonephritis in adults prediction of mortality and failure of treatment* Arch Intern Med. 2003;163(10):1206-1212. doi:10.1001/archinte.163.10.1206
- [32] ROLLINO C, BELTRAME G, FERRO M, , QUATTOCCHIO G, SANDRONE, QUARELLO F. *Acute pyelonephritis: a case serie of 223 cases.* Oxford Journals Medicine Nephrology Dialysis Transplantation may 2011 Volume 27, Issue 9 Pp. 3488-3493.
- [33] RAUL RAZ ; WAHEEB SAKRAN ; BIBIANA CHAZAN ; RAUL COLODNER ; CALVIN KUNIN : *Long-Term Follow-Up of Women Hospitalized for Acute Pyelonephritis* Oxford Journals Medicine Clinical Infectious Diseases Volume 37, Issue 8 Pp. 1014-1020. Clin Infect Dis. (2003) 37 (8): 1014-1020. doi: 10.1086/377737
- [34] D. SCHOLE, T.M. HOOTON, P.L. ROBERTS, K. GUPTA, A.E.STAPLETON, W.E.STAMM : *Risk Factors Associated with Acute Pyelonephritis in Healthy Women* Ann Intern Med. 2005 January 4; 142(1): 20–27.
- [35] PETER E. PERTEL, DANIEL HAVERSTOC *Risk factors for a poor outcome after therapy for acute pyelonephritis* BJU International Volume 98, Issue 1, pages 141–147, July 2006
- [36] NICKEL, J. C.: *The management of acute pyelonephritis in adults.* In: Can J Urol 8 Suppl 1 (2001), S. 29–38
- [37] FIHN, S. D.: *Clinical practice. Acute uncomplicated urinary tract infection in women* n: N Engl J Med 349 (2003), Nr. 3, S. 259–66
- [38] KIM K., LEE CC, RHEE JE, SUH GJ, KEE HJ, KIM HB, SINGER AJ : *The effects of an institutional care map on the admission rates and medical costs in women with acute pyelonephritis* Acad Emerg Med. 2008 Apr;15(4):319-23. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00070.x
- [39] MERITXELL LLUÍS, ÒSCAR MIRÓ, MILAGROSA PEREA, ENRIC PEDROL, MIREIA MIJANA, TERESA RODELLAR, ANNA TORRENTS *Outcome in acute uncomplicated pyelonephritis after discharge home following initial hospital emergency department treatment* Emergencias 2009;21:325-332

- [40] M. GRABE, M.C. BISHOP, T.E. BJERKLUND-JOJANSEN, H. BOTTO, M. ÇEK, B. LOBEL, K.G. NABER, J. PALOU, P. TENKE : *Guidelines on The Management of Urinary and Male Genital Tract Infections* European Association of Urology 2008
- [41] MILLER O., HEMPHILL : *Urinary tract infection and pyelonephritis* Emerg Med Clin North Am. 2001 Aug;19(3):655-74
- [42] BROWN P, KI M, FOXMAN B : *Acute pyelonephritis among adults: cost of illness and considerations for the economic evaluation of therapy*. Pharmacoeconomics 2005 23(11):1123-42.
- [43] FOXMAN *Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs* Am J Med. 2002 Jul 8;113 Suppl 1A:5S-13S
- [44] MONMATURAPOJ T., MONTAKANTIKUL P. , TRAGULPIANKIT P. : *A prospective, randomized, double dummy, placebo-controlled trial of oral cefditoren pivoxil 400mg once daily as switch therapy after intravenous ceftriaxone in the treatment of acute pyelonephritis* Int J Infect Dis. 2012 Dec;16(12):e843-9. doi: 10.1016/j.ijid.2012.07.009. Epub 2012 Aug 28
- [45] Dr TORSTEN SANDBERG, GUNILLA SKOOG, ANNA BORNEFALK HERMANSSON, Pr GUNNAR KAHLMETER, NILS KUYLENSTIERNA, ANDERS LANNERGARD, GISELA OTTO, BO SETTERGREN, GUNILLA STRIDH EKMAN ; *Ciprofloxacin for 7 days versus 14 days in women with acute pyelonephritis: a randomised, open-label and double-blind, placebo-controlled, non-inferiority trial* The Lancet, Volume 380, Issue 9840, Pages 484 - 490, 4 August 2012
- [46] D. M. BIRNBAUMER reviewing Velasco M et al. *Blood Cultures Unnecessary for Women with Uncomplicated Pyelonephritis* Clin Infect Dis 2003 Oct 15.
- [47] VELASCO M, J. A. MARTINEZ, A. MORENO-MARTINEZ, J. P. HORCAJADA, J. RUIZ, M. BARRANCO, M. ALMELA, J. VILA, J. MENSA *Blood cultures for women with uncomplicated acute pyelonephritis: Are they necessary?* Clin Infect Dis 2003 Oct 15; 37:1127-30
- [48] T. JANCEL, V. DUDAS *Management of uncomplicated urinary tract infections* West J Med 2002;176:51-55
- [49] BRITTEN N. *Qualitative Research : Qualitative interviews in medical research*. BMJ 1995; 311: 251-253.
- [50] I. AUBIN-AUGER, A. MERCIER, L. BAUMANN, A M LEHR-DRYLEWICZ, P. IMBERT, L. LETRILLIART et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. *Introduction à la recherche qualitative* exercer 2008;84:142-5.
- [51] *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide* Qualitative Research Methods Overview Family Health International.

