



HAL
open science

Désescalade thérapeutique dans les infections urinaires de la femme en médecine générale : comment y parvenir ?

Merwane Khennouf

► To cite this version:

Merwane Khennouf. Désescalade thérapeutique dans les infections urinaires de la femme en médecine générale : comment y parvenir ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03522621

HAL Id: dumas-03522621

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03522621v1>

Submitted on 12 Jan 2022

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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Merwane Khennouf

Le 03/06/2021

TITRE

Désescalade thérapeutique dans les infections urinaires de la femme en
médecine générale : comment y parvenir ?

Directrice de thèse : Madame le Docteur EDEN Aurélia

JURY

Président :
Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT
Assesseurs :
Monsieur le Professeur Vincent LE MOING
Monsieur le Docteur Philippe SERAYET
Madame le Docteur Aurélia EDEN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORiot Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELLISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emerites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry

MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :
LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERCKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A Aurélia, pour ton aide précieuse tout au long de ce projet, pour ton accueil chaleureux, pour ta bonne humeur et ta bienveillance.

A Matthieu, pour tes conseils avisés et ton humour, et pour la photo de René Coty qui m'a porté bonheur jusque-là. Merci à toute l'équipe du SMIT pour ce super semestre.

Au professeur Lambert pour avoir accepté de présider mon jury.

Au professeur Le Moing et au docteur Serayet pour avoir accepté de juger ce travail.

A ma mère, pour m'avoir toujours soutenu envers et contre tout, pour avoir toujours cru en moi, et pour m'avoir appris l'empathie et la bienveillance dès mon plus jeune âge.

A mon père, pour m'avoir poussé à ne jamais abandonner et à toujours faire de mon mieux, pour tous les bons moments passés au foot, au ski, à la mer...

Merci à vous, pour toutes ces valeurs qui m'accompagneront toujours dans mon exercice de la médecine et dans la vie.

A mon frère, pour nous avoir supporté, mes jouets et moi, pour toutes les choses que tu m'as fait découvrir.

A ma sœur, à Adam et à Noam, pour tout le bonheur et l'amour que vous apportez à nos parents

A Clara, qui me soutient, me supporte et me fait rire depuis tant d'années. Merci de m'avoir fait découvrir le plaisir (ou l'addiction) des voyages et de la bonne cuisine. Merci d'être là quoi qu'il arrive.

A Pierre Aulagnier, pour toute la déconne de nos années d'externat, pour ton écoute quand elle était nécessaire, pour ta fiabilité à toute épreuve, pour ton sens du partage et ta bienveillance.

A Lukoil, pour les soirées de révision qui commençait à minuit après une session de Call of Duty, pour toutes les activités que tu aimes partager ; l'escalade, le bivouac, le parapente... Pour Grenade, Amsterdam, Barcelone !

Et bien sûr à Jenny et Sophie qui supportent les deux ours que vous êtes, sans oublier tous les équipiers que vous m'avez fait rencontrer (Rouquin, Dolmaz, Lucien...)

A Hugo (le grôle), pour toutes les absurdités qu'on a pu dire (environ 90% de ce qu'on s'est raconté en 12 ans) et pour ce super semestre à habiter ensemble

A Matjam et Guigui, pour ces deux années qui auront été (paradoxalement) parmi les meilleures, et pour toutes les fois où vous êtes revenus à Saint Etienne pour faire perdurer notre amitié

A Ben, pour avoir été là pour de grands moments de rigolade depuis la seconde. Maintenant que j'en ai fini avec les études, on va pouvoir se remettre au projet « The Baker's ». A Johanna, pour tous les moments festifs qu'on aura passé tous les trois

A Sarah Boubou, pour notre début d'externat, pour tes points de vue avant-gardistes de l'époque, pour ta bonté et ta bienveillance

A Uni Depp, pour les 25 personnes que tu as ramenées chez moi après notre 1^e rencontre, pour les poulets rôtis, pour les enchainements de 4 jours sans bouger du canapé et pour toutes les soirées et bons moments qui auront suivi à Montpellier

A JB, pour m'avoir appris les rudiments de la glisse et de la bonne cuisson de la viande. Merci pour ta bienveillance, pour toutes ces soirées passées ensemble et pour les sessions au ski hors du temps avec Rieg, Marine, Greg, Thoum...

