



**HAL**  
open science

# Difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Ile-de-France dans le diagnostic et les prescriptions relatives aux infections urinaires

Samuel Guedj

► **To cite this version:**

Samuel Guedj. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Ile-de-France dans le diagnostic et les prescriptions relatives aux infections urinaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03408995

**HAL Id: dumas-03408995**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03408995>**

Submitted on 29 Oct 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**SOUTENANCE A CRETEIL**

**UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL**

**FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

\*\*\*\*\*

**ANNEE 2020**

**N°**

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT**

**DE**

**DOCTEUR EN MEDECINE  
Discipline : Médecine Générale**

-----

**Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :**

**à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)**

-----

**Par Samuel GUEDJ**

**Né(e) le à**

-----

**TITRE : Difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Ile-de-France  
dans le diagnostic et les prescriptions relatives aux infections urinaires**

**DIRECTEURS DE THESE :  
Pr. Vincent RENARD  
Dr. Florence ADELIN-DUFLOT**

**BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE  
M., MME, MELLE,**

**Signature des  
Directeurs de thèse**

**Cachet de la bibliothèque  
universitaire**

## *Remerciements*

Tout d'abord je tiens à remercier mes directeurs de thèse Vincent Renard et Florence Adeline-Duflot, sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir. Merci pour leur soutien, leurs relances, leur disponibilité, et leur compréhension.

Merci également à ma tutrice Anne-Laure Martin-Etzol, dont la gentillesse, la patience, et les conseils ont été déterminants dans l'aboutissement de mon 3<sup>e</sup> cycle.

Merci aux enseignants du DMG de Créteil pour leur expertise et leur pédagogie au cours de mon cursus.

Merci à Olivier Houis, seul médecin généraliste avec qui j'ai eu le plaisir d'exercer en ambulatoire durant mon internat, qui a su changer ma perception de ce métier et modeler ma façon d'appréhender et exercer la discipline.

Merci aux médecins hospitaliers qui ont su m'accompagner et me transmettre leurs connaissances et leur sens clinique, dommage qu'ils ne soient pas plus nombreux dans les CHU.

Merci à mes parents, mon frère Benjamin, ma sœur Elisa, et mes proches de m'avoir soutenu et supporté durant ces longues études. Merci à mes grands-mères pour leur amour et leur confiance indéfectible. J'ai une pensée pour papy qui ne me verra pas prêter serment, mais qui je le sais, m'accompagne toujours. Enfin je tiens à rassurer grand-père, qui n'a plus à s'en faire car le flambeau a été finalement repris par l'un de ses petits-enfants.

Merci à Jonathan, Simon, Benoit, Lior, Adriel, Arnaud, Azar (Laurent ?), Julien pour leur franchise, leur solidarité, et leur fidélité de tous les instants. Le lien tissé ensemble résistera au temps et aux distances, cela ne fait aucun doute.

Merci aux Laboratoires Aperture pour leur gâteau, et pour avoir été des amis de confiance dans la science.

Enfin, Naama, je réalise quotidiennement la chance qui la mienne de t'avoir à mes côtés. Merci de me pousser à être toujours meilleur, tu sais toutes les pensées que j'ai pour toi.

## *Table des matières*

Remerciements .....	2
Glossaire .....	5
Introduction .....	6
A. Epidémiologie .....	7
1. Profil de la consommation antibiotique en France .....	7
2. L'émergence des BMR.....	7
3. Les différents plans antibiotiques .....	8
B. L'antibiothérapie des infections urinaires .....	9
1. La nosologie et les recommandations actuelles.....	9
2. L'antibiorésistance dans les infections urinaires .....	9
C. La consultation d'infection urinaire et ses difficultés .....	10
D. Hypothèses et objectifs de l'étude.....	10
Matériel & Méthode .....	12
A. Choix d'une étude qualitative .....	12
1. Réalisation du guide d'entretien .....	12
2. Population étudiée et critères d'inclusion.....	13
3. Mode de recrutement .....	13
B. Déroulement de l'étude .....	13
1. Réalisation des entretiens .....	13
2. Retranscription des entretiens.....	14
C. Analyse qualitative des résultats .....	14
Résultats .....	15
A. Caractéristiques de la population .....	15
B. Difficultés liées au savoir scientifique .....	17
1. Respect des dogmes et des acquis de la formation initiale.....	17
2. Application des connaissances et des recommandations.....	17
C. Situations cliniques caractérisées .....	18
1. Absence de difficultés .....	18
2. Difficultés diagnostiques .....	19
3. Difficultés thérapeutiques.....	20
D. Incertitudes diagnostiques .....	20
4. Difficultés diagnostiques .....	20

5. Difficultés thérapeutiques.....	21
E. La relation médecin / patient.....	22
1. Relation de confiance .....	22
2. Education thérapeutique des patients .....	22
3. Difficultés relationnelles.....	23
F. Leviers pour contourner les difficultés.....	23
1. Leviers utilisés en consultation.....	23
2. Leviers faisant appel à une ressource extérieure .....	24
G. Outils envisagés pour lever les difficultés.....	25
Discussion.....	27
A. Principaux résultats .....	27
1. Situations cliniques non problématiques .....	27
2. Situations cliniques problématiques .....	27
3. Leviers utilisés .....	28
4. Outils envisagés.....	29
B. Forces et faiblesses de l'étude.....	29
1. Choix de la méthode .....	29
2. Les biais de l'étude .....	30
C. Comparaison avec les données de la science .....	31
1. Absence de difficulté dans la relation médecin malade .....	31
2. Absence de difficulté face à la présence de BMR .....	32
3. Changement de règle chez l'homme .....	32
4. Tableaux intermédiaires et continuum de maladies .....	33
5. Démarche décisionnelle et facteurs influençant .....	33
6. Apports des différents outils d'aide à la consultation.....	34
7. Consultations complexes et gestion de l'incertitude .....	34
D. Perspectives.....	35
1. Nosologie des tableaux intermédiaires .....	35
2. Cystite masculine et traitement adéquat .....	35
3. Mieux faire connaître les lignes téléphoniques de recours.....	35
Conclusion.....	37
Bibliographie .....	38
Annexe 1.....	42
Annexe 2.....	53
Annexe 3.....	56
Résumés & Mots clés .....	58

## *Glossaire*

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
ATB	Antibiotique
BLSE	Bêta-Lactamase à Spectre Etendu
BMR	Bactérie Multi-Résistante
BU	Bandelette Urinaire
C3G	Céphalosporines de 3 <sup>e</sup> Génération
CMGF	Congrès de la Médecine Générale France
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
DMP	Décision Médicale Partagée
ECBU	Examen Cytobactériologique des Urines
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EI	Entretien Individuel
EPPM	Echantillon Permanent de la Prescription Médicale
EPU	Enseignement Post-Universitaire
HAS	Haute Autorité de Santé
IU	Infection Urinaire
MG	Médecin Généraliste
MHD	Mesures Hygiéno-Diététiques
MSU	Maitre de Stage des Universités
PAAIR	Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFU	Signes Fonctionnels Urinaires
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
VAS	Voies Aériennes Supérieures

## *Introduction*

En France, les infections urinaires (IU) constituent un motif fréquent de consultation en médecine générale (30). Cette prévalence entraîne une part importante de la prescription antibiotique ambulatoire, bien que celle-ci soit difficile à chiffrer. Or la consommation d'antibiotiques, et les résistances bactériennes qu'elle engendre, constituent un problème de santé publique dont la gravité va croissante.

En effet, depuis ces 10 dernières années, les tendances observées se prolongent actuellement : augmentation de la consommation d'ATB (+5,4% depuis 2010, la France étant le quatrième pays consommateur en Europe) (27) ; évolution des profils de résistance des principales bactéries impliquées dans les infections urinaires ; émergence de souches bactériennes multi-résistantes (BMR) compliquant le choix des traitements antibiotiques. Parallèlement à cela les recommandations des différentes sociétés savantes évoluent à un rythme important notamment pour les infections urinaires (5), une nouvelle nosologie est apparue récemment dans les recommandations de bonnes pratiques, très différente de la précédente.

Dans le même temps, le ministère de la santé a mis en œuvre 3 plans nationaux successifs puis une feuille de route interministérielle afin de diminuer la consommation d'antibiotiques.

Tous ces éléments pourraient entraîner, pour les médecins généralistes (MG), des difficultés concernant la prise en charge tant diagnostique que thérapeutique des patients présentant des infections urinaires.

D'autres pays Européens se sont intéressés à ce problème, mais partant toujours du principe que les recommandations nationales étaient claires et complètes (19,32,33). Les études menées dans ces pays ont permis de mettre en évidence plusieurs facteurs limitant les possibilités pour les médecins généralistes de proposer une prise en charge globale optimale à leurs patients atteints d'infections urinaires.

Préoccupés par la problématique de la prise en charge des IU en médecine générale et ayant à l'esprit les problématiques précédemment cités, nous nous sommes interrogés quant aux difficultés rencontrées par les MG sur le terrain dans ce domaine. En effet, aucune étude qualitative n'est disponible sur le sujet en France.

Ainsi, par la réalisation d'une étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs de médecins généralistes d'Ile-de-France, nous avons tenté de mettre en évidence les difficultés rencontrées dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients présentant une infection urinaire.

## **A. Épidémiologie**

### **1. Profil de la consommation antibiotique en France**

En France, entre 2000 et 2004, la consommation d'antibiotiques (ATB) a baissé de plus de 15%, puis s'est stabilisée, avant d'augmenter à nouveau depuis 2010 (+5,6% entre 2011 et 2016). Les médecins généralistes effectuent 70% de l'ensemble des prescriptions antibiotiques (27).

La France n'est plus le plus grand consommateur d'antibiotiques en médecine humaine d'Europe, comme cela était le cas au début des années 2000, mais reste malgré tout un des pays en consommant le plus. En 2016, elle se situait au 3<sup>e</sup> rang européen dans le secteur ambulatoire, et au 4<sup>e</sup> rang dans le secteur hospitalier.

Les prescriptions ambulatoires représentant 93% de la consommation totale. Les principales classes utilisées sont les beta-lactamines (63%), les macrolides (11%), les céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération (C3G, 5%), et les quinolones (5%). Les infections ORL représentent 42% des prescriptions, les infections des voies respiratoires basses 25%, les infections urinaires 15%, les infections dermatologiques 8%. La durée des traitements est en moyenne de 9,2 jours avec une médiane à 6 jours.

L'ensemble de ces chiffres doit cependant être relativisé devant les obstacles existant concernant le recueil exact et exhaustif des données sur le sujet. En effet, une partie de celles-ci provient des déclarations de ventes que les entreprises pharmaceutiques adressent chaque année à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). Ces déclarations obligatoires portent sur la totalité des spécialités commercialisées en France. Il s'agit de données exhaustives qui ne nécessitent donc aucune extrapolation. Une autre partie provient de panels issus de l'Échantillon Permanent de la Prescription Médicale (EPPM). L'EPPM est une étude trimestrielle sur les maladies et les habitudes de prescriptions des médecins généralistes et spécialistes en activité libérale (au moins 50 %). Son panel est constitué d'un échantillon représentatif de 1180 médecins généralistes ou spécialistes, dont l'activité mesurée est extrapolée. Enfin, une dernière partie provient de l'offre de données publiques Open Medic, qui est constituée d'un ensemble de bases annuelles, portant sur les médicaments délivrés en pharmacie de ville. Ces deux dernières sources sont donc soumises à un biais de recueil important, et il n'existe pas de moyen pour évaluer leur exactitude ni leur exhaustivité.

### **2. L'émergence des BMR**

Cette évolution de consommation des antibiotiques, bien que difficilement quantifiable avec précision, se confirme avec le temps, et a été concomitante depuis le début des années 2000, avec le développement de souches bactériennes multirésistantes (34,38). Selon l'étude réalisée par Santé Publique France sur la « Morbidité et mortalité des infections à bactéries multi-



résistantes aux antibiotiques en France », le nombre de décès imputables aux bactéries multi-résistantes s'élevait à 12500 en 2012 et le nombre d'infections à BMR survenues était de 158000 (9).

L'ANSM a donc publié en 2013, puis mis à jour en 2015, une liste des antibiotiques « critiques » incluant les ATB particulièrement générateurs de résistances bactériennes (31).

En 2015, on retrouvait sur cette liste, l'association amoxicilline-acide clavulanique, les céphalosporines (orales, de troisième et quatrième génération, la catégorie « autres céphalosporines », la ceftriaxone), les fluoroquinolones, la témocilline, les glycopeptides (vis-à-vis des Cocci Gram positif), les pénèmes (vis-à-vis des Bacille Gram négatif).

Les conséquences de ce développement sont rendues plus graves par le déclin de la production de nouveaux antibiotiques (27). Le nombre de substances antibiotiques disponibles en France a diminué de plus de 20 %, passant de 103 à 79 de 2000 à 2015.

Ce solde négatif résulte de l'arrêt de commercialisation de 34 substances, alors que seules 12 nouvelles ont été commercialisées. Dans toutes les classes d'antibiotiques, au moins une substance active a été retirée du marché sur cette même période.

### **3. Les différents plans antibiotiques**

En raison de cette situation, le ministère de la Santé a mis en place une série de trois « Plans antibiotiques » depuis 2001 destinés à améliorer la prescription antibiotique et préserver leur efficacité.

Le dernier plan en date (2011-2016) visait trois objectifs :

- 1) Améliorer les règles de prise en charge par les ATB (rationnaliser les protocoles et les référentiels, améliorer leur application, développer les tests d'orientation diagnostique, organiser le conseil auprès des prescripteurs) ;
- 2) Informer et former les professionnels de santé (adapter la formation initiale, développer la formation continue, développer l'auto-évaluation des prescriptions) ;
- 3) Sensibiliser la population aux enjeux (informer et sensibiliser le grand public).

A cet effet, plusieurs actions, mises en place par les professionnels de santé afin de limiter la prescription aux situations pertinentes ont été identifiées. Les plus connus sont par exemple la mise en place du site internet d'aide à la prescription Antibiocliv, par le Département de Médecine Générale de l'université Paris-Diderot en coopération avec la SPILF (25), ou la création d'Antibiolor, le réseau lorrain d'antibiologie mis en place en 2003 pour apporter aux prescripteurs et aux établissements de soins une aide pour organiser le meilleur usage des antibiotiques en Lorraine (1).

Une ligne de conseil téléphonique sur la prescription antibiotique « CoTéPrAgmatique » dédiée aux médecins généralistes financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France avait été créée en 2013. Ce projet était porté par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), l'originalité du projet était que le conseil aux prescripteurs était apporté par des MG formés à cet effet. Sur une durée de deux ans, 36% des appels concernaient un conseil de prescription relative aux infections urinaires, alors qu'elles ne représenteraient que 15% des prescriptions d'antibiotiques en ville.

## **B. L'antibiothérapie des infections urinaires**

### **1. La nosologie et les recommandations actuelles**

Face à cette mobilisation institutionnelle, et devant le risque grandissant d'impasse thérapeutique, les recommandations de bonnes pratiques concernant l'usage des antibiotiques ont été mises à jour, et parfois profondément modifiées.

Cela a été le cas en 2014 puis en 2017 pour les recommandations concernant la prise en charge des infections urinaires (5).

Nous avons assisté dans ce domaine à un changement assez important, non seulement concernant les options thérapeutiques (indication du Pivmécillinam par exemple), mais également concernant la nosologie conduisant au diagnostic positif et de gravité (suppression de l'IU compliquée et introduction de l'IU à risque de complication, suppression de la prostatite et introduction de l'IU masculine, apparition des critères de fragilité chez les patients de plus de 65 ans).

Ces recommandations sont depuis régulièrement mises à jour, posant donc la question de la diffusion auprès des professionnels de santé, si l'on souhaite que ceux-ci se les approprient et les prennent en compte dans leurs décisions.

### **2. L'antibiorésistance dans les infections urinaires**

Parmi les stratégies probabilistes de ces recommandations, proposées en fonctions du nouveau cadre nosologique, figurent plusieurs ATB listés par l'ANSM comme particulièrement générateurs de résistances : Ceftriaxone ou Fluoroquinolone (pyélonéphrite sans signe de gravité) ; Ceftriaxone ou pénème (pyélonéphrite avec signe de gravité) ; Fluoroquinolone ou Ceftriaxone (IU masculine).

Le problème de souches bactériennes multirésistantes se pose particulièrement dans les IU, principalement avec les souches d'E. Coli productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE).

Selon l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (44), en France en 2017, 58% des souches d'E. Coli étaient porteuses d'une résistance acquise pour l'une des 5 classes antibiotiques suivantes : Pénicillines A, Fluoroquinolones, C3G, Aminosides, Carbapénèmes. 55,6% des souches étaient résistantes aux Pénicilline A (stable depuis 2014, moyenne européenne à 58,7%), 15% aux Fluoroquinolones (en baisse depuis 2014, moyenne européenne à 25,7%), 10,2% aux C3G (stable depuis 2014, moyenne européenne à 14,9%), 7% aux Aminosides (en baisse depuis 2014, moyenne européenne à 11,4%), et moins de 0,1% aux Carabapénèmes (stable depuis 2014, moyenne européenne à 0,1%).

Parmi les souches résistantes aux C3G, 87,4% étaient productrices de BLSE.