- [52] Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale Mémoire médecine générale Estelle PASQUIER Faculté Lyon Nord Avril 2004
- [53] MOUSQUES J., RENAUD T., SCEMAMA O. Variabilité des pratiques médicales en Médecine Générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. CREDES : Question d'économie de la santé 2003 ; 70 : 6p. <http://www.credes.fr>
- [54] COTE L, TURGEON J. *Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine*. Pédagogie Médicale 2002; 3: 81-90.
- [55] Cour des comptes . *Les urgences médicales : constats et évolution récente* ; Rapport public annuel - 08 février 2007
- [56] B. G.PICCOLI, E. CRESTO, F. RAGNI, V. VEGLIO, R. M. SCARPA, M. FRASCISCO : *The clinical spectrum of acute 'uncomplicated' pyelonephritis from an emergency medicine perspective* International Journal of Antimicrobial Agents Volume 31, Supplement 1 , Pages 46-53, February 2008
- [57] P. PUECH, D. LAGARD, C. LEROY, M. DRACON, J. BISERTRE, L. LEMAITRE : *place de l'imagerie dans les infections du tractus urinaire de l'adulte* J radiol 2004 ; 85 220-240
- [58] C. VAN NIEUWKOOP, B. P. C. HOPPE, T. N. BONTEN, J. W.VAN'T WOUT, N. J M. AARTS, B.J. MERTENS, E.M.S. LEYTENS, T. KOSTER, G.H. WATTEL-LOUIS, N.M. DELFOS, H.C. ABLIJ, H.W ELZEVIER, J.T.VAN DISSEL: *Predicting the Need for Radiologic Imaging in Adults with Febrile Urinary Tract Infection* Oxford Journals Medicine Clinical Infectious Diseases Volume 51, Issue 11 Pp. 1266-1272. August 12, 2010
- [59] G.B. PICCOLI, V. CONSIGLIO, M.C. DEAGOSTINI, M. SERRA, M. BIOLCATI, F. RAGNI, A. BIGLINO, A. De PASCALE, M. FEDICE, F. FRASCISCO, A. VELTRI, F. PORPIGLIA *The clinical and imaging presentation of acute "non complicated" pyelonephritis: A new profile for an ancient disease* BMC Nephrol. 2011; 12: 68. Published online 2011 December 15. doi: 10.1186/1471-2369-12-68 PMID: PMC3268718
- [60] CHEN K.C, HUNG S.W, SEOW V.K., CHONG C.F., WANG T.L., LI Y.C., CHANG H. *The role of emergency ultrasound for evaluating acute pyelonephritis in the ED*. Am J Emerg Med. 2011 Sep;29(7):721-4. doi: 10.1016/j.ajem.2010.01.047. Epub 2010 May 1
- [61] KANG C, KIM K, LEE SH, PARK C, KIM J, LEE JH, JO YH, RHEE JE, KIM DH ? KIM SC : *A risk stratification model of acute pyelonephritis to indicate hospital admission from the ED* Am J Emerg Med. 2013 Jul;31(7):1067-72. doi: 10.1016/j.ajem.2013.03.048. Epub 2013 Apr 28.
- [62] KIM KS, KIM K, JO YH, KIM TY, LEE JH, LEE SJ, RHEE JE, SUH GJ. : *A simple model to predict bacteremia in women with acute pyelonephritis* J Infect. 2011 Aug;63(2):124-30. doi: 10.1016/j.jinf.2011.06.007. Epub 2011 Jun 22.
- [63] LEMIALE V., RENAUD B.,MOUTEREAU S., N'GAKO A., SALLOUM M., CALMETTES MJ., HERVE J., BORAUDC., SANTIN A., GREGO JC., BRACONNIER F.,