A Inès, pour ta personnalité si reposante, merci à toi et toute ta famille pour nous avoir accueilli si souvent et de si bonne manière

A Côme, parce que toi et moi, on pourra vraiment dire qu'on a sorti la tête de l'eau ! Pour ton humour à toute épreuve et tes romans plus poignants les uns que les autres

A Pauline, pour ce superbe week-end que vous nous avez organisé avec Jean-Charles, pour tous les week-ends avec les autres, pour ta disponibilité quand j'ai besoin d'aide avec mes patients

A Sara Taiar, pour nos premiers pas à l'externat, pour le ranibroyeur, pour le cuir, pour tous nos délires.

A Marc, pour tes histoires plus dingues les unes que les autres, pour tous les bons moments à l'externat, pour être venu aussi souvent nous voir, et pour les vacances au top à Giordano.

A Mag, parce que tu seras toujours ma fillotte et que j'adore ta crinière.

A la Duf, pour les sessions bancs à Anatole France, à me raconter les trucs les plus hard que j'ai entendu de ma vie, pour les années P1 et pour la rouste au squash.

A Karim pour le poulet de la place Carnot du dimanche matin, pour les révisions en D4 qui m'auront permis de rattraper pas mal de lacunes

A Marlène, pour avoir fait si souvent l'effort de venir nous voir avec ta bonne humeur et pour tous les collègues d'externat avec qui j'ai partagé de super moments : Char Leclerc, Julie Boulet, Willem... Et pour tous ceux que j'ai oublié !

A Mamine Belhancelle, pour ton habileté à magner le verbe, pour les bottes pleines de merde sur tes Airmax toutes neuves, pour cette « phrase » qu'on ne t'avait jamais dite...

A Le Gouèze, pour ta générosité, pour les afters chez Rodriguez, parce que je sais que je pourrai toujours compter sur toi et inversement, parce que tu sais être à la fois être apaisant et débrancher le cerveau quand il le faut

A Chaumette, l'armure mobile, parce qu'en te connaissant, on pourrait presque inventer l'expression « une main de velours dans un gant de fer ».

A Fat, Paco et Battle, les trois collaborateurs du kiff, avec qui les vacances sont toujours chargées de délires et de grands « n'importe quoi »

A Justine, parce que JAMAIS T'ARRETERAS LA TEUF !

A Momo et Sich, pour tous les super moments qu'on passe tous les quatre, pour votre bonne humeur et parce que vous faites une magnifique paire

A Anne-Laure, pour m'avoir accueilli quand j'ai malencontreusement fini à la rue, pour tous les bons soins que tu prodigues à mes jambes de trentenaire, pour ta motivation sans limite

A Joubi, pour le second souffle festif que tu nous as apporté, pour tes têtes et attitudes bizarres qui n'ont rien à envier aux miennes !

Sans oublier Olaïve, Aurélie, Lulu, Candice, Thomas, Louna, Céline, Julie, Marine... Avec qui on aura vraiment passer des week-ends et des vacances exceptionnels.

A toute l'équipe du premier semestre à Nîmes, particulièrement à Ludo qui m'a accueilli pour les améliorés, malgré le désagrément causé... Pas merci à Ugo De Chamard De Champignol et Bastien pour m'avoir abandonné systématiquement le vendredi matin. A celui qui se sera toujours cassé à cause de la musique (Filiass), à celui qui serait bien resté mais qui avait des responsabilités (Delbaere), à celui qui aurait pu réveiller tout l'hôpital avec son rire (Odonat) et à celui dont la pensée est impénétrable comme les voies du seigneur (Gaby). Et merci à tous pour ce super premier