La prescription ambulatoire antibiotique juste et adaptée apparait donc, plus que jamais, comme un outil majeur pour stopper la propagation des résistances bactériennes, et préserver l'efficacité des antibiotiques existants.

### **C. La consultation d'infection urinaire et ses difficultés**

Lorsque l'on transpose tous ces éléments dans une consultation de médecine générale, il existe certaines difficultés dont on peut prévoir la survenue, et qui feront obstacle à une prise en charge optimale du patient. D'autres sont plus difficilement prédictibles et nécessitent d'être identifiées.

Pour les patients présentant une IU, bien que certaines données sur le sujet soient disponibles dans la littérature internationale (13,19,21,32,33,47,48,49), celles-ci s'attachent principalement aux difficultés liées à la prescription antibiotique, et il existe peu de données françaises.

Parmi les difficultés connues (2) on peut citer le manque de preuve scientifiques pour la situation clinique rencontrée, une applicabilité difficile pour le médecin ou le patient, une consultation le week-end, des habitudes de prescription du médecin ou du patient, la perception de la fiabilité des recommandations, les attentes du patients, le surplus d'informations cliniques et paracliniques, la mise en concurrence de plusieurs médecins, un 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> contact pour le même épisode, un traitement antibiotique déjà débuté, un patient perçu comme ayant des risques particuliers.

Parmi les difficultés envisageables, on peut citer des difficultés d'appropriation de la nouvelle nosologie (5), le rythme d'évolution et de changement des recommandations, la présence de souches BMR.

### **D. Hypothèses et objectifs de l'étude**

Les difficultés citées ne sont probablement pas les seules auxquelles les médecins généralistes doivent faire face dans la prise en charge des IU.

L'objectif principal de l'étude est donc de connaître la nature des difficultés rencontrées par les médecins généralistes en soins premiers, lors de la prise en charge des patients présentant une infection urinaire.

## *Matériel & Méthode*

### **A. Choix d'une étude qualitative**

Afin de répondre à nos objectifs nous avons fait le choix d'une méthode qualitative par entretiens individuels (EI) semi-directifs (20,39).

L'EI permet de garantir la spontanéité et la liberté de réponse du sujet interrogé. Lors des entretiens semi-directifs, le guide d'entretien est peu détaillé et si l'individu n'aborde pas tous les thèmes, l'entretien ne les aborde pas non plus, sauf s'il s'agit d'un thème principal. Pendant l'entretien, il faut intervenir très brièvement, mais simplement aborder les thèmes. Le but est que le répondant aborde seul le maximum de thèmes figurant dans le guide d'entretien. L'investigateur doit rester neutre et objectif et ne doit jamais donner ses opinions personnelles. La seule manière d'intervenir est d'utiliser des techniques de reformulation : relances, reformulation, approfondissement. Toutes ses techniques servent à donner l'illusion d'un dialogue mais en aucun cas cela ne doit faire intervenir de questions fermées.

#### **1. Réalisation du guide d'entretien**

Les hypothèses de la recherche ont été traduites sous forme de questions ouvertes et de relances, pour constituer le guide d'entretien. Nous avons choisi de rédiger un guide structuré, ou encore guide thématique formalisé (4).

Le but était de structurer l'entretien sans diriger le discours. Notre guide d'entretien comportait trois parties (**Annexe 1**). L'entretien débutait par des questions sur leur âge, leur mode et lieu d'exercice, leur ancienneté d'exercice, et leurs habitudes et historique en termes d'information et de formation concernant les IU. Une première partie explorait la prise en charge des cystites, puis des pyélonéphrites, puis une deuxième partie interrogeait les difficultés liées à la décision médicale partagée (DMP) et au parcours de soins. Une troisième partie consistait en une discussion autour d'une situation survenue dans l'exercice du praticien et l'ayant marqué. Le choix de la situation était laissé entièrement au praticien, pourvu qu'elle corresponde au sujet étudié.

En outre, certaines questions de relance étaient communes aux 2 premières parties : l'exploration des différents types de patients (hommes, femmes enceintes, enfants, sujets âgés, etc...), les leviers utilisés pour contourner les difficultés, les outils désirés pour aider à la prise en charge.

Comme il est fréquent dans ce type de travail, et pour laisser libre cours à l'expression des praticiens, les différents thèmes n'étaient pas nécessairement abordés dans l'ordre pendant l'entretien.

Le guide a été soumis au préalable à ma directrice de thèse le Docteur Florence Adeline-Duflot (médecin généraliste, maître de conférences associé), puis à mon co-directeur le Professeur Vincent Renard (médecin généraliste, directeur du département de médecine générale de la faculté de médecine Paris-Est Créteil, et président du CNGE) pour avis et validation. L'ajout de certaines questions et la reformulation d'autres ont été effectués.

Un premier entretien a eu lieu en mars 2019 afin de tester le guide d'entretien, et de vérifier la pertinence des questions posées. A l'issue de cet entretien, le guide a été validé.

Le guide initial a cependant été modifié au fil des entretiens, s'enrichissant de nouvelles thématiques et en précisant d'autres, en fonction des réflexions élaborées. (**Annexe 2** et **Annexe 3**).

## **2. Population étudiée et critères d'inclusion.**

Notre travail concernait les médecins généralistes d'Ile-de-France.

Les critères d'inclusion fixés étaient donc les suivants : médecin généraliste, exerçant en Ile-de-France.

## **3. Mode de recrutement**

Comme il est possible, voire recommandé en recherche qualitative, nous avons choisi de constituer notre corpus de médecins au fur et à mesure des entretiens.

Ensuite nous avons souhaité qu'il y ait une certaine diversité en termes d'âges, d'années d'exercices, de lieu d'exercice, de mode d'exercice, de statut (MSU, remplaçants, etc...). L'objectif était de constituer un échantillon pouvant refléter la diversité des situations, et des comportements.

Les médecins étaient contactés par courriel, téléphone, « bouche à oreille », et en cas de réponse positive, il était ensuite fixé une date d'entretien dans un lieu laissé au choix du praticien interrogé.

# **B. Déroulement de l'étude**

## **1. Réalisation des entretiens**

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée a priori. Chaque entretien se déroulait seul à seul, sans contrainte de temps. L'arrêt du recueil est intervenu lorsqu'il n'était plus mis en évidence de changements fondamentaux dans la compréhension des représentations et des comportements (suffisance des données).

L'attitude adoptée par l'investigateur était bienveillante, non autoritaire, sans jugement, ni conseil, pour encourager l'expression de leurs pensées et sentiments et pour susciter si nécessaire l'explication (4). L'accord des médecins interrogés a été recueilli oralement après information orale sur l'anonymisation des données. Le contexte et le but de l'étude ont été clairement expliqués, la finalité étant la rédaction d'une thèse d'exercice de médecine générale.

## **2. Retranscription des entretiens**

Les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone numérique, et retranscrits par écrit dans leur intégralité par l'investigateur sur le logiciel Word.

### **C. Analyse qualitative des résultats**

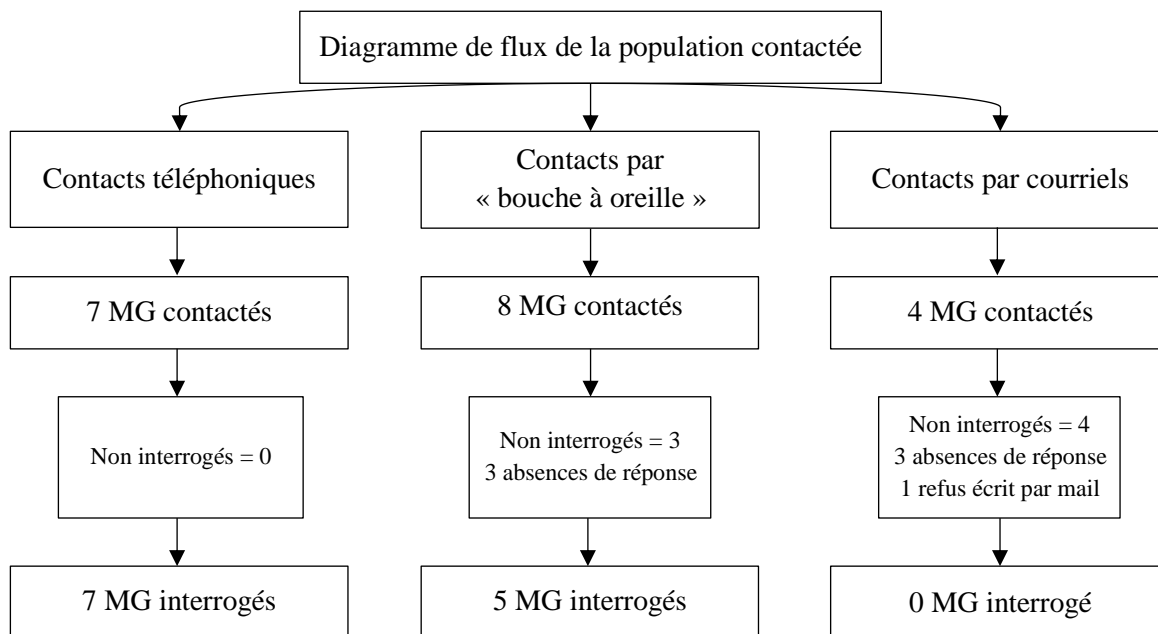
Nous avons utilisé la méthode d'analyse thématique du contenu. Pour analyser les entretiens, nous nous sommes servis d'un document Word avec 2 colonnes pour chaque entretien : la colonne de gauche contenait la retranscription fidèle du discours de la personne dans lequel nous sélectionnions des « verbatims » (ou extraits du discours), et la colonne de droite contenant l'analyse thématique des extraits (correspondants). La lecture répétée du matériel a permis d'acquérir une vue d'ensemble et de voir ressortir certains thèmes préexistants ou nouveaux. L'analyse a été menée conjointement par ma directrice de thèse et moi-même, de manière individuelle, permettant un double codage des entretiens. En effet la validité est améliorée si les données ont été analysées par plus d'un chercheur (35). Au fur et à mesure des entretiens, nous nous sommes consultées régulièrement pour comparer les verbatims sélectionnés et leur analyse. Nous avons construit un tableau Excel à 6 colonnes contenant respectivement : le thème, le sous-thème, le sous-sous-thème, la reformulation du verbatim, le numéro de l'entretien et le verbatim sélectionné. Les verbatims ainsi classés constituaient la grille d'analyse. Au fil des entretiens nous avons ajoutés des thèmes et des sous-thèmes à ce tableau en fonction des nouvelles idées qui émergeaient. Cette grille était hiérarchisée en thèmes principaux, sous-thèmes et sous-sous-thèmes, de façon à décomposer au maximum l'information, et en faire un outil explicatif.

Aspect réglementaire :

Ce travail n'a pas nécessité de déclaration à la CNIL, et n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé.

**A. Caractéristiques de la population**

Douze entretiens ont été réalisés entre Mars et Juillet 2019, 19 médecins généralistes (MG) avaient été contactés. La figure 1 décrit comment ont été recrutés les différents médecins.



**Figure 1 : Diagramme de flux de la population interrogée**

Douze entretiens ont été réalisés entre mars et Juillet 2019. La population interrogée (**Tableau 1**) comportait 8 hommes et 4 femmes avec un âge allant de 29 à 72 ans, et des modes d'exercice différents. Trois MG exerçaient en cabinet individuel, 2 en cabinet de groupe, 3 en maison de santé pluriprofessionnelle, 3 en centre de santé municipal, 1 en clinique privée. Deux MG exerçaient également dans des EHPAD à temps partiel. Les MG avaient des expériences différentes allant de 2 ans d'installation à 42 ans, mais la moitié d'entre eux avait 5 ans ou moins d'expérience. Quatre MG étaient Maître de stage des universités (MSU) au moment de l'entretien. Parmi les outils régulièrement utilisés par les MG pour se former et s'informer sur les IU, la grande majorité déclarait utiliser le site Antibioclic, et la majorité déclarait utiliser les recommandations de la SPILF (**Tableau 2**).

Quatre entretiens ont été effectués sur le lieu d'exercice du praticien, 3 au domicile du praticien, 5 dans un lieu public ou une structure médicale non liée aux soins.

La durée des entretiens a varié de 26 à 46 minutes, avec une durée moyenne de 35 minutes.



Médecin	Age	Sexe	Durée d'exercice	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Accueil d'étudiants	Durée de l'entretien
01	50 ans	Femme	6 ans	75 – Paris XVIIe	Libéral en clinique	NON	37 min
02	30 ans	Homme	3 ans	94 – Nogent sur Marne	Libéral en cabinet de groupe	NON	46 min
03	31 ans	Femme	4 ans	94 – Créteil	Libéral en cabinet individuel	NON	32 min
04	36 ans	Homme	9 ans	92 – Rueil Malmaison	Libéral en cabinet individuel + EHPAD	NON	27 min
05	33 ans	Homme	5 ans	75 – Paris XXe	Libéral en maison de santé	NON	41 min
06	32 ans	Femme	3 ans	93 – Saint Denis	Salarié en centre de santé	OUI	26 min
07	33 ans	Homme	7 ans	94 – Sucy en Brie	Libéral en maison de santé	OUI	38 min
08	29 ans	Femme	2 ans	92 – Nanterre	Salarié en centre de santé	NON	37 min
09	72 ans	Homme	40 ans	91 – Epinay sous Sénart	Libéral en cabinet de groupe	NON	30 min
10	68 ans	Homme	42 ans	77 – Claye Souilly	Libéral en maison de santé	OUI	30 min
11	57 ans	Homme	31 ans	94 – Créteil	Libéral en cabinet individuel + EHPAD	OUI	35 min
12	33 ans	Homme	4 ans	92 – Malakoff	Salarié en centre de santé	NON	41 min

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population interrogée.**

Médecin	Outils utilisés
01	Recommandations de la SPILF, fiches Vidal, fiches Univadis, recherche bibliographique
02	Antibiocllic, recommandations de la SPILF, revues médicales papier
03	Antibiocllic, avis téléphonique d'infectiologue
04	Antibiocllic, recommandations de la SPILF, EPU d'urologie
05	Antibiocllic, avis de collègues généralistes
06	Antibiocllic, intervention sur l'antibiothérapie en congrès (CMGF), Vidal
07	Antibiocllic, recommandations de la SPILF
08	Antibiocllic, recommandations de la SPILF
09	Revue Prescrire, avis de collègues spécialistes, avis de collègues généralistes
10	Antibiocllic, recommandations de la HAS
11	Antibiocllic, recommandations de la SPILF, revues médicales papier
12	Antibiocllic, recommandations de la SPILF, blog médical de MSU

**Tableau 2 : Outils de formation et d'information utilisés depuis 2015 par les MG.**

L'analyse du verbatim a permis d'individualiser 6 grands thèmes :

- les difficultés liées au savoir scientifique,
- les situations cliniques caractérisées,
- les incertitudes diagnostiques,
- la relation médecin / patient,
- les leviers utilisés pour contourner les difficultés,

- les outils envisagés pour lever les difficultés.

## **B. Difficultés liées au savoir scientifique**

Certains médecins interrogés rapportaient des difficultés liées au décalage parfois observé entre le tableau clinique ou les recommandations thérapeutiques théoriques d'une part, et leur savoir scientifique acquis lors de leur formation initiale ou au cours de leur carrière d'autre part.

### **1. Respect des dogmes et des acquis de la formation initiale**

#### a) Nosologie de l'IU masculine

La disparition théorique de la case nosologique de la prostatite au profit de l'IU masculine n'était pas vraiment prise en compte pour certains : *« je me rappelle de mes cours où toute infection urinaire chez l'homme est une prostatite. Donc moi je traite systématiquement comme une prostatite. Après peut-être que ça a changé MG6 »*. Lorsque cela était le cas, cette modification était facteur de confusion : *« dans les recos ils appellent ça IU masculine alors qu'il me semblait que normalement on ne devait pas appeler ça comme ça. MG3 »* ; *« le diagnostic c'est un peu bizarre chez l'homme. MG12 »*.

De plus, le diagnostic positif de pyélonéphrite de l'homme semblait ne pas être posé souvent, voire pas du tout : *« les pyélos chez les hommes je crois que j'en n'ai quasiment jamais vu. MG5 »* , *« faire la différence entre une pyélo et une prostatite chez l'homme je saurais pas faire. MG12 »*

#### b) Utilisation du Bactrim et syndrome de Lyell

La présence lors de la formation initiale d'une mise en garde sur les dangers du syndrome de Lyell lors de l'utilisation du Bactrim, via un stage dans un service spécialisé pour cette maladie, entraînait un frein important de prescription de cette molécule chez deux des MG interrogés : *« je suis embêtée quand je dois prescrire du Bactrim parce que je suis un peu traumatisée par ça. MG3 »*.

Cela entraînait une prescription restreinte aux patients jugés les plus à même de comprendre les risques : *« parfois je le prescris quand même mais seulement chez des parents qui percutent. Qui savent reconnaître si leur enfant a une plaque rouge ou se gratte un peu. MG5 »*.

### **2. Application des connaissances et des recommandations**

#### a) Confrontation des MG au savoir scientifique et aux recommandations

L'auto-analyse de leurs pratiques par les MG donnaient lieu à une critique de leurs connaissances scientifiques, notamment l'actualisation de celles-ci : *« je pense que je ne suis pas suffisamment au courant. MG7 »* ; *« c'est des souvenirs que j'ai de la fac, mais je suis à peu près sûr que je dois pas être bon sur cette prise en charge. MG12 »*.