ROUPIE E. : *A single procalcitonin level does not predict adverse outcomes of women with pyelonephritis.* Eur Urol. 2007 May;51(5):1394-401. Epub 2006 Dec 18.

[64] Y-E CLAESSENS, J. SCHMIDT, E. BATARD, S. GRABAR, G. JEGOU, P. HAUSFATER, G.KIERZEK, S. GUERIN, J-L POURRIAT, J-F DHAINAUT, C. GINSBURG *Can C-reactive protein, procalcitonin and mid-regional pro-atrial natriuretic peptide measurements guide choice of in-patient or out-patient care in acute pyelonephritis? Biomarkers In Sepsis (BIS) multicentre study* Clin. Microbiol. Infect 2010 ; 16 : 753-760

## **THESES**

[65] M. VIDONI : *Pyélonéphrites et prostatites aiguës prises en charge en ville : épidémiologie bactérienne et sensibilité de E. COLI aux antibiotiques, apport de la bandelette urinaire et de l'imagerie* soutenue en 2010 faculté de Créteil Paris XII

[66] C. BEN OMRANE: *Prise en charge de pathologies complexes en médecine ambulatoire (dans le cadre d'un réseau de soins) et aux urgences hospitalières : étude comparative : A propos de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs des membres inférieurs, de l'infection urinaire fébrile et de la pneumonie aiguë communautaire* Présentée et soutenue publiquement le 15 juin 2010 Université Paris Diderot Paris 7

[67] L. PAVAGEAU : *Evaluation des pratiques professionnelles aux urgences concernant la prise en charge des pyélonéphrites aiguës chez la femme* soutenue le 10 novembre 2009 faculté de Nantes

[68] L. POIREE : *un indice pour identifier les patients consultant aux urgences aux urgences avec une pyélonéphrite aiguë nécessitant une hospitalisation. Etude rétrospective* soutenue le 31 octobre 2005 faculté René Descartes Paris 5

[69] J-P. DUBOIS : *la pyélonéphrite aiguë non compliquée de la femme traitement ambulatoire versus hospitalisation essai thérapeutique et faisabilité dans un service d'urgence* soutenue le 7 juin 2002 Faculté de Rouen

[70] C. BAUDOUIN : *imagerie de la colique néphrétique et de la pyélonéphrite aux urgences : évaluation des pratiques professionnelles réalisée au CHU de Rennes* soutenue le 26 juin 2009 Université Rennes 1

[71] A. THERBY : *prise en charge des pyélonéphrites aiguës hospitalisées chez la femme : intérêt de l'échographie en urgence* soutenue le 26 octobre 2001 Université Paris6

[72] Z. BENBRAHIM : *exploration du Gut Feeling dans la prise en charge d'un patient par le médecin généraliste* soutenue le 18 juin 2008 université Denis Diderot Paris 7



## PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse  
Université .....  
Le Professeur

**Pr Casafino Enrique**  
Chef de pôle SUPRA  
Chef de département Urgences Bichat / Beaujon  
Date Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine  
Hôpital Bichat Claude-Bernard  
75877 Paris Cedex 18  
Tél : 01 40 25 77 61

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Université Paris Diderot - Paris 7  
Professeur Benoît Schlemmer



VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

# Résumé

**Contexte:** Les pyélonéphrites représentent un motif fréquent de consultation au cabinet comme aux urgences. En 2008, l'AFFSAPS a publié des recommandations qui visent à encadrer les pratiques notamment en ce qui concerne la possibilité d'une prise en charge ambulatoire pour les pyélonéphrites aiguës simples. Or des données épidémiologiques tendent à montrer qu'elles restent un motif d'envoi aux urgences. On s'est donc interrogé sur quels étaient du point de vue des médecins généralistes les freins à une prise en charge en ville des pyélonéphrites aiguës simples.

**Méthode:** Il s'agit d'une étude qualitative, interrogeant des médecins généralistes à partir d'entretiens semi-directifs.

**Résultats:** 14 entretiens ont été réalisés auprès de 14 généralistes d'Ile-de France. Les principaux freins principaux évoqués ont été: la gravité de l'état général, les co-morbidités, le manque de temps ( pour recevoir en urgence une patiente et pour la réévaluer), les difficultés d'organisation avec les correspondants pour réaliser les examens complémentaires et récupérer leur résultats dans les délais souhaités, le caractère imprévisible de l'évolution de la maladie, la non-observance prévisible (la patiente non compliant ou ne comprend pas la démarche thérapeutique), les conditions de vie précaires et enfin la peur de poursuites judiciaires. Des solutions ont été mises en place par certains médecins et d'autres ont émis des idées pour favoriser une prise en charge ambulatoire: la possibilité d'avoir un réseau de soin disponible dans les 24 heures facilitant les échanges avec les différents intervenants, le partage de cabinet permettant d'augmenter les heures de disponibilités sans augmenter les heures de travail, revoir plus rapidement et plus fréquemment certains patients, faire intervenir un interprète.

**Discussion:** Les médecins généralistes souhaiteraient prendre en charge au maximum les pyélonéphrites aiguës simples en ville cependant certaines contraintes leur imposent d'adresser leurs patientes aux urgences. Pour améliorer les pratiques il est important de trouver des solutions qui faciliteraient les prises en charge en ambulatoire.

## Mots clés :

Pyélonéphrite Aigüe Simple – Prise en Charge– Médecins généralistes – Point de vue – Enquête qualitative

**Contexte:** Acute pyelonephritis is one of the most common community-acquired infections in general practice and in emergency room. In 2008, l'AFFSAPS published guidelines to ensure the practice in particular for uncomplicated acute pyelonephritis when ambulatory treatment is possible. However studies show that they remain a purpose of sending to emergencies. The present study was conducted to determine what are from general practitioner (GP) point of view the ambulatory management barriers. **Results:** 14 interviews were made questioning 14 GP. Main barriers mentioned were: severe clinical manifestation, existence of comorbidities, lack of time to consult or for an early reevaluation or to organize paraclinics exams, unpredictable evolution of acute pyelonephritis, lack of patient's compliance or lack of understanding, precarious living conditions and the fear of legal proceedings.

Solutions were set up and some GP give out ideas to increase ambulatory management: an available health-care system, sharing the practice allows increasing consultation time without increasing doctors schedule, see earlier or more frequently some patient, consult with an interpreter. **Discussion:** General practitioner would like managing uncomplicated acute pyelonephritis however some requirement oblige them to address their patient to the emergency department. So it seems important to find, with GP, solutions which facilitate ambulatory management to improve practices.

## Keywords:

Uncomplicated acute pyelonephritis - Management – General Practitioner - Point of view - Qualitative study