Certains pouvaient être amenés à pointer certains éléments non abordés dans les recommandations : *« la notion de faux négatif à l'ECBU elle est pas trop abordée quoi. MG2 »*.

### b) Niveau de preuve des Mesures hygiéno-diététiques (MHD)

La validité scientifique des MHD était soulevée par les MG et semblait leur poser problème pour les transmettre aux patients : « *chez la plupart des femmes on trouve pas de lien entre les comportements, les règles hygiéno-diététiques. MG2* » ; « *les MHD, c'est un peu compliqué parce que les MHD sont pas hyper... enfin le niveau de preuve est pas ouf quoi. MG7* » ; « *je me sens pas légitime à lui expliquer qu'il faut changer sa façon de vivre. MG7* ».

## C. Situations cliniques caractérisées

### 1. Absence de difficultés

Certaines situations cliniques et certaines étapes des consultations ne semblaient pas poser de difficulté aux médecins.

#### a) Cystites simples

Les consultations de cystite simple, non récidivantes n'étaient pas perçues comme posant des difficultés : « *La plupart du temps j'ai pas trop de difficultés en fait. MG6* » ; « *J'ai pas eu l'impression d'avoir bloqué. MG8* ».

#### b) Tableaux cliniques mal tolérés

Les patients présentant des signes urinaires mal tolérés étaient rapportés comme facilement adressés vers des structures hospitalières ou d'urgence, sans que cela ne soit problématique : « *J'envoie facilement aux urgences dans ces cas-là. MG8* » ; « *vous allez aux urgences. MG12* » ; « *on les adresse à l'hôpital. MG9* ».

#### c) Elimination des diagnostics différentiels

L'évocation et l'élimination des diagnostics différentiels était souvent présente à l'esprit des médecins, mais jamais bloquante : « *par exemple des démangeaisons, du coup se pose la suspicion d'une mycose. MG1* » ; « *savoir si c'est pas une urétrite, si il a pas eu des rapports non protégés. MG4* » ; « *Faut pas louper les IST, des fois penser à être un peu systématique quoi sur ces trucs là. MG2* ».

#### d) Bactéries multirésistantes

La possibilité d'être confronté à une BMR n'était pas source de difficulté pour les MG, bien que leur attitude face à celles-ci soient différentes : « *on contourne toujours parce que on a beaucoup d'antibiotiques à disposition. MG11* » ; « *je serais peut-être plus dans le signalement. MG8* ».

#### e) Choix du traitement

Le choix des traitements était rarement perçu comme difficile : « *depuis des années, c'est pas arrivé que je soit réellement en difficulté. MG11* », notamment via les outils d'aide à la

prescription : « *je regarde sur Antibioclic. MG4* » ; « *Je l'avais vu sur antibiocllic, et je l'ai suivi. MG12* ».

## 2. Difficultés diagnostiques

### a) Recueil des urines chez le nourrisson en ville

L'utilisation de la poche à urines pour recueillir les urines des nourrissons était fortement remise en question, du fait de sa difficulté d'utilisation en pratique, et donc de faisabilité par les parents ou les laboratoires de ville : « *le truc compliqué chez les enfants c'est la collection des urines. MG8* » ; « *chez les nourrissons c'est compliqué, au laboratoire, en plus il faut qu'ils pissent au bon moment, changer la poche fréquemment voilà c'est pas évident. MG9* ».

### b) Tableaux cliniques de l'IU du sujet âgé

La diversité des tableaux cliniques pouvant faire évoquer une IU chez les sujets âgés était source de difficulté : « *la clinique est pas forcément évidente et souvent on hésite avec autre chose. MG7* ».

Lesdits tableaux étaient donc souvent décrits avec des signes frustrés ou aspécifiques : « *on peut avoir un patient qui va avoir une fièvre plutôt frustré. MG4* » ; « *c'est le syndrome confusionnel, avec BU positive et parfois petite fièvre* » ; « *ils vont avoir des symptômes plus périphériques, plus généraux. MG11* ».

### c) Indication et interprétation de l'ECBU chez le sujet âgé

Les examens cyto bactériologiques des urines (ECBU) étaient rapportés comme interprétés en fonction de l'état clinique du patient, car peu fiables par eux même chez ces mêmes patients : « *J'interprète l'ECBU en fonction de la clinique, l'ECBU seul ne m'intéresse pas. MG4* ».

Les ECBU étaient plus difficilement interprétés lorsque les MG qui les lisaient n'était pas les prescripteurs initiaux : « *sur un état ou un syndrome fébrile en fait, où il n'y avait pas du tout de symptôme urinaire par exemple, et on ne sait pas pourquoi on fait quand même un ECBU. MG3* ».

### d) Difficultés d'accès aux examens complémentaires

La prise en charge thérapeutique se trouvait grandement compliquée lorsque les médecins n'avaient pas accès rapidement aux examens complémentaires, notamment les ECBU les soirs et week-end. Cela donnait lieu à divers types de prises en charge : « *Une IU, quand ça tombe un samedi matin et qu'on n'a pas de labo, je traite quand même. MG3* » ; « *si je peux temporiser je leur propose une solution où je suis pas forcément à l'aise mais quand je peux temporiser je temporise. MG6* » ; « *Ça dépend cliniquement comment il est. MG8* ».

### 3. Difficultés thérapeutiques

#### a) Prise en charge des IU à répétition

Les modalités de traitement des IU à répétition n'étaient pas perçues comme cadrées, principalement au regard du risque d'antibiorésistance qui semblait préoccuper les médecins : *« parce que c'est un peu de la cuisine quoi on invente ses trucs, et je sais qu'il y a des problèmes de résistances, qu'il faut faire de la rotation. Mais quelle fréquence, quelles modalités de contrôle d'ECBU c'est pas trop cadré. MG2 »* ; *« avec toutes les histoires d'antibiotiques et d'antibiorésistance, ça me perturbe de leur donner une dose d'antibiotiques pendant 6 mois quotidienne. MG6 »*.

De plus, les modalités de prise en charge étaient différentes d'un MG à l'autre : *« une cystite récidivante ça va être un traitement peut-être plus long et donc là je fais toujours un ECBU de principe parce que je veux voir s'il y a pas quand même un germe qui pourrait être résistant, avec quand même un bilan urologique. MG4 »* ; *« il faut peut-être changer d'antibiotique. Donc là on fait un ECBU, voir un petit peu. MG10 »*.

## D. Incertitudes diagnostiques

### 4. Difficultés diagnostiques

#### a) Diagnostic d'une cystite « masculine »

Les MG interrogés constataient l'existence de symptômes urinaires distaux chez les hommes, ne correspondant pas à des prostatites ni des urétrites : *« moi ça correspond à quelque chose que je vois dans ma pratique, ça correspond pas à une maladie que j'ai appris. MG5 »* ; *« je me demande si devant des signes fonctionnels urinaires (SFU) chez un homme, il n'y a pas d'autres formes cliniques qui peuvent ne pas être des prostatites ni des pyélo. MG7 »* ; *« c'est pas vraiment cystite, je sais pas, c'est urétrite. Signes urinaires sans prostatite. MG10 »* ; *« maintenant on a aussi des choses qui s'apparentent à de la cystite chez l'homme. MG4 »*.

#### b) Tableau intermédiaire cystite / pyélonéphrite

Beaucoup de tableaux cliniques faisaient évoquer un diagnostic à cheval entre la cystite et la pyélonéphrite : *« les IU qui rentrent pas pile dans une case quoi. MG2 »* ; *« ça survient quand le patient a une espèce de sensation de frisson, de courbature, qui a une petite gêne lombaire, sans un contact franc, pas de syndrome fébrile mais voilà. MG3 »* ; *« il faut savoir qu'une pollakiurie fébrile peut être une cystite. MG11 »*.

Dans ce genre de circonstances, c'est majoritairement la fièvre qui faisait pencher, ou non, la balance en faveur d'une pyélonéphrite : *« la fièvre c'est vrai que ça j'hésite pas. MG7 »* ; *« oui c'est assez binaire pour moi. Fièvre pyélo. MG8 »* ; *« c'est surtout la fièvre en fait qui fait la différence. MG6 »*.

c) Interprétation de l'ECBU en cas de discordance avec la clinique

Les résultats de BU ou d'ECBU discordants avec le tableau clinique donnaient lieu à une remise en question du diagnostic : « *Si c'est un ECBU stérile, de principe je pense à autre chose quoi. MG4* » ; « *la BU est négative, donc je pars sur une mycose. MG6* ».

Parfois, cela donnait lieu également à un renouvellement de l'examen : « *souvent on peut être amené... ça m'arrive de le refaire. MG2* » ; « *à ce moment-là j'en refais un. Dans un autre labo. MG10* ».

d) Difficulté d'accès aux examens complémentaires

La possibilité d'obtenir les examens complémentaires rapidement pour confirmer ou infirmer un diagnostic était source de difficultés lorsque cela était impossible (soir, week-end) : « *Moi j'avais vraiment peur qu'il fasse un sepsis sur la prostatite. Donc j'avais vraiment envie de lui foutre ses ATB tout de suite. J'aurais pu quoi avec la pharmacie de garde. Mais non il me faut l'ECBU. MG8* » ; « *est-ce que je fais l'ECBU en conservant les urines au frigo, et on les amène au labo le lendemain ? MG8* ».

Cela donnait lieu à des prises en charges variées : « *Là c'est antibiotiques. MG10* » ; « *Bah si c'est une veille de WE chez une personne âgée souvent j'envoie aux urgences pour les cas vraiment compliqués. MG6* ».

## 5. Difficultés thérapeutiques

a) Traitement de la « cystite masculine »

Le traitement à entreprendre lors d'un diagnostic de signes urinaires ne correspondant pas à une prostatite chez l'homme était assez difficile à déterminer, étant donnée sa non-existence nosologique : « *ce problème de colonisation urinaire, du coup je ne sais pas trop quoi faire. MG3* ».

b) Prises en charges intermédiaires

La thérapeutique appliquée aux situations cliniques classées comme intermédiaires par rapport aux cas nosologiques connus, étaient traités dans un moyen terme entre plusieurs prises en charge : « *j'hésite pas à faire l'ECBU non plus même si je traite comme une cystite derrière. MG2* » ; « *je trouve ça dommage de finir avec un ECBU pour une cystite, qui est pas répétitive. Je trouve ça un peu abusé côté examen, mais bon je le fais quand même. MG12* » ; « *Dès que j'ai une cystite avec un tableau clinique un peu foireux, même qui n'est pas listé comme complication, dès que c'est pas comme d'habitude je peux aller jusqu'à l'ECBU si j'ai un doute assez fort. MG8* ».

## E. La relation médecin / patient

### 1. Relation de confiance

#### a) Fiabilité des patients concernant le diagnostic

D'une manière générale, les patients étaient décrits comme assez fiables concernant l'auto-diagnostic d'IU, surtout lorsque ceux-ci avaient un antécédent personnel : « *elle ont déjà la presque certitude du diagnostic. MG1* » ; « *en général les patientes elles savent mieux que nous ce qu'elles ont. MG11* »

#### b) Adhésion des patients à la proposition thérapeutique

L'acceptation par les patients des propositions thérapeutiques n'était pas un frein à la prise en charge : « *c'est un des motifs sur lequel ils sont le moins chiantes et les plus compréhensifs. MG12* » ; « *dans l'ensemble ils adhèrent j'ai pas vraiment de souci. MG8* ». Même en cas de refus ou d'hésitation, les médecins n'ont pas de problème pour faire des propositions, négocier, et convaincre : « *je fais ce que je pense être bien, je dis ce que je pense être bien, puis après c'est elle qui décide. MG1* » ; « *moi je fais toujours au patient des propositions. Après il voit. MG9* ».

### 2. Education thérapeutique des patients

#### a) Utilisation du temps de consultation pour des explications

Les médecins rapportaient ne pas hésiter à prendre le temps d'expliquer aux patients les raisons de leurs choix, ainsi que les mécanismes des pathologies : « *on leur explique, généralement ça se passe bien. MG3* » ; « *après c'est toujours pareil, si on prend le temps d'expliquer, qu'on discute avec le patient, la plupart du temps il n'y a pas de problème. MG4* » ; « *souvent je leur fais des dessins, j'adore faire des dessins de cystite. MG5* » ; « *je leur parle. On discute. On leur explique, on leur montre des schémas. MG10* ».

Les patients étaient décrits comme désireux de comprendre leur pathologie « *ils sont hyper preneurs de conseils je trouve. MG8* ».

#### b) Connaissance des MHD par les patients

Les patients étaient décrits comme connaissant assez bien les MHD : « *elles savent ce qu'il faut faire. MG1* » ; « *j'ai l'impression quand même qu'i y en a de plus en plus qui savent. MG3* » ; « *ils savent pleins de petits trucs je trouve. MG8* ».

#### c) Possibilité d'autogestion par les patients

Les MG déclaraient avoir facilement recours à l'autogestion pour les patients en prescrivant des traitements d'avance : « *je leur donne souvent de la fosfo d'avance. MG2* » ; « *ça se termine en prescription anticipée de fosfomycine. MG7* », ou des ordonnances d'examen d'avance : « *je laisse sous le coude à la personne, une ordonnance avec un ECBU. MG9* », notamment dans les cystites récidivantes.

### 3. Difficultés relationnelles

D'une manière générale, les difficultés relationnelles étaient décrites comme assez rares et peu bloquantes pour la prise en charge, au contraire : « *j'ai de plus en plus de patients qui sont prêts à attendre le résultat de l'antibiogramme. MG3* ».

#### a) Liées aux traitements proposés ou réclamés

Les demandes des patients concernant l'efficacité supposée de la canneberge comme mesure préventive était gênante : « *ils me demandent tous les jours s'ils doivent continuer leur putain de Cranberry. MG2* » ; « *c'est sur le Cranberry où ils sont chiants. MG12* ».

De plus, certains patients étaient décrits comme demandeurs de traitements qu'ils ont l'habitude de recevoir : « *des gens qui viennent avec un ECBU positif, sans symptôme, et qui veulent absolument avoir leur antibiothérapie. MG8* » ; « *des fois les patients ils comprennent pas trop quand il ont l'habitude de traitements plus longs MG2* ».

#### b) Liées à la réalisation d'examens complémentaires

Certains médecins avaient été confrontés à des demandes d'examens complémentaires qu'ils jugeaient inappropriées : « *il y a des patients qui ont été très habitués à faire une analyse d'urines systématiquement devant tout symptôme urinaire. MG3* ».

## F. Leviers pour contourner les difficultés

### 1. Leviers utilisés en consultation

#### a) Antibiocllic

Le site Antibiocllic.fr était décrit comme complet et clair, 10 médecins sur 12 ont déclaré l'utiliser régulièrement : « *plutôt bien codifié. MG3* » ; « *Antibiocllic ça m'aide énormément. MG5* » ; « *Antibiocllic ça marche déjà très bien. MG11* ».

Les limites de cet outil étaient plutôt liées à des tableaux cliniques ne permettant pas d'entrer dans une case nosologique : « *parfois quand c'est entre les clous de la recommandation, et bien on est en difficulté. MG5* ».

#### b) Temps comme allier dans la consultation / Explications de la démarche auprès du patients

La capacité à prendre du temps en consultation pour rassurer des expliquer les choses aux patients était considérée comme un bon moyen de lever les réticences à accepter le projet thérapeutique : « *prendre plus de temps dans la consultation pour bien les rassurer. MG1* » ; « *moi j'explique, l'explication surtout, prendre 5 minutes pour expliquer ça passe. MG4* » ; « *mais souvent ils font l'effort, la négociation est toujours fructueuse. On leur explique et ils comprennent. MG11* ».



c) Donner la priorité à la clinique sur la biologie

L'examen clinique était décrit comme la principale ressource pour lever un doute, soit suite à un examen complémentaire discordant, soit après un échec du traitement de première intention : « *si un examen complémentaire revient différemment de ce que je pense, je repars sur la clinique, c'est obligatoire. MG4* » ; « *l'interrogatoire, je pense que c'est le plus important. MG10* » ; « *je reprends l'histoire, et si je vois que on est dans une phase d'amélioration. MG2* ».

d) Recours à la BU

La bandelette urinaire (BU) lors de la consultation était tantôt décrite comme indispensable : « *je vérifie toujours avec une BU. MG2* », tantôt décrite comme inutile : « *je ne le propose quasiment jamais parce que ça me parait soit inutile, soit ça va me rallonger mon temps de consultation pour rien. MG1* ».

Souvent, elle était décrite comme utile pour lever un doute : « *j'en fais pas quand je suis sûr. MG5* » ; « *ça aide plutôt à lever des doutes. MG7* ».

e) Le temps est un allié pour faire le diagnostic

La méthode consistant à temporiser et revoir le patient, était souvent décrite comme un bon moyen de lever un doute en l'absence de caractère de gravité : « *donc ça j'ai fait en deux temps quoi. MG2* » ; « *la surveillance, le temps c'est toujours un allié. MG5* » ; « *parfois ce sont des symptômes urinaires on recherche on trouve pas grand-chose, on est embêté on met pas l'antibiotique, on donne un antispasmodique, et on voit ce qui se passe. MG9* ».

f) Intérêt de l'exercice en groupe pour lever les doutes

L'exercice de groupe était perçu comme une aide pour lever des doutes cliniques, le recours à un collègue généraliste dans ce cadre étant simple et rapide : « *quand j'ai un doute clinique, très souvent je demande aux collègues, c'est très facile. MG5* » ; « *le fait d'être en maison de santé ça permet d'avoir un très grand confort pour ce qui est de réévaluer le patient, voir la bio. MG7* ».

## 2. Leviers faisant appel à une ressource extérieure

a) Recours à un avis spécialisé

Les médecins déclaraient avoir recours aux urologues : « *si un ECBU revient stérile, euh, du coup je la dirige vers un urologue, parce qu'il peut y avoir des signes fonctionnels urinaires qui miment une infection urinaire mais qui n'en sont pas. MG1* », bien que ceux-ci soient perçus comme n'apportant pas une plus-value diagnostique ou thérapeutique significative : « *on a l'impression qu'ils sont pas tellement plus avancés que nous en fait. MG2* » ; « *il propose rien qu'on peut pas déjà faire nous-même* ».

Les infectiologues et les gynécologues étaient les autres spécialistes généralement rapportés comme constituant une ressource en cas de blocage ou de doute : *« je fais appel à l'infectiologue. MG3 »*.

Enfin, les spécialistes étaient parfois décrits comme facilement joignables : *« ils sont très disponibles, on a une ligne directe de l'hôpital. MG6 »*, parfois pas du tout : *« quand j'appelle pour savoir ce qui se passe, j'arrive pas à les avoir au téléphone, au point que je leur écris parfois pour essayer d'avoir des infos. MG5 »*.

#### b) Recours aux Services d'Accueil des Urgences (SAU)

Les urgences étaient sollicitées en cas d'impossibilité de faire un ECBU : *« il va aux urgences pour qu'on ait l'analyse d'urines. MG3 »* ; *« ça m'est déjà arrivé d'adresser aux urgences pour faire un ECBU. MG5 »*.

Evidemment, les SAU étaient également la ressource principale en cas de signes de gravité ou d'aggravation de l'état du patient : *« alors on les prévient, si la température monte, si les signes cliniques ca va pas, vous allez aux urgences. MG10 »* ; *« si c'est mal toléré je l'adresse aux urgences. MG4 »*.

#### c) Recours à l'hospitalisation

L'hospitalisation était décrite comme un recours en cas de manque de moyen en ville : *« on la traite avec l'antibiotique qui est possible, si on n'a pas d'antibio en ville bah je le transfère à l'hôpital. MG4 »*, ou en cas de nécessité de traitement d'une personne âgée dépendante : *« il s'agit de personnes dont le niveau d'autonomie n'est pas très important et qui ont pas envie d'être hospitalisées et que tu sens que ça peut flancher. MG7 »*.

Enfin, certains médecins déclaraient essayer le plus possible d'éviter une hospitalisation à leur patient : *« j'essaye de recourir le moins possible à l'hospit. MG7 »*.

## **G. Outils envisagés pour lever les difficultés**

#### a) Demande de mise à disposition d'outils supplémentaires

Les demandes d'outils concernaient les ECBU : *« je pense peut-être qu'il pourrait y avoir un circuit court par exemple sur les ECBU. MG1 »* ; *« un labo de garde ou un truc comme ça, sans passer par les urgences. Des labos de ville de garde. MG8 »*, des informations sur les tableaux intermédiaires : *« on a des situations qui sortent du cadre et sur lesquels finalement c'est des angles morts complets dans les recos. MG2 »*, et des clarifications sur les IU masculines : *« une documentation sur les symptômes urinaires chez l'homme ca m'aiderait, genre un protocole clair de prise en charge des symptômes urinaires chez l'homme ca ce serait pas mal. MG12 »*.

#### b) Absence de souhait d'outil supplémentaire

Certains médecins ne rapportaient pas de souhait d'outil supplémentaire, considérant ceux à leur disposition actuellement suffisant : *« je ne trouve pas que j'ai particulièrement besoin d'un*

*outil en plus. MG7 » ; « non j'ai pas besoin d'outil en particulier, j'ai déjà tout ce dont j'ai besoin. MG11 ».*

## *Discussion*

### **A. Principaux résultats**

#### **1. Situations cliniques non problématiques**

Une des premières constatations que l'on peut faire, est que les situations cliniques ne présentant pas d'obstacle particulier diagnostique, thérapeutique, ou contextuel, ne semblaient pas poser de difficulté pour appliquer les recommandations de bonne pratique (5). En effet, les médecins interrogés attachaient de l'importance à proposer des soins pertinents et raisonnés à leurs patients, étant bien au courant des enjeux entourant la prise en charge des infections urinaires (notamment les problèmes d'antibiorésistance et de bon usage des antibiotiques).

De plus, les médecins ne ressentaient pas de barrière relationnelle lors des consultations, au moment de proposer et convaincre leurs patients de la marche à suivre. La relation médecin / patient était perçue comme de bonne qualité et plutôt aidante que limitante dans la prise en charge. Cela restait identique lorsqu'il s'agissait de discuter, et éventuellement changer, les habitudes de prescription des patients dont ce n'était pas le premier épisode d'IU.

Enfin, la présence de BMR n'est pas non plus perçue comme une difficulté, bien qu'entraînant souvent un recours à une ressource tiers (avis spécialisé physique ou téléphonique, signalement). Les médecins semblaient bien conscients de l'enjeux entourant ces bactéries et la nécessité de traiter de façon adaptée d'emblée.

#### **2. Situations cliniques problématiques**

##### **a) Incertitude diagnostique**

Les IU masculines étaient une des principales difficultés rencontrées par les médecins interrogés. Sur le plan du diagnostic en effet, les symptômes étaient souvent frustrés, et ressemblent plus à une « cystite masculine », bien que cette casse nosologique soit absente des recommandations (5). Cela entraînait une réticence à traiter avec une antibiothérapie large spectre de longue durée (comme pour une pyélonéphrite masculine) qui apparaît excessive devant la faible intensité des symptômes. Ce phénomène disparaissait partiellement lorsqu'un ECBU avec antibiogramme était disponible.

Par ailleurs, le diagnostic d'IU chez les sujets âgés constituait également un obstacle fréquemment rencontré. En effet, les symptômes sont différents de ceux des sujets adultes, les tableaux cliniques très souvent incomplets voire très pauvres, et les examens complémentaires sont régulièrement effectués par excès (la plupart du temps sans prescription du médecin qui se retrouvait donc avec un résultat d'examen qu'il n'avait pas demandé, mais qu'il avait malgré tout du mal à ignorer).

En outre, l'utilisation de poches à urines pour le diagnostic positif d'IU chez les nourrissons était une autre barrière rapportée par les médecins interrogés. Ce système posait un problème de faisabilité et de fiabilité, car les parents n'effectuaient pas toujours la pose convenablement malgré des explications données oralement, et les ECBU reçus s'avéraient souvent contaminés donc ininterprétables.

#### b) Difficultés thérapeutiques

Concernant les difficultés thérapeutiques, les IU à répétition apparaissaient très souvent comme étant difficiles à prendre en charge. Les options thérapeutiques paraissaient peu nombreuses, et nécessitaient une mise sous antibioprofylaxie longue durée, apparaissant en contradiction avec l'enjeu de réduction de l'antibiorésistance et les mesures mises en place par ailleurs pour y parvenir. De plus, un nombre non négligeable de patientes décrivaient des épisodes répétés sans facteur déclenchant évident. Ces épisodes ne remplissaient pas les critères de fréquence indiqués dans les recommandations (5) pour bénéficier d'une antibioprofylaxie, mais étaient suffisamment invalidants pour entraîner un traitement itératif de chaque épisode conduisant à terme à une inefficacité des molécules disponibles et une impasse thérapeutique.

Chez les sujets masculins, les symptômes s'apparentant à une « cystite masculine » (dont nous avons parlé plus haut), entraînaient la plupart du temps une volonté de traiter de façon moins intense qu'une IU masculine plus classique (comme une pyélonéphrite) avec une importante diversité des traitements proposés selon les médecins. Cette hétérogénéité semblait directement liée à l'absence de mention (et donc de conduite à tenir) de cette entité nosologique dans les recommandations.

Enfin, de façon plus générale, on constatait que les tableaux intermédiaires, n'entrant pas dans une case nosologique précise, entraînaient des prises en charge intermédiaires et variables d'un médecin à l'autre. Il semble que cette difficulté était favorisée par le changement nosologique important effectué en 2015 (5).

#### c) Difficultés contextuelles

Parmi les éléments liés à l'environnement et au contexte, les consultations effectuées en soirée ou le week-end étaient souvent rapportées comme un obstacle à la prise en charge, surtout lorsqu'il est nécessaire d'effectuer un ECBU avant de démarrer une antibiothérapie, et que celle-ci ne pouvait pas facilement être différée. Cela entraînait souvent un recours à une ressource tiers, ou la prescription d'une antibiothérapie large spectre sans ECBU préalable.

### **3. Leviers utilisés**

Plusieurs leviers étaient mis en place par les médecins pour contourner les difficultés précédemment citées. Le plus fréquent était le recours à un avis spécialisé, urologique ou infectiologique. Les médecins utilisaient des correspondants de leur réseau ambulatoire, ou bien téléphonaient dans les services hospitaliers à proximité de leur lieu d'exercice.

Plus précisément, la prise d'avis auprès des urologues était décrit comme difficile d'accès et rarement bénéfique en termes d'aide à la décision. L'obtention d'un avis infectiologique par contre était facile d'accès, rapide, et bien souvent pertinente pour un exercice ambulatoire.

L'utilisation des SAU apparaissait comme un recours pour les médecins. Les motifs d'adressage variaient d'un praticien à l'autre, les deux plus fréquents étant la prise en charge des tableaux cliniques mal tolérées et/ou graves (ou survenant chez des sujets fragiles), et la nécessité d'examen complémentaire avant de démarrer une antibiothérapie dans un contexte où cela n'était pas possible en laboratoire. Certains praticiens mentionnaient également la nécessité d'une pose de poche à urines chez un nourrisson par une IDE, perçue comme plus fiable que par les parents.

Enfin, la grande majorité des médecins interrogés (10 sur 12) déclaraient connaître et utiliser régulièrement Antibioclic (42) comme outil d'aide à la prescription (**Tableau 2**). Le site semblait simple d'utilisation, apportant une réponse rapide appréciable en consultation, et fiable car calqué sur les recommandations et régulièrement mis à jour.

#### **4. Outils envisagés**

En interrogeant les médecins sur les outils qu'ils souhaitaient voir mis à leur disposition, et susceptibles de les aider, deux idées revenaient régulièrement.

La mise en place d'une ligne d'avis téléphonique spécialisé simple d'accès aux heures de consultation et adaptée à une prise en charge ambulatoire. On remarque à ce sujet que plusieurs lignes de ce type existent déjà (ou ont existé) comme nous en avons parlé précédemment, mais restent assez mal connues des médecins. Les médecins avaient principalement recours aux services hospitaliers.

En second lieu, la création de laboratoires de garde, répartis par zones géographiques, à l'instar des pharmacies de garde, afin de pouvoir effectuer les examens complémentaires urgents (principalement des ECBU) avant de démarrer une antibiothérapie, même en dehors des heures ouvrables. Cela aurait le double avantage de supprimer un motif de recours aux SAU, aussi bien que de permettre une désescalade thérapeutique une fois l'ECBU obtenu.

Par ailleurs, plusieurs médecins interrogés ne souhaitaient pas d'outil supplémentaire d'aide à la prise en charge. Ils étaient satisfaits des outils et recours existant, et ne souhaitent pas compliquer leur exercice en ajoutant d'autres intervenants dans la prise en charge.

## **B. Forces et faiblesses de l'étude**

### **1. Choix de la méthode**

Il s'agissait de recueillir des informations relatives à l'expérience, des MG vis-à-vis des consultations relatives aux IU. La méthode qualitative semblait être la plus appropriée pour

cela. La recherche qualitative appréhende l'objet d'étude de manière globale, proximale, directe et interprétative. L'objectif est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens.

Cette approche était justifiée pour comprendre la diversité des situations rencontrées lors des consultations ayant pour motif une possible IU, des difficultés qu'elles soulèvent, et des leviers mis en œuvre pour faire face à ces difficultés.

La méthode des EI semi-directifs permet de recueillir des informations de praticiens qui n'exercent pas dans la même zone géographique, n'ont pas la même durée d'exercice, ni le même mode d'exercice. Elle favorise l'expression libre et non inhibé par la présence de tiers (en dehors de celle de l'enquêteur).

De plus, les questionnaires des études prospectives habituelles (ou existantes) ont tendance à orienter les réponses des médecins interrogés. Ici l'entretien sous forme d'une discussion individuelle semble nécessaire pour explorer les représentations et les comportements, et aborder ces sujets de la façon la plus libre possible.

Une limite de la méthode réside dans la complexité de la mise en place de la technique d'entretien car les thèmes abordés par l'enquêteur peuvent casser le fil et la dynamique du discours. Afin d'éviter cette possibilité, le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure pendant la période de recueil (**Annexe 2** et **Annexe 3**).

De plus, l'analyse présente également le risque d'interprétation des résultats plutôt que la traduction des résultats par l'enquêteur. C'est pour cette raison que l'analyse a été faite de façon croisée entre le thésard et sa directrice.

## 2. Les biais de l'étude

### a) Biais de sélection des MG

Bien que nous ayons tenté d'avoir le recrutement le plus diversifié possible, le recrutement a été principalement réalisé dans le champ des réseaux de praticiens du thésard et de ses directeurs. D'ailleurs, parmi les médecins interrogés, 8 sur 12 ont moins de 40 ans, et 9 ont une durée d'exercice de moins de 10 ans (**Tableau 1**).

En outre, les MG ont participé à l'étude sur la base du volontariat. Ce sont donc peut être des profils de professionnels de santé plus volontaires et impliqués dans la recherche (**Figure 1**).

### b) Biais d'interprétation

Lors de l'analyse des entretiens, nous avons effectué une analyse manuelle, avec une double lecture, ce qui a pu engendrer des biais d'interprétation. Les verbatim étaient initialement reformulés, puis classés par thèmes, sous-thèmes, et sous-sous-thèmes. Le codage a été réalisé séparément, et les données ont ensuite été confrontées. Nous sommes arrivés à suffisance des

données après 10 entretiens en retrouvant les mêmes thèmes à chaque entretien, puis nous avons ajouté 2 entretiens « de sécurité ».

De même, le comportement non verbal, les alliances, les silences, les intonations n'ont pas été retranscrits ce qui peut constituer un frein pour l'analyse de certains propos.

## **C. Comparaison avec les données de la science**

### **1. Absence de difficulté dans la relation médecin malade**

Lors de l'élaboration de ce travail, nous savions que la relation médecin malade serait un déterminant important de la prescription antibiotique lors des consultations pour infections urinaires. Comme lors de toute consultation médicale, la communication avec le patient, et l'adaptation et la prise en considération de ses représentations, ses convictions, ses habitudes, et ses attentes, permettent une meilleure adhésion à la proposition thérapeutique que lui fait le médecin.

Cependant, lors de précédents travaux, il a été remarqué que les attentes des patients en termes de prescription antibiotique peuvent être en contradiction avec la volonté du médecin d'une prescription juste et raisonnée. Cela se voit par exemple dans les infections respiratoires hautes où les situations à risque de prescription inappropriés sont bien connues (2).

Il s'avère que ces mêmes difficultés n'ont pas été rapportées par les médecins lors de notre travail. En effet, ceux-ci décrivaient leurs patients comme étant conscients des risques liés à une prescription inappropriée d'antibiotiques, et souvent enclins à attendre le résultat d'un ECBU afin de recevoir une antibiothérapie ciblée d'emblée. De la même façon, les patients étaient souvent d'accord pour changer leurs habitudes de traitement pour peu que le praticien leur explique les raisons de ce changement ainsi que les bénéfices attendus.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette différence remarquée entre les IU et les infections des VAS. D'abord les infections des VAS sont le plus souvent virales, ce qui conduit le médecin à proposer une suppression de l'antibiothérapie, contrairement aux IU il s'agit uniquement de la différer ou de changer de molécule. De plus, l'existence d'un examen objectif (l'ECBU) permettant de mettre en évidence la bactérie constitue un argument de poids pour ne pas prescrire d'antibiotique en cas de négativité. Un examen similaire n'existe pas en routine ambulatoire pour les infections des VAS (sauf les angines). Enfin, on peut se poser la question des connaissances de la population générale concernant le caractère viral des infections des VAS et ses conséquences. On entend par là que le travail d'ETP semble moins nécessaire en ce qui concerne les IU que les infections des VAS.

Dans tous les cas, un travail d'approfondissement pourrait mieux cerner les différences entre les deux types d'infection.



## **2. Absence de difficulté face à la présence de BMR**

L'antibiorésistance est un enjeu majeur de santé publique bien connu des médecins (9,31,34,38). A ce sujet, les BMR peuvent apparaître comme une source de difficulté thérapeutique pour les praticiens (33). Les connaissances des médecins généralistes sur le sujet sont variables (32,40), et les prescriptions d'antibiotiques ne vont pas toujours dans le sens d'une réduction du risque de survenue des BMR (19,46).

Lors de notre travail, nous avons remarqué que les médecins interrogés ne ressentaient pas de difficulté à la gestion de la découverte d'une BMR urinaire chez un patient. Cela provoquait parfois le recours à un avis spécialisé mais la démarche était décrite comme simple et bien intégrée dans la pratique. La présence d'un antibiogramme avec les molécules disponibles constituait un élément rassurant même lorsque le choix de la molécule était fait par un confrère infectiologue. Les médecins se sont avérés plutôt bien formés sur les molécules à éviter pour ne pas favoriser l'apparition de BMR, et étaient enclins à attendre les résultats de l'antibiogramme lorsque cela était possible pour éviter un traitement probabiliste à large spectre.

## **3. Changement de règle chez l'homme**

En 2015, les recommandations de la SPILF concernant les IU ont été mises à jour (5). Celles-ci ont radicalement changé l'approche de l'IU chez l'homme. En effet, la notion d'infection haute (pyélonéphrite), ou basse (prostatite) a disparu au profit d'une entité nosologique unique, l'IU masculine. Ce changement est assez profond, car il remet en cause un dogme médical connu et enseigné depuis de plusieurs années dans les facultés : « toute infection urinaire chez un homme est une prostatite ».

Notre travail nous a mené à constater que bien souvent, ce changement n'a pas été compris par les médecins, ni intégré dans leur pratique. Ils continuent souvent à raisonner en termes de prostatite et pyélonéphrite, et même si les outils d'aide à la prescription permettent à certains d'entre eux de proposer une antibiothérapie adaptée, d'autres sont en difficulté au moment de la prescription.

Plusieurs éléments peuvent être avancés pour expliquer cela. Premièrement, ce changement profond de règle n'a pas été accompagné de mesures efficaces afin de le diffuser et de l'expliquer aux praticiens. De la même façon, les raisons de cette décision n'ont pas été expliquées aux médecins. Tout cela n'a donc pas permis de contrer la résistance au changement que nous expérimentons tous après avoir appris et appliqué une règle pendant plusieurs années (12,14,46). De plus, ce regroupement nosologique ne fait plus de différence en termes d'intensité de traitement antibiotique. Cela favorise donc une prescription agressive quel que soit le tableau clinique, ce qui entre en contradiction avec la volonté de réduire la consommation antibiotique. Il s'agit donc là d'un facteur de confusion pour les médecins prescripteurs (26).

Par ailleurs, cette nouvelle nosologie n'identifie pas une partie des tableaux cliniques (43). En effet, lors des entretiens, bon nombre de médecins ont décrit chez leurs patients masculins, des tableaux cliniques que nous avons appelé « cystite masculine » car s'approchant grandement des cystites classiques vues chez les patientes féminines. Cette entité n'est pas mentionnée dans les recommandations, et se confond donc avec l'IU masculine, entraînant donc une nécessité de prescription d'antibiotique vécue comme excessive par les praticiens au regard de l'intensité des symptômes rapportés par les patients.

#### **4. Tableaux intermédiaires et continuum de maladies**

Lors des différents entretiens, une notion particulière a émergé. En effet, les médecins n'avaient pas tous la même définition exacte des cystites ou des pyélonéphrites. La présence de fièvre semblait être le signe le plus répandu pour différencier les deux entités. En second venait la présence d'un contact lombaire. De plus, les tableaux cliniques décrits par les médecins se trouvaient souvent à la limite entre l'une et l'autre des pathologies. Ces tableaux intermédiaires, étaient parfois considérés comme des cystites ayant évolué plusieurs jours, mais sans certitude. La plupart du temps, ces tableaux intermédiaires menaient à des prises en charge thérapeutiques intermédiaires avec parfois un second contact de contrôle avec le ou la patiente. Ce constat nous pousse à nous questionner pour savoir si la nosologie actuellement établie prend bien en compte l'ensemble des tableaux cliniques possible. On peut également se demander si l'évolution naturelle de ces pathologies sont bien connues (16,22).

De plus, le caractère potentiellement fréquemment récidivant des IU les situe à la limite de la chronicité aux yeux de beaucoup de praticiens. Cela entraîne une modification de la prise en charge proposée, car la pathologie n'est alors plus aiguë, ni complètement chronique non plus. Or, l'existence d'une telle continuité et non pas de deux entités bien distinctes (« aiguë » et « chronique ») n'est pas reflétée dans les recommandations de bonne pratique (29).

#### **5. Démarche décisionnelle et facteurs influençant**

Au cours de notre enquête, nous avons pu constater que plusieurs facteurs extérieurs au problème biomédical lui-même influençaient les prises de décision des médecins interrogés. Parmi eux, l'élément revenant le plus fréquemment était le moment auquel avait lieu la consultation. En l'occurrence, la survenue de celle-ci le soir ou le weekend, influençait la démarche décisionnelle du praticien.

Ce phénomène n'est pas surprenant car il est bien décrit dans la littérature (23,45). On sait assez bien aujourd'hui que la prise en charge proposée par les médecins doit s'adapter au contexte, et cela entraîne, dans le cas des IU comme dans toutes les consultations médicales, des écarts de parcours de soins par rapport aux recommandations.

Parmi les autres facteurs influençant, on retrouve la prise en charge des patients en EHPAD qui entraîne une multiplication d'examens complémentaires et donc fréquemment un surtraitement

(17,28). La présence éventuelle d'une sonde urinaire à demeure nécessite une prise en charge bien spécifique (41), dont on peut questionner la diffusion auprès des praticiens, et donc leur pleine connaissance de celle-ci. Également, la nécessité de recueil via des poches à urines (7,8,24) qui n'est pas suffisamment fiable (technique de pose difficile, parents non formés), et peut entraîner une demande de recours aux SAU par les médecins interrogés.

## **6. Apports des différents outils d'aide à la consultation**

Lors des entretiens, l'outil le plus fréquemment cité comme étant utilisé en pratique courante était le site Antibioclic (25). Celui-ci a l'avantage d'être régulièrement évalué et mis à jour (15). Il apporte une aide concise et pragmatique et pertinente. Il commence à être bien diffusé auprès des praticiens, et on peut s'attendre à ce qu'il devienne à terme un reflet de l'épidémiologie communautaire et des intentions de prescription en antibiothérapie de premier recours.

Cependant, cet outil s'avère utile lorsque le tableau clinique est bien caractérisé (afin de trouver la thérapeutique la plus adaptée), mais il n'apporte pas d'aide lorsque celui-ci est intermédiaire et ne rentre pas dans une case nosologique claire.

Par ailleurs, les lignes téléphoniques d'aide à la décision, bien qu'assez nombreuses (1,11), sont moins utilisées car moins bien connues des praticiens. Il semble qu'il y aurait un intérêt non négligeable à mieux diffuser ces lignes de recours auprès des médecins prescripteurs, car elles répondent à une demande que notre travail a bien mis en évidence (6,18).

## **7. Consultations complexes et gestion de l'incertitude**

La complexité est un mode de pensée mettant en jeu notre capacité à relier les éléments qui nous entourent, pour établir des connexions auto-productives (36). Cela permet de passer d'une pensée simple (deviner, préférer, croire...) à une pensée complexe (proposer des hypothèses de solution, créer des relations, rechercher des critères, s'appuyer sur des justifications valides, s'auto-corriger...) (37).

La prise en compte de la complexité est une des compétences attendues des médecins généralistes (10). Elle se définit dans ce cadre par la « capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale ». Celle-ci s'articule, notamment en identifiant et évaluant les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs bio-psycho-social et culturel, pour les prendre en compte dans la décision ; en élaborant un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient, intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation ; en négociant une décision adaptée à la situation et partagée avec le patient (décision centrée patient).

Durant notre travail, nous avons pu constater que les consultations où la complexité entrait fortement en ligne de compte posaient plus de difficultés aux praticiens, que lorsque celle-ci

était minimale. Cela influait évidemment sur la démarche décisionnelle, sans qu'il n'y ait systématiquement de recours à une aide possible.

La prise en compte de l'incertitude faisant partie de la complexité (3), il n'est pas étonnant que tout tableau clinique non caractérisé (donc de diagnostic incertain) ait constitué une difficulté récurrente auprès des médecins interrogés.

## **D. Perspectives**

### **1. Nosologie des tableaux intermédiaires**

Devant ces résultats, si on s'en tient à la nosologie actuelle des IU, on constate l'existence de plusieurs tableaux cliniques qui ne correspondent à aucune des entités décrites, et ne possèdent donc pas de conduite à tenir dans nos recommandations. Il semble donc pertinent de s'intéresser à ces tableaux afin de compléter l'éventail des formes d'IU existantes.

De la même façon, ce travail nous indique qu'il serait judicieux de s'intéresser aux liens entre les différents tableaux cliniques ainsi qu'à leur évolution naturelle en l'absence de traitement, et les conséquences cliniques de ces évolutions naturelles. Ces situations sont fréquemment rencontrées en pratique courante, et l'absence de leur mention dans les recommandations constitue un facteur de confusion pour les médecins.

### **2. Cystite masculine et traitement adéquat**

La décision d'unifier toutes les formes d'IU masculines sous une seule entité a été un changement majeur des dernières recommandations sur les IU. Cette décision semble être à l'origine de nombreuses incertitudes auprès des MG, avec bien souvent la persistance du raisonnement faisant appel à l'ancienne nosologie (urétrite, prostatite, pyélonéphrite). De plus, il semble exister une forme de « cystite masculine » qui pourrait bénéficier d'un traitement plus léger que celui actuellement préconisé pour toutes les IU masculines. Bien que cela ne soit pas l'objectif principal de ce travail, nous avons suffisamment d'indices pour envisager un travail d'approfondissement dédié sur ce sujet, afin d'identifier le cortège clinique de l'entité nosologique en tant que tel, ainsi que le traitement le plus adéquat qu'elle nécessite.

### **3. Mieux faire connaître les lignes téléphoniques de recours**

Une demande récurrente des médecins pour améliorer la prise en charge qu'ils proposaient à leurs patients, était la mise en place d'une ligne téléphonique de recours, afin de pouvoir obtenir un avis téléphonique rapide et adapté.

Or, plusieurs lignes téléphoniques de ce type existent déjà.

Dans ce contexte, il semble judicieux qu'un dispositif fondé sur les expériences déjà menées puisse à l'avenir être mis en place.

Enfin, étant donné la bonne diffusion et la réputation d'Antibioclac (**Tableau 2**) auprès des praticiens, il semble nécessaire de maintenir son contenu à jour. Cet outil constitue en effet un recours numérique particulièrement utile.

## *Conclusion*

Les infections urinaires sont un motif fréquent de consultation en médecine générale, dont la prise en charge est souvent complexe.

Malgré une connaissance des enjeux liés à l'antibiorésistance et une volonté de proposer une prise en charge en accord avec les recommandations de bonne pratique et les attentes des patients, les médecins généralistes sont confrontés à plusieurs difficultés.

Cette étude a montré un panorama de ces obstacles : une nosologie incomplète n'incluant pas l'intégralité des tableaux cliniques existant, aussi bien chez les hommes que chez les femmes ; une influence de la formation initiale parfois inhibitrice, surtout lorsqu'elle n'est pas suivie d'une mise à jour régulière des connaissances dans le domaine ; des circonstances de consultation entravant la démarche diagnostique menant parfois à une multiplication des examens complémentaires, un besoin de recours aux SAU, ou une prescription d'antibiotique vécue comme inadaptée par les praticiens...

De plus, nous avons constaté l'étendue des moyens mis en œuvre par les praticiens pour contourner ces difficultés, en utilisant des ressources extérieures, ou bien propres à leur mode d'exercice, leur patient, ou leur environnement.

En outre, il convient de remarquer que tout un pan de consultations ne pose pas de difficultés majeures aux médecins, et dans ces cas-là, ils s'attachent particulièrement à proposer une prise en charge respectant le cadre des recommandations de bonne pratique.

Enfin, il est rassurant de souligner la bonne qualité de la relation médecin malade qui s'articule lors des consultations ayant pour motif une infection urinaire. On aurait pu supposer que les attentes des patients différeraient de ce que les médecins pouvaient proposer, mais cela n'apparaît pas dans notre étude.

Il apparaît pertinent de s'intéresser à mieux décrire les tableaux cliniques des IU afin de compléter l'éventail des formes existantes.

Le développement des outils d'aide à la prescription comme antibioclac associé à la possibilité d'un conseil téléphonique semble être une perspective intéressante ;

## *Bibliographie*

01. Antibiolor : Réseau Lorrain d'Antibiologie [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Antibiolor\\_reseau\\_lorrain\\_d\\_antibiologie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Antibiolor_reseau_lorrain_d_antibiologie.pdf)
02. Attali C, Rola S, Renard V, Roudot-Thoraval F, Montagne O, Le Corvoisier P, et al. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. *Exercer*. 2008;19(82):66-72.
03. Bérard C. La démarche décisionnelle dans les systèmes complexes : incrémentalisme et rationalités. In 2011 [cité 17 févr 2020]. p. 1-24. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00658078>
04. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien: L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin. Paris; 2010.
05. Caron F, Galperine T, Flateau C, Azria R, Bonacorsi S, Bruyère F, et al. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. *Med Mal Infect*. 2018;48(5):327-58.
06. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*. 16 mai 2006;144(10):742-52.
07. Cohen R, Gillet Y, Faye A. Synthèse de la prise en charge des infections urinaires de l'enfant. *Arch Pédiatrie*. 1 nov 2012;19:S124-8.
08. Cohen R, Raymond J, Faye A, Gillet Y, Grimprel E. Prise en charge des infections urinaires de l'enfant. Recommandations du groupe de pathologie infectieuse pédiatrique de la Société française de pédiatrie et de la Société de pathologie infectieuse de langue française. *Arch Pédiatrie*. 1 juin 2015;22(6):665-71.
09. Colomb-Cotinat M, Lacoste J, Brun-Buisson C, Jarlier V, Coignard B, Vaux S. Estimating the morbidity and mortality associated with infections due to multidrug-resistant bacteria (MDRB), France, 2012. *Antimicrob Resist Infect Control* [Internet]. 12 déc 2016 [cité 9 sept 2019];5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5154061/>
10. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. *Exercer*. 2013;24(108):156-64.
11. CoTéPrAgmatique : Conseil téléphonique en prescription d'antibiotiques [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/cotepragmatique-conseil-telephonique-en-prescription-dantibiotiques/>
12. Dam KV, Oreg S, Schyns B. Daily Work Contexts and Resistance to Organisational Change: The Role of Leader–Member Exchange, Development Climate, and Change Process Characteristics. *Appl Psychol*. 2008;57(2):313-34.

13. Debets VE, Verheij TJ, van der Velden AW. Antibiotic prescribing during office hours and out-of-hours: a comparison of quality and quantity in primary care in the Netherlands. *Br J Gen Pract.* mars 2017;67(656):e178-86.
14. Dejours, Dessors, Molnier. Comprendre la résistance au changement. *INRS - Doss Méd-Tech.* 2e trimestre 1994;(58).
15. Delory T, Jeanmougin P, Le Bel J, Aubert J, Caseris M, Lesprit P, et al. Antibiocllic+ : intentions de prescriptions et données microbiologiques pour les infections urinaires communautaires. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2018;48(4, Supplement):S52.
16. Factors associated with the duration of symptoms in adult women with suspected cystitis in primary care [Internet]. [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0201057>
17. Fiaux E, Piednoir E, Thibon P, Guet L, Monzat D, Bouglé C, et al. Audit régional sur la prise en charge des infections urinaires en EHPAD. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2018;48(4, Supplement):S62.
18. Flodgren G, Hall AM, Goulding L, Eccles MP, Grimshaw JM, Leng GC, et al. Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines. *Cochrane Database Syst Rev.* 22 août 2016;(8):CD010669.
19. Flottorp S, Oxman AD. Identifying barriers and tailoring interventions to improve the management of urinary tract infections and sore throat: a pragmatic study using qualitative methods. *BMC Health Serv Res.* 4 févr 2003;3(1):3.
20. Frappé P. Initiation à la recherche. Paris: GM Santé, CNGE; 2011. 216 p. (FAYR-GP).
21. Grigoryan L, Zoorob R, Wang H, Trautner BW. Low Concordance With Guidelines for Treatment of Acute Cystitis in Primary Care. *Open Forum Infect Dis* [Internet]. 26 oct 2015 [cité 17 sept 2019];2(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4675917/>
22. Heytens S, De Sutter A, De Backer D, Verschraegen G, Christiaens T. Cystitis: Symptomatology in Women with Suspected Uncomplicated Urinary Tract Infection. *J Womens Health.* 2011;20(7):1117-21.
23. Huibers L, Moth G, Christensen MB, Vedsted P. Antibiotic prescribing patterns in out-of-hours primary care: A population-based descriptive study. *Scand J Prim Health Care.* déc 2014;32(4):200-7.
24. Janvier F, Mbongo-Kama E, Mérens A, Cavallo J-D. Les difficultés d'interprétation de l'examen cyto bactériologique des urines. *Rev Francoph Lab.* 1 nov 2008;2008(406):51-9.
25. Jeanmougin P, Aubert J-P, Le Bel J, Nougairède M. Antibiocllic : outil pour une antibiothérapie rationnelle en soins primaires. *Rev Prat.* sept 2012;62:978.
26. Kinouani S, de Lary de Latour H, Joseph J, Letrilliart L. Diagnostic strategies for urinary tract infections in French general practice. *Med Mal Infect.* 2017;(3866).



27. L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015 [Internet]. ANSM; 2017 janv [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2015-Point-d-Information>
28. Le Bourhis-Zaimi M, Thillard D, Mourier W, Cyvoct C, Lehman V, Guet L. Enquête régionale sur la pertinence des examens cytot bactériologiques des urines en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 sept 2016;64:S243.
29. Le Chapellier M. Conception et Gestion de la Maladie : Etude Exploratoire par Focus Groupes Auprès de Médecins Généralistes. [Créteil]: UPEC; 2018.
30. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. avr 2014;(114):148-57.
31. Liste des antibiotiques critiques - Actualisation 2015 [Internet]. ANSM; 2016 févr [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-antibiotiques-consideres-comme-critiques-premieres-reflexions-sur-leur-caracterisation-Point-d-information>
32. Lugtenberg M, Burgers JS, Besters CF, Han D, Westert GP. Perceived barriers to guideline adherence: a survey among general practitioners. *BMC Fam Pract*. 22 sept 2011;12:98.
33. Lugtenberg M, Burgers JS, Zegers-van Schaick JM, Westert GP. Guidelines on uncomplicated urinary tract infections are difficult to follow: perceived barriers and suggested interventions. *BMC Fam Pract*. 28 juin 2010;11:51.
34. Martinez JL. General principles of antibiotic resistance in bacteria. *Drug Discov Today Technol*. mars 2014;11:33-9.
35. Maxwell J. La modélisation de la recherche qualitative. - Une approche interactive. Genève: Editions Universitaires Fribourg Suisse; 1999. 202 p.
36. Morin E. La Méthode. Paris: Seuil; 1977.
37. Morin E. Penser la complexité. *Sci Hum*. févr 1995;(47).
38. Munita JM, Arias CA. Mechanisms of Antibiotic Resistance. *Microbiol Spectr*. 2016;4(2).
39. Pinçon M, Pinçon-Charlot M. Pratiques d'enquête dans l'aristocratie et la grande bourgeoisie : distance sociale et conditions spécifiques de l'entretien semi-directif. *Génèses*. 1991;3:120-33.
40. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes | Cairn.info [Internet]. 2020 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2006-4-page-573.htm?contenu=article>

41. Révision des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte. 2015 mai.
42. Site antibiocluc <https://antibiocluc.com>.
43. Soudais B, Schuers, Lefebvre, Etienne, Pellerin. Infections urinaires masculines en soins primaires. *Exercer*. oct 2018;(146):368-73.
44. Surveillance of Antimicrobial Resistance in Europe 2017 [Internet]. ECDC; 2017 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2017>
45. Tandan M, Duane S, Vellinga A. Do general practitioners prescribe more antimicrobials when the weekend comes? *SpringerPlus*. 2015;4:725.
46. Trémolières F. Quels sont les déterminants des comportements des prescripteurs d'antibiotiques ? *Médecine Mal Infect*. 1 janv 2003;33:73-85.
47. van den Broek d'Obrenan J, Verheij TJM, Numans ME, van der Velden AW. Antibiotic use in Dutch primary care: relation between diagnosis, consultation and treatment. *J Antimicrob Chemother*. juin 2014;69(6):1701-7.
48. Vazquez-Lago JM, Lopez-Vazquez P, López-Durán A, Taracido-Trunk M, Figueiras A. Attitudes of primary care physicians to the prescribing of antibiotics and antimicrobial resistance: a qualitative study from Spain. *Fam Pract*. juin 2012;29(3):352-60.
49. Willems CSJ, van den Broek D'Obrenan J, Numans ME, Verheij TJM, van der Velden AW. Cystitis: antibiotic prescribing, consultation, attitudes and opinions. *Fam Pract*. avr 2014;31(2):149-55.

## *Annexe 1*

### **Exemple d'entretien : Médecin 7 (5 juin 2019)**

*Thésard* : « Bonjour, tout d'abord merci de m'accorder un peu de ton temps pour cet entretien. Comme tu sais je réalise un travail sur les problématiques rencontrées en MG lors des consultations qui ont pour motifs une IU, et pour cela je réalise des entretiens individuels d'environ 40 min pour recueillir ton ressenti sur ces consultations et identifier les différents problèmes auxquels tu peux être confronté tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Cet entretien sera anonyme, et sera enregistré avec ton accord, c'est ok pour toi ?

*Médecin 7* : C'est ok pour moi je te remercie.

T : Bien sur, je pourrai te communiquer les résultats une fois que je les aurai. Avec grand plaisir. Avant qu'on commence est-ce que toi tu as des questions à me poser ?

M : Non je te remercie je n'ai pas de question.

T : Alors on va commencer par quelques questions rapides. Quel âge as-tu ?

M : J'ai 33 ans.

T : Depuis combien de temps tu exerces comme MG ?

M : J'ai commencé à remplacer dès la fin de mon internat, et même pendant mon internat en 2012. Je me suis installé une première fois en 2013, pour mon clinicat, puis à la fin je me suis installé là où je suis actuellement en 2016, en maison de santé.

T : D'accord. Et dans cette maison de santé, tu accueilles des étudiants en médecine ?

M : Oui effectivement, l'équipe accueil des étudiants. En ce qui me concerne je suis maître de stage d'interne de niveau 1.

T : Externes également ?

M : Bientôt, à partir de juillet. Mais jusqu'ici je n'en ai pas reçu parce que je n'avais pas de place, mais on a réorganisé notre emploi du temps pour que je libère de la place pour l'accueillir. Comme je suis à mi-temps je n'ai pas la possibilité d'accueillir énormément, je n'ai que 5 demi-journée donc voilà.

T : Très bien. Depuis 2015, quelles ont été pour toi les sources d'information ou de formation concernant les IU en général, tout type confondu ?

M : La principale c'est Antibiocliv, je pense un peu comme pour tout le monde, ça a vraiment révolutionné (le mot n'est pas faible) puisque c'est un des premiers sites où l'info a été accessible rapidement facilement et de manière claire avec les références. Donc en fait à chaque fois que j'avais envie d'aller voir plus loin, que je comprenais pas, ou que j'étais pas d'accord à première vue j'allais voir les argumentaires. Les sources sont là. La SPILF principalement donc oui c'est surtout Antibiocliv, et si je voulais aller plus loin il y avait les liens pour la SPILF. C'est surtout ça.

T : Au niveau des formations, tu as eu quelque chose ?

M : Non non. La FMC, faut pas le dire, mais je suis pas très FMC. Je préfère au contraire, faire come on faisait à la fac 'est à dire que je note ma problématique, et je vais faire la recherche et je confronte. Je préfère comme ca. J'ai du mal a rester concentrer quand je suis spectateur. Après je sais qu'on peut participer dans une FMC, mais j'ai toujours eu beaucoup de mal. C'est comme dans les cours en amphi, mais je m'en vante pas ,je sais simplement que je fonctionne comme ca.

T : OK. Donc pour rentrer un peu plus dans le sujet, quels sont les difficultés qui ressortent ou qui sont les plus récurrentes, dans la PEC des IU en général ?

M : Alors les difficultés ce sont pour les IU masculine ou autre ?

T : Tout type. C'est qui te marque le plus, ce qui te parait le plus important ?

M : Chez la femme, les IU en général ca se passe bien. Même quand ces sont des IU profondes comme la pyélo, on s'en sors toujours. Les patients sont en difficultés parce que la pathologie peut être grave, mais moi en tant que soignant je suis assez peu en difficulté, les choses se passent plutôt bien parce que le diagnostic est relativement simple. Le fait d'être en MDS ca permet d'avoir un très grand confort pour ce qui est de réévaluer le patient, voir la bio. Donc habituellement ca va. Même quand on est dans des difficultés diagnostic comme ca a été le cas bas il y a quelques jours ou il y avait une femme enceinte qui avait un souci de pyélo et ou c'est ma collègue qui me l'a réadressée en me demandant de la revoir. Même là on arrive à s'en sortir ca pose pas de problème. Je suis un peu plus en difficulté en ce qui concerne les IU masculine. Peut être que c'est du a la consultation d'hier soir puisque souvent je trouve que le diagnostic est pas évident et que les options thérapeutiques probabilistes sont un peu embêtante. Par exemple le lévofloxacine en première intention devant tout IU masculine ca m'embête. Dans la mesure du possible j'essaye de mettre autre chose. J'ai pas encore eu le temps d'aller relire les recos pour comprendre pourquoi Antibiocliv le privilégie en première intention. Bon après la ceftriaxone c'est compliqué, les autres sont pas ouf. Mais plutôt Ciprofloxacine, pourquoi une FQAP je comprends pas bien. Sur le plan diagnostic c'est pas évident parce que si le patient a de la fièvre, on n'a pas envie de faire un TR ? et si il est gêné et qu'il a pas d'écoulement par le méat bah c'est souvent un peu compliqué quoi on est là à hésiter entre la prostatite... Je pense qu'on fait des diagnostics par excès de prostatite, je me pose la question. L'urétrite, si c'est une urétrite, est-ce qu'on donne le même traitement. Voilai-je me sens plus en difficulté dans les IU masculines. Après c'est pas la mort non plus, on s'en sort, mais on est moins satisfait. Par exemple hier le patient que j'ai vu, il avait une symptomatologie qui était très évocatrice de prostatite pour le coup. Il avait donc des SFU, sensation de fièvre, mais jamais objectivée, sans antalgie, sans antipyrétique. Mon collègue l'avait vu une première fois, et l'avait vu sans ECBU. Il avait pas fait de touché rectal à l'origine, et il lui avait demandé de faire un ECBU, et il l'avait mis direct sous Levofloxacine. Et je le revois 5 jours plus tard, et le jours où je dois le revoir, l'ECBU revient avec une hématurie, une leucocyturie significative, très bien, mais pas de

bactériurie. Aucune. Il y a une contamination microbienne, mais les germes c'est à 10000 / mm<sup>3</sup>. Donc t'es un peu gêné, tu te dis, est-ce que c'est une urétrite avec un germe qui passe pas bien, intracellulaire, ou autre qui passe pas à l'ECBU, pousse pas sur les cultures standards. Ou est-ce que c'est une authentique prostatite. Ca m'a un peu embêté de lui laisser la Levofloxacinine mais j'ai pas eu d'autre choix que de le faire.

T : En pratique t'as gardé ?

M : En pratique j'en ai discuté avec mes collègues, à la base je voulais le retirer, je voulais le déprescrire, et en discutant on en est venu à la conclusion que non c'est pas raisonnable, il fallait le garder.

T : Qu'est ce qui a fait pencher la balance ?

M : C'est... bah c'est pas l'amélioration clinique parce qu'il a été amélioré mais pour moi c'était pas un argument discriminant pour le garder. Nan c'était la leucocyturie et l'hématurie très importantes. Qui pouvaient pas être de l'ordre d'une leucocyturie aspécifique. Non là il n'y avait aucune autre raison, il n'y avait pas de douleur, il n'y avait aucune autre raison d'avoir une hématurie une leucocyturie, que une IU dans le contexte qu'il présentait. Alors après oui il est amélioré avec la Levofloxacinine, oui effectivement on part plutôt sur de la prostatite.

M : OK. Donc toi tu me dis les FQ chez les hommes ca t'embête en première intention.

T : Alors, pas les FQ, celle là qui est antipneumococcique, ca m'embêtait un peu je comprenais pas pourquoi en pratique, au niveau de l'épidémiologie bactérienne.

T : Et en pratique tu suis cette recommandation, ou ca t'arrive de t'en écarter, de choisir soit une autre FQ, soit carrément une autre famille ?

M : Si j'avais été en situation de primo-prescription ? J'aurais probablement mis de la ciprofloxacine. Ca reste une quinolone, mais on économise la Levofloxacinine. Mais j'aurais surtout regardé en fait, rapidement pendant la consultation, qu'est ce qui justifie de mettre la Levofloxacinine, plutôt que la Ciprofloxacine. Puisque à priori c'est une prostatite, E. Coli l'immense majorité des cas c'est sensible à la quinolone. Je comprenais pas l'intérêt de mettre la levoflo plutôt que la ciproflo.

T : Tu me disais au niveau diagnostique, ce qui t'embêtait parfois, c'était de devoir faire un TR si jamais le patient avait de la fièvre ou pas. C'est quelque chose qui te retient ou t'embête ?

M : Bah oui ca m'embête, c'est clair que c'est pas agréable de faire un TR. Mais quand il faut faire, je le fais.

T : Existe-il des situations où t'hésites ? Sur l'indication ?

M : Si il a de la fièvre, j'évite de faire le TR. Pour éviter la décharge septique. Mais ca arrive assez rarement au final. Donc ca m'arrive assez souvent de devoir faire le TR. Le problème c'est que j'ai des doigts tout petits. Donc normalement je fais un TR avec l'annulaire mais je sens que j'ai du mal aller jusqu'au bout. Je le fais probablement pas très bien. Mais habituellement j'arrive quand même à toucher la prostate.

T : D'accord. Et tu me parlais aussi quand il n'y a pas d'écoulement, tu disais qu'on avait tendance à faire des diagnostics en excès ?

M : Bah je me pose la question. J'ai aucune donnée, c'est juste une intuition. Bah oui en fait souvent on retient la prostatite parce que ça reste un diagnostic d'élimination chez un homme qui présente des SFU et qui n'a pas de douleur à l'ébranlement des FL, qui n'a pas d'orchio-épididymite, et qui n'a pas d'écoulement urétrale en dehors de la miction. On a tendance à considérer ça comme des prostatites. Et on peut pas faire autrement. Je me demande si devant des SFU chez un homme, il n'y a pas d'autres formes cliniques qui peuvent ne pas être des prostatites ni des pyélo. Des urétrites qui par exemple n'aurait pas d'écoulement (comme peuvent être des urétrites à chlamydia par exemple). Le problème c'est qu'on voit ça. La PCR chlamydia sur le prélèvement urétral je sais pas si c'est parce que je suis un homme que j'ai pitié, mais habituellement quand je suis en situation de prescrire je pose la question de savoir si j'ai des raisons de penser qu'il peut y avoir une urétrite à chlamydia ou gonocoque, mais gonocoque ça coule assez facilement. Et j'ai la PCR chlamydia sur ECBU facile, mais là en l'occurrence c'est pas moi qui l'ai vu, mais j'en vois pas tant que ça donc c'est difficile de faire des grandes constatations parce que j'en vois pas assez pour tirer des généralités sur ma pratique.

T : D'accord. Mais tu dis quand même que de ce que tu vois, il te semble quand même qu'il y aurait d'autres formes cliniques que ce qui est décrit habituellement.

M : Oui absolument. Alors ça doit exister, je pense que je ne suis pas suffisamment au courant, faut vraiment que je fasse une trace dessus d'ailleurs. Mais oui faut que je recherche. C'est un peu comme l'enfant si tu veux, que ça brûle quand il va faire pipi, qui a un ECBU négatif. Ça arrive fréquemment, bien plus fréquemment que d'authentiques IU chez l'enfant. Et j'ai le sentiment qu'il doit exister des urétrites non infectieuses par exemple chez l'enfant.

T : Ça t'arrive d'avoir des enfants avec des SFU et un ECBU négatif ?

M : Oui ça arrive.

T : Qu'est que tu fais face à ça en pratique ?

M : Je temporise. Je surveille de très près. Pour ça il faut que j'ai pas de fièvre, et que j'ai que en fait la gêne en allant uriner, sans SFU, avec un examen qui est rassurant, ça dure depuis un petit moment. C'est pas rare en fait. Ça m'arrive relativement fréquemment. Après c'est pas aussi souvent que des pneumopathies ou ce genre de choses. Ça m'arrive relativement fréquemment et dans ce cas de figure je temporise, j'attends, je dis voilà. On va pas paniquer, on va surveiller, et ça passe tout seul. Je conseille d'hydrater.

T : Et en cas de fièvre ?

M : En cas de fièvre c'est pas la même chose, là je joue pas au con. Ça dépend de la situation clinique, mais là, antibiotique relativement facilement. Mais fièvre et ECBU négatif, de mémoire ça m'est jamais arrivé. C'est en général négatif chez les gens qui ont pas de fièvre.

T : OK. Pour revenir un peu sur la femme, tu m'as dit que c'était relativement plus simple par rapport à l'homme. Est-ce qu'il t'arrive malgré tout d'avoir des difficultés pour diagnostiquer une cystite ?

M : Non cystite ça va. Par contre faire la part des choses parfois entre une cystite et un début de pyélo, où le tableau n'est pas complet, où il y a quand même une douleur au niveau de la FL, là ça peut être plus compliqué. Mais habituellement on s'en sort, moi je préviens systématiquement, ma démarche est toujours très transparente, et je me base aussi beaucoup sur le niveau d'inquiétude de la patiente. Et d'habitude les patientes comprennent que voilà.

T : Et qu'est ce que tu donnes en pratique ?

M : Souvent je donne une prise unique et je surveille. Je traite comme une cystite au départ, si pas de fièvre, éventuellement douleur à l'ébranlement de la FL mais très douteuse, pas de douleur abdo. Je leur dis écoutez, il y a rien d'inquiétant, mais votre douleur m'embête un peu, on est vigilant on reste en contact. Souvent elles comprennent très bien. De mémoire j'ai jamais été amené à rétablir un diagnostic suite à ça.

T : Quels sont les symptômes chez toi qui peuvent clairement t'orienter dans ces cas là vers une pyélo ou cystite, quels symptômes permettent de vraiment switcher et vraiment de dire j'hésite plus, c'est l'un ou c'est l'autre.

M : La fièvre, ça j'hésite plus. La douleur à l'ébranlement des fosses, ça arrive qu'on en ait. Mais la fièvre c'est vrai que ça j'hésite pas. Alors ce qui me fait switcher parfois c'est le terrain. Alors j'ai jamais été confronté à cette situation je coïr, mais si je venais à voir une patiente avec un terrain à risque, là effectivement j'aurai tendance à être maximaliste. Mais encore une fois ça dépend de la situation. Souvent quand j'ai été en doute c'était chez des patients relativement jeunes qui n'avait pas de comorbidité et c'était une cystite simple avec un état général rassurant. L'état général altéré ça c'est le genre de truc où la non plus tu joues pas au con. Le fait par exemple, ou on soit une période ou elle peut partir en congé. Pas congés dans la Creuse, mais où je peux la contacter par téléphone, où je peux lui envoyer l'ordonnance par mail. Ou c'est très loin et il n'y a pas moyen d'avoir des contacts, là je pense que j'y réfléchirais à deux fois. Mais c'est le propre des situations complexes, c'est que tu décides pas sur un seul argument, tu mets tout dans la balance et tu vois. L'avis du patient est très important aussi et tu choisis en conséquence. Mais il y a quelques éléments comme état général altéré, fièvre, qui sont effectivement des arguments qui moi voilà, ils se suffisent à eux même pour partir sur la pyélo.

T : En ce qui concerne les traitements de cystite, y a-t-il des difficultés pour initier un traitement ?

M : Non, parfois t'es un peu embêté parce que la patiente a déjà pris d'autres traitements pour une autre raison. Donc t'es un peu emmerdé parce que t'aimerais bien mettre de la Fosfomycine, mais elle en a déjà eu beaucoup, donc tu dis on va mettre autre chose. Voilà c'est un peu

embêtant de mettre en route un traitement plus long par Nitrofurantoïne par exemple, mais ça s'arrête là quoi. T'es embêté par cette prescription, mais tu sais qu'il faut la faire.

T : Et sur les autres types de cystites ?

M : Non en générale je me sens pas particulièrement en difficulté. Je fais un point pour savoir si il y a une cause qui permet d'expliquer une cystite récidivante par exemple, souvent les gens c'est pas la première fois qu'on leur en parle. Comme j'ai encore assez peu d'ancienneté, en général c'est pas la première fois qu'ils viennent. Ils ont déjà vu leur ancien médecin par le passé, habituellement on s'en sort. En général il y a déjà un bilan bio qui a été réalisé et surtout une imagerie. T'as exclu les facteurs évident comme après les rapports sexuels, ou le manque d'hydratation etc... T'as par d'argument pour un problème architectural, c'est pas des gens qui sont immunodéprimés etc. Donc ça se termine en prescription anticipée de fosfomycine ou autre chose en fonction du contexte.

T : OK. Et est-ce qu'il y aurait des outils qui seraient pour toi utile, que tu souhaiterais avoir à disposition et que t'as pas ?

M : Quand le tableau n'est pas clair, il y a la BU, il y a l'ECBU, Antibioclic. Je ne trouve pas que j'ai particulièrement besoin d'un outil en plus.

T : Pour toi la BU tu la fais quand ?

M : Pas systématiquement. Je la fais quand le tableau n'est pas évident. Mais si j'ai une femme jeune qui vient avec brûlures, pollakiurie et urgenturies, qu'elle a pas de comorbidité j'en reste là. Pas besoin de faire une BU. Ça aide plutôt à lever des doutes. Parfois quand t'as quelqu'un qui a une douleur des fosses lombaires, tu te poses toujours la question de savoir si t'as des arguments pour une colique néphrétique. C'est con mais tu fais la BU à ce moment-là, ce qui est pas forcément une très bonne idée. Parce que l'hématurie tu peux en avoir, qu'il y ait une IU ou pas donc c'est vrai que c'est pas très discriminant. On va dire que t'es rassuré si t'as pas d'hématurie.

T : D'accord. On va passer aux pyélos. Chez la femme, est-ce qu'il t'arrive d'avoir des soucis concernant le diagnostic de pyélo chez une femme ?

M : Oui parce que ça peut parfois être un tableau pas très clair, t'as pas envie de lui demander des examens en plus, t'as pas envie de l'embêter avec ça donc c'est surtout latent. Tu te dis, bon est ce que je pousse mon approche jusqu'au bout, est ce que j'en reste là ? Souvent trouver le juste milieu ça peut un peu être compliqué mais voilà, des fois tu retiens ta main tu te dis non mais ça va on va se calmer c'est bon elle a un petit peu mal, il y a rien d'inquiétant. Si ça va pas mieux il sera toujours temps de refaire le truc. Mais non je ne me sens pas particulièrement en difficulté. Si ce n'est que c'est embêtant pour les patientes des fois quand il faut les reconvoquer. Mais en général ça pose pas de problème, t'es souvent plus embêté que la patiente. Tu dis ah mais c'est pas grave, tu t'excuse de lui demander de faire une biologie alors qu'au fond de toi tu sais que y a pas d'argument en faveur d'une pyélo, mais y a pas assez pour te



permettre le luxe de passer à coté d'une pyélo même si y a 90% de chances que ca n'en soit pas une.

T : Et chez l'homme, les pyélo ?

M : Chez l'homme effectivement t'as la prescription plus facile. Et chez l'homme en fait comme c'est moins courant chez l'homme ils sont souvent plus inquiets. Et puis je sais pas pourquoi, peut être encore une fois parce que je suis un homme moi-même j'ai tendance à me mettre a la place plus facilement des hommes que des femmes. Et je me sens moins mal à l'aise vis-à-vis de ca, moins gêné à l'idée de les reconvoquer. J'ai toujours dans ma tête mes propres représentations qui sont genre « ca va la faire chier », « qui je suis moi pour lui demander de faire une bio alors qu'elle sait très bien ce qu'elle a ».

T : Et t'as moins ce sentiment chez l'homme ?

M : Oui moins parce que chez l'homme bah effectivement ils sont plus embêtés. Le patient hier qui a fait son IU masculine oui clairement il fait ce qu'il faut. Et je le comprends, parce que c'est quelque chose de beaucoup moins fréquent chez un homme. Un homme qui a mal quand il pisse, qu'est ce qui se passe quoi ? Et puis ca charrie beaucoup de choses j'imagine chez les hommes aussi, parce que on en parle toujours, mais les IST ca doit prendre une place assez importante dans l'imaginaire d'un homme.

T : D'accord. Et pour traiter les pyélo chez les hommes ? Tu me parlais tout à l'heure de ton aversion pour certaines FQ, mais est-ce qu'il t'arrive d'avoir des soucis thérapeutiques ?

M : Bah la pyélo chez l'homme, Ciproflo en première intention, ou C3G si j'estime que c'est jouable mais c'est souvent pas très sympa, il faut organiser le passage infirmier souvent aussi, ca fait mal, habituellement on évite. J'ai du mettre une seule fois une C3G mais il y avait un contexte, je sais plus lequel mais il y a avait un contexte qui justifiait. Je crois que la personne devait être un peu âgée ou devait avoir une tendinite ne cours. Je crois que c'était ca qui a du me faire dire bon cette fois ci on va faire des C3G.

T : Bah justement chez les personnes âgées comment ca se passe pour toi ?

M : Bah C3G. Et puis les personnes âgées, âgées, souvent il y a des critères d'hospit aussi. Mais voila j'essaye de recourir le moins possible à l'hospit mais effectivement si j'ai pas de signe de gravité, si c'est une pyélo et qu'il y a pas de comorbidité et qu'a part l'age il y a pas de problématique, on a les outils à la MDS pour organiser ca. En général les IDE on les a au téléphone, celles de la MDS, elles passent elles nous tiennent au courant. Ca se passe bien, ca nous évite une hospit et ca évite qu'on voit le patient revenir avec des consult chez 30 spécialistes parce que il a un diabète, qu'il a pas de diabétologue... voila.

T : Sur le plan diagnostique des IU chez les personnes âgées, c'est quelque chose qui est simple ou qui pose parfois des difficultés ? Avec le matériel de sonde ou autre ?

M : Bah j'essaye de me remémorer une situation d'une IU chez une personne âgée. Mais le matériel de sonde, non, si c'est sur matériel c'est particulier mais j'ai jamais été amené à ca

non. Mais souvent effectivement, là ou c'est très embêtant c'est quand il s'agit de personnes dont le niveau d'autonomie est pas très important et qui ont pas envie d'être hospitalisée et que tu sens que ça peut flancher. Là c'est plus embêtant, effectivement t'essaye de convaincre les gens mais les gens veulent pas. Donc en général tu te retrouves souvent à devoir organiser le truc en ville, sauf quand il y a des comorbidités évidentes ou la tu te dis c'est pas possible. Mais ça nous est déjà arrivé de staffer en RCP des situations ou la situation est clairement en faveur d'une hospit et ou le patient veut pas être hospitalisé. Où la on est obligé de staffer la situation en urgence en RCP pour justement que tout soit carré que les IDE soient au clair, que les autres médecins de la structure soient au clair au cas ou les choses venaient à mal se passer. Que tout le monde soit prêt à appeler le patient pour s'assurer qu'il est bien entouré. Voilà la prise en charge chez la personne âgée, au niveau diagnostic, les choses sont plus ou moins évidentes effectivement, la clinique est pas forcément évidente et souvent on hésite avec autre chose. Bon après voilà c'est pas non plus 50-50. C'est 90-10 quoi. Non enfin si y a eu des difficultés, elles m'ont pas marquées.

T : OK y a-t-il des soucis pour arriver à une décision médicale partagée, quelque soit le type de patient ? Que ce soit vis-à-vis des représentations, ou des habitudes ou attentes des patients ?

M : Ça arrive souvent effectivement, alors dans le cadre d'une cystite simple chez une femme jeune sans comorbidité il y a pas de complexité. Le traitement est clair, souvent le patient est au courant. Alors pour peu qu'il y ait des niveaux de complexité qui apparaissent avec un patient qui veut pas de traitement, qui est contre les ATB, ou un patient qui va partir en congé ou qui a une indication à faire un ECBU parce que la cystite n'est pas simple en l'occurrence, mais qu'on est samedi midi et que tout est fermé... Alors c'est pas de l'approche centrée patient c'est de l'approche globale, mais pour revenir à l'approche centrée patient, oui, un patient qui va partir en congé et qui va être en dehors de France par exemple, qui aimerait bien ne pas faire ou faire un examen, bah souvent on en vient à en discuter. Habituellement quand on discute on lève souvent les difficultés quand il y a un désaccord qui persiste, souvent j'en arrive à accorder ça au patient de dire « si vous y tenez à ce point-là, je peux l'entendre ». Parce qu'ils ont des raisons, parce qu'ils ont leurs propres représentations et parce que c'est pour éviter un passage aux urgences. Donc on en arrive à faire un ECBU parce que ça les rassure. Ou à mettre pas de fosfomycine en prise unique parce que « a mais moi docteur on m'avait donné un truc en une fois ça avait pas marché, moi j'ai besoin de plusieurs jours » bon. On négocie et quand on voit qu'il y a pas moyen parce que c'est très ancré et t'as beau lui dire que tu comprends, t'as beau donner des explications, c'est trop ancré. Tu te dis ça sert à quoi de discuter, ça va le rassurer donc allons y. Non des désaccords il y en a et souvent on fait un compromis, on trouve une solution intermédiaire qui convient à tout le monde.

T : OK et au niveau des MHD, comment tu trouves les patients ?

M : Bah sur les MHD, c'est un peu compliqué parce que les MHD sont pas hyper... enfin le niveau de preuve c'est pas ouf quoi. Donc c'est toujours un peu gênant de donner des consignes (pas avoir de pantalon serré, etc.) quand tu sais que le niveau de preuve est peu important, et t'es quand même en train de dire au patient de s'habiller différemment, de boire différemment, après chaque relation sexuelle de dire allez faut aller uriner. Bon là quand vraiment il y a une corrélation avec les rapports, en général c'est pas quelque chose qui est vécu comme contraignant. Souvent ils le font d'eux même. Et quand tu leur dis ils disent bah oui je vais le faire c'est pas gênant. Surtout qu'en général ça arrive plus souvent chez les personnes un peu plus âgées ou t'as des remaniements cause de la ménopause. Mais moi je parle de boire beaucoup, de pas mettre des pantalons trop serrés, de bien marcher. J'en parle quand vraiment... Quand c'est des cystites simples qu'il y a un épisode tous les 3 ans, je me sens pas légitime à lui expliquer qu'il faut changer sa façon de vivre. Quand effectivement c'est relativement fréquent je leur en parle mais je reste honnête. Du coup est-ce qu'ils mettent vraiment en place les stratégies ? Souvent on leur en a déjà parlé. On leur en a déjà parlé et ils ont déjà mis ça en place et ça n'a rien changé. Moi j'insiste pas en fait. Je suis moi-même en difficulté parce que c'est difficile de faire l'entretien motivationnel quand toi-même t'es pas motivé. Tu te sens pas légitime éthiquement à être à ce point intrusif dans la vie des gens.

T : D'accord. Et qu'en est-il de l'accès au soins, examens, traitements ?

M : En général ça se fait très facilement. Notre territoire n'est pas en difficulté. J'appelle le laboratoire quand c'est samedi, « ah fermez pas ! je vous envoie quelqu'un ». Quand c'est pas encore fermé qu'il est 11h50, tu dis « elle vient tout de suite ! ». Bon on n'est pas très loin donc du coup ça facilite les choses. Non après la question c'est l'échographie. Mais l'échographie en cas de pyélo c'est pas le truc à faire si tant est qu'on la fasse. Donc non l'accès aux soins... C'est plus l'accès au médecin en fait qui est difficile pour les patients que l'accès aux EC. Parce que nous parfois on peut être débordé et effectivement quand le patient a un message du secrétariat que voilà il faut rappeler le patient parce qu'elle a des brûlures, en général c'est là ou c'est plus compliqué. On peut être amené à faire ça par téléphone, et on dit bah écoutez racontez moi la situation. Alors tu l'examines pas mais tu dis voilà vous avez de la fièvre, vous avez mal au ventre, vous vous sentez comment, vous arrivez à manger ? Les signes urinaires comment ça se passe ? quand ça ressemble à une cystite simple « écoutez je vous fais une prescription vous passez la chercher mais je peux pas vous voir aujourd'hui, soit je vous vois un autre jour soit je vous vois pas » parce que la situation est évidente. Soit effectivement c'est embêtant donc on estime qu'il faut que la patiente soit vue auquel ça on oriente vers le SAMI, soit c'est difficile, on pousse les murs et voilà.

T : C'est quelque chose qui est compliqué pour toi cette gestion là ?

M : Je sais pas, j'ai une personnalité un peu rigide sur ce point de vue, j'ai beaucoup de mal avec l'inattendu tout ça. Alors tu me diras, fallait pas faire MG, et t'auras raison, mais oui

souvent quand je suis en consult l'état naturel c'est d'être débordé parce que les patients viennent avec beaucoup de motifs donc je prends 20 min. Mais même avec 20 minutes c'est parfois un peu compliqué, donc ça me plaît pas beaucoup de devoir rajouter un patient entre nous. Ça me plaît pas beaucoup, j'évite de le faire au maximum mais quand je dois le faire je le fais.

T : OK. Tout à l'heure tu m'as parlé d'une femme enceinte que tu as vu il y a une semaine ?

M : C'est pas moi au départ c'est ma collègue qui l'a vu et qui me l'a réorientée pour que je la réévalue. Le truc c'est que le temps que je la revois elle était déjà allée aux urg et c'était belle et bien une pyélo. En fait la petite histoire c'est que ma collègue c'est une remplaçante, elle me parle de la situation, elle me dit tu la revois demain. Je dis d'accord. Elle avait une BU positive, un examen clinique qui pour elle était évocateur. Je dis bah qu'est ce que t'attends, elle dit bah j'avais pas l'ECBU, je dis bah tu peux avoir le direct, t'appelle et voilà. Elle avait pas anticipé qu'elle pouvait appeler le laboratoire pour avoir le direct. Et effectivement le direct retrouvait du Coli, ce qui aurait permis d'orienter la patiente plus vite mais au final il y a pas eu de perte de chance, la patiente est allée le soir même aux urg puisqu'elle l'a bien senti. C'est donc bel et bien une pyélo chez une femme enceinte. Mais moi je l'ai pas vue de mes yeux vus.

T : D'accord. Et toi est-ce qu'il y a un cas d'IU qui t'as posé particulièrement de difficulté et dont tu te souviens ?

M : Bah oui c'est que des IU masculines en fait. Situation un peu border line. Je me souviens d'un patient qui présentait des SFU qui revenaient fréquemment. Il avait déjà eu plein d'exams, vu des uro, donc c'est toujours un peu compliqué. T'es médecin de premier recours et tu vois après le 2e recours donc. OK tu revois un peu tout, visiblement il y avait pas d'infection. J'ai revu tous les exams, ils ont été refait plusieurs fois donc je lui dis écoutez « pour moi je ne sais pas ce que c'est. Je pense que l'enjeu c'est de pas s'inquiéter parce qu'on n'a pas d'argument pour une cause grave ». Il semble que c'était vraiment ça qui posait problème au patient quand tu parles avec lui c'était « je veux savoir si c'est grave ou pas ». Et j'ai eu des nouvelles de lui parce que c'était pas un de mes patients, mais ma collègue m'a donné des nouvelles un peu plus tard et ça l'avait beaucoup rassuré mais j'étais pas bien je l'ai revu à 2 reprises pour le réexaminer, je lui ai refait un peu toute la batterie des tests, sachant que ça n'allait rien donner. Je lui ai mis un doigt dans les fesses sachant que ça allait rien donner. Je trouvais que c'était pas ouf, c'était pas de la super médecine de refaire ça encore et encore alors qu'il avait déjà eu plein de trucs. Mais bon ça faisait partie de son propre cheminement il avait besoin de ça, et c'était le moment que quelqu'un lui dise c'est pas grave. En tout cas pour lui ça avait.... Ça avait été un peu compliqué pour moi, j'avais la pression parce que c'était le frère d'une amie, fallait pas que je me ratte. C'était pas agréable pour moi mais lui apparemment il avait été ravi, et ça avait commencé à aller mieux. C'était le moment pour lui d'aller mieux je pense.

T : Qu'est ce qui t'as poussé à faire plus d'examen ?

M : J'ai pas fait plus d'examen, j'ai juste refais un contrôle sur la PCR chlamydia, et voila. Mais ce qui m'a poussé à faire plus c'est que c'était le frère d'une amie.

T : Pourquoi tu dis c'était pas de la super médecine ?

M : Bah parce que je lui refais des examens, je lui remets un doigt dans les fesses, alors qu'il avait déjà eu ca plein de fois. Je trouvais qu'en terme de parcours de soins c'était pas ouf quoi. Mais je l'ai fait parce qu'il fallait que ce soit fait, parce qu'il avait plus de suivi. Son MT il avait pas trop confiance en lui, donc c'était soit ca soit rien. Et le fait de continuer avec ces troubles, je voyais pas quel autre choix je pouvais faire. Masi ca participait aussi beaucoup que j'avais très peur de me viander et que sa sœur me dise t'es vraiment un trou du cul.

T : OK. Est-ce qu'il y a un élément que tu veux ajouter à l'entretien ?

M : Non ca va.

T : Bien, merci beaucoup pour ton temps.

## Annexe 2

### Guide d'entretien initial

#### INTRODUCTION

Bonjour,

Tout d'abord je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps. Comme vous le savez, je réalise un travail de recherche sur les problématiques rencontrées en médecine générale lors de consultations ayant pour motif les infections urinaires. Pour cela, nous réalisons des entretiens individuels d'environ 45 minutes afin de recueillir votre ressenti sur ces consultations, et identifier les différents problèmes auxquels vous pouvez être confronté sur le plan diagnostic et thérapeutique.

Cet entretien est réalisé dans le strict respect de l'anonymat et sera enregistré avec votre accord.

Etes-vous d'accord pour cet enregistrement ?

[Mettre en route le magnétophone]

Notre entretien durera environ quarante-cinq minutes, si vous êtes d'accord. Les résultats globaux de cette enquête vous seront communiqués dès qu'ils seront disponibles, si vous le souhaitez. Avez-vous des questions avant que nous commençons ?

#### INFORMATIONS SUR LE PRATICIEN

Nous allons commencer par quelques questions succinctes vous concernant.

Quel âge avez-vous ?

Depuis combien de temps exercez-vous comme médecin généraliste ?

Depuis combien de temps pratiquez-vous dans votre lieu d'exercice actuel ?

Accueillez-vous des étudiants en médecine en tant que MSU ?

Quelles sont vos sources d'information ou de formation concernant les infections urinaires depuis 2015 ?

#### ENTRETIEN

THÈME GÉNÉRAL ABORDÉ	QUESTION PRINCIPALE	QUESTIONS DE RELANCE
Difficultés diagnostiques	Pouvez-vous me parler des difficultés auxquelles vous êtes confrontés en pratique pour poser un diagnostic d'IU (quel qu'en soit le type) chez un patient ?	- Chez l'homme ? - Chez la femme ? Enceinte ? - Chez l'enfant ou le nourrisson ? - Chez la personne âgée ?

Leviers pour contourner les difficultés diagnostiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous me racontez comment dans votre pratique, vous faites pour surmonter ces difficultés ?</li> <li>- Quels outils pourraient être mis à votre disposition pour vous aider ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous referez-vous à la nosologie des dernières recommandations (celles de la SPILF) ? Avez-vous eu des informations ou formations concernant les IU récemment ? Pouvez-vous me préciser lesquelles et si vous avez pu en retirer des messages importants pour votre pratique ?</li> <li>- Avez-vous recours à des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?</li> </ul>
Difficultés thérapeutiques	Pouvez-vous me parler des difficultés auxquelles vous êtes confrontés en pratique dans le traitement d'une IU chez un patient ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liées aux habitudes de prescription ?</li> <li>- Liées aux recommandations de prescription ? à leurs modifications ?</li> <li>- Sans examen complémentaire réalisé ?</li> <li>- En cas d'examen complémentaire non contributif ?</li> <li>- En cas d'examen complémentaire en décalage avec les éléments cliniques ?</li> <li>- En cas de découverte de BMR ?</li> </ul>
Leviers pour contourner les difficultés thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous me raconter comment dans votre pratique, vous faites pour surmonter ces difficultés ?</li> <li>- Quels outils pourraient être mis à votre disposition pour vous aider ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous referez-vous aux dernières recommandations (de la SPILF) ? Est-ce adapté pour vous ?</li> <li>- Avez-vous recours à un outil d'aide à la prescription ?</li> <li>- Avez-vous recours à des avis spécialisés ?</li> </ul>
Difficultés liées à la nécessité de décision médicale partagée	Pouvez-vous me parler des difficultés auxquelles vous êtes confrontés en pratique concernant les demandes des patients dans la prise en charge des IU ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vis à vis des représentations des patients quant au diagnostic ?</li> <li>- Vis-à-vis de leurs attentes et habitudes en termes de traitement ?</li> <li>- Vis-à-vis de leur adhésion et de leur observance supposée ?</li> <li>- Vis à vis des MHD de prévention des récurrences à mettre en œuvre ?</li> </ul>
Leviers pour arriver à une décision médicale partagée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous me raconter comment dans votre pratique vous faites pour surmonter ces difficultés ?</li> <li>- Quels outils pourraient être mis à votre disposition pour vous aider ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relatifs aux mécanismes physiologiques conduisant aux IU ?</li> <li>- Relatifs à l'utilisation des résultats d'examens complémentaires comme appui du discours ?</li> <li>- Relatifs aux explications des risques liés à un traitement inadapté ?</li> <li>- Relatifs aux arguments d'autorité ?</li> </ul>
Difficultés liées au parcours de soins	Pouvez-vous me parler des difficultés auxquelles vous êtes confrontés en pratique avec l'accès aux soins (matériels et humains) pour les patients ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès aux examens ou spécialistes aux heures non ouvrables, les WE, et fériés ?</li> <li>- Utilisation des BU</li> <li>- Faisabilité pour le patient (nourrisson, personnes en incapacité physique ou mentale) ?</li> </ul>

Leviers pour contourner les difficultés de parcours de soins	- Pouvez-vous me raconter comment dans votre pratique vous faites pour surmonter ces difficultés ? - Quels outils pourraient être mis à votre disposition pour vous aider ?	- Rassurer sur le caractère non urgent pour faire patienter ? - Mise en place d'un traitement d'attente ? - Renoncement à utiliser certains outils du parcours de soins ?
<u>Thème optionnel</u> : Discussion autour d'un cas	Vous souvenez-vous d'une consultation dont le motif était une infection urinaire, et qui vous a posé des difficultés ? <i>[Demander s'il est d'accord pour sortir le dossier pour l'avoir devant les yeux]</i> Pourriez-vous me raconter cette consultation ?	- Vous souvenez-vous d'une difficulté diagnostic ? - Vous souvenez-vous d'une difficulté thérapeutique ? - Vous souvenez-vous d'une difficulté pour parvenir à une décision médicale partagée ? - Vous souvenez-vous d'une difficulté relative au parcours de soins ?

## CONCLUSION

Y a-t-il un élément que vous souhaiteriez ajouter ?

Merci pour cet entretien.



## Annexe 3

### Guide d'entretien final

#### INTRODUCTION

[Mettre en route le magnétophone]

Bonjour,

Tout d'abord je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps. Comme vous le savez, je réalise un travail de recherche sur les problématiques rencontrées en médecine générale lors de consultations ayant pour motif les infections urinaires. Pour cela, nous réalisons des entretiens individuels d'environ 45 minutes afin de recueillir votre ressenti sur ces consultations, et identifier les différents problèmes auxquels vous pouvez être confronté sur le plan diagnostic et thérapeutique.

Cet entretien est réalisé dans le strict respect de l'anonymat et sera enregistré avec votre accord. Etes-vous d'accord pour cet enregistrement ?

Notre entretien durera environ quarante-cinq minutes, si vous êtes d'accord. Les résultats globaux de cette enquête vous seront communiqués dès qu'ils seront disponibles, si vous le souhaitez. Avez-vous des questions avant que nous commencions ?

#### INFORMATIONS SUR LE PRATICIEN

Nous allons commencer par quelques questions succinctes vous concernant.

Quel âge avez-vous ?

Depuis combien de temps exercez-vous comme médecin généraliste ?

Depuis combien de temps pratiquez-vous dans votre lieu d'exercice actuel ?

Accueillez-vous des étudiants en médecine en tant que MSU ?

Quelles sont vos sources d'information ou de formation concernant les infections urinaires depuis 2015 ?

#### ENTRETIEN

THÈME GÉNÉRAL ABORDÉ	QUESTION PRINCIPALE	QUESTIONS DE RELANCE
Difficultés pour établir le <b>diagnostic de cystite</b>	Pouvez-vous me parler des difficultés auxquelles vous êtes confrontés en pratique pour poser un diagnostic de cystite chez un patient ?	- Liées à la présentation clinique (à risque, récidivante, autre nosologie) ? - Liées à l'utilisation d'examens complémentaires ?

Difficultés pour instaurer un <b>traitement des cystites</b>	Pouvez-vous me parler des difficultés auxquelles vous êtes confrontés en pratique dans le traitement d'une cystite chez un patient ?	- Liées au choix du traitement ? - Liées à une éventuelle discordance entre la clinique et les examens complémentaires ?
Difficultés pour établir le <b>diagnostic de pyélonéphrite</b>	Pouvez-vous me parler des difficultés auxquelles vous êtes confrontés en pratique pour poser un diagnostic de pyélonéphrite chez un patient ?	- Liées à la présentation clinique (nosologie nouvelle, tableau intermédiaire) ? - Liées à l'utilisation d'examens complémentaires ou des avis spécialisés ?
Difficultés pour instaurer un <b>traitement des pyélonéphrites</b>	Pouvez-vous me parler des difficultés auxquelles vous êtes confrontés en pratique dans le traitement d'une pyélonéphrite chez un patient ?	- Liées au choix du traitement (cas de BMR) ? - Liées à une éventuelle discordance entre la clinique et les examens complémentaires ?
Difficultés liées à la <b>décision médicale partagée</b>	Pouvez-vous me parler des difficultés auxquelles vous êtes confrontés en pratique concernant les demandes des patients dans la prise en charge des IU ?	- Liées à leurs représentations quant à la maladie ou aux traitements ? - Liées à leurs attentes et habitudes en termes d'examens et de traitements ? - Liées à leur adhésion et leur observance ? - Liées à l'éducation aux mesures de prévention des récives ?
Difficultés liées au <b>parcours de soins</b>	Pouvez-vous me parler des difficultés auxquelles vous êtes confrontés en pratique concernant l'accès aux soins pour les patients ?	- Liées à l'accès aux examens complémentaires ? - Liées à l'accès aux spécialistes ? - Liées à l'accès aux traitements ? - Liées à l'accès aux services d'urgence ou d'hospitalisation ?
<i>Questions de relance communes à toutes les questions principales :</i>		
- Chez l'homme ? Chez la femme ? Enceinte ? Chez le patient âgé ? Chez l'enfant ? Le nourrisson ? - Pouvez-vous me raconter comment dans votre pratique, vous faites pour surmonter ces difficultés ? - Quels outils pourraient être mis à votre disposition pour vous aider ?		
<u>Thème optionnel</u> : Discussion autour d'un cas	Vous souvenez-vous d'une consultation dont le motif était une infection urinaire, et qui vous a posé des difficultés ? Pourriez-vous me la raconter ?	- Vous souvenez-vous d'une difficulté diagnostic, thérapeutique, liée à la décision médicale partagée, liée au parcours de soins ?

## CONCLUSION

Y a-t-il un élément que vous souhaiteriez ajouter ?

Merci pour cet entretien.

**Résumés & Mots clés**

YEAR : 2020
NAME OF THE AUTHOR : Samuel Guedj
DIRECTORS : Pr. Vincent Renard & Dr. Florence Adeline-Duflot
<p><i>Difficulties encountered by general practitioners in Ile-de-France in the diagnosis and prescriptions relating to urinary tract infections.</i></p> <p>In France, the rate of antimicrobial resistance is increasing. Faced with this, the guidelines for the management of urinary tract infections (UTI) have been modified. In primary care, this poses difficulties which hinder optimal patient management. The objective was to know the nature of the difficulties encountered by general practitioners (GPs) when managing UTIs.</p> <p>It was a qualitative study, carried out in primary care facilities in Ile-de-France. Individual interviews were held with GPs. These interviews were conducted to the extent necessary, then cross-analyzed using the thematic content analysis method.</p> <p>12 GPs were interviewed between March and July 2019. The study of the verbatim made it possible to identify 6 themes: scientific knowledge, characterized situations, diagnostic doubts, doctor/patient relationship, bypass levers, tools envisaged.</p> <p>Cases without specific obstacles did not pose any difficulty in applying the guidelines. Male UTIs cases were a difficulty often encountered by GPs. Recurrent UIs were reported to be difficult to manage. Finally, the intermediate tables resulted in variable therapeutics from one GP to another. The levers used included the use of specialized advice, ER departments, and decision-making aid tools.</p> <p>These results show that despite knowledge of the issues and the desire for quality care, GPs face several difficulties. It would therefore be necessary to get interested in completing the nosological range of UTIs, and developing prescription aid tools.</p>
<p><b>KEYWORDS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- General practice</li> <li>- Qualitative research</li> <li>- Urinary tract infections</li> <li>- Primary health care</li> <li>- Drug resistance, microbial</li> </ul>
ADRESS OF THE UFR : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX

ANNEE : 2020
NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : Samuel Guedj
DIRECTEURS DE THESE : Pr. Vincent Renard & Dr. Florence Adeline-Duflot
<p><i>Difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Ile-de-France dans le diagnostic et les prescriptions relatives aux infections urinaires.</i></p> <p>En France, le taux d'antibiorésistance augmente. Face à cela, les recommandations pour la prise en charge des infections urinaires (IU) ont été modifiées. En contexte de soins premiers, cela pose des difficultés qui font obstacle à une prise en charge optimale du patient. L'objectif était de connaître la nature des difficultés rencontrées par les médecins généralistes (MG) lors de la prise en charge des IU.</p> <p>Il s'agissait d'une étude qualitative, réalisée dans des structures de soins premiers en Ile-de-France. Des entretiens individuels ont eu lieu auprès de MG. Ces entretiens ont été menés jusqu'à saturation, puis analysés de façon croisée selon la méthode d'analyse thématique du contenu.</p> <p>12 MG ont été interrogés entre mars et juillet 2019. L'étude du verbatim a permis de dégager 6 thèmes : savoir scientifique, situations caractérisées, incertitudes diagnostiques, relation médecin/patient, leviers de contournement, outils envisagés.</p> <p>Les situations sans obstacle spécifique, ne posaient pas de difficulté pour appliquer les référentiels. Les tableaux d'IU masculines étaient une difficulté souvent rencontrée par les MG. Les IU à répétition étaient rapportées comme difficiles à prendre en charge. Enfin, les tableaux intermédiaires, entraînaient des prises en charge variables d'un MG à l'autre. Les leviers utilisés incluaient le recours à un avis spécialisé, aux SAU, ou à des outils d'aide à la décision.</p> <p>Ces résultats montrent que malgré une connaissance des enjeux et la volonté d'une prise en charge de qualité, les MG sont confrontés à plusieurs difficultés. Il faudrait donc s'intéresser à compléter l'éventail nosologique des IU, et développer les outils d'aide à la prescription.</p>
<p>MOTS-CLÉS :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Médecine générale</li><li>- Recherche qualitative</li><li>- Infections urinaires</li><li>- Soins premiers</li><li>- Résistance microbienne aux médicaments</li></ul>
ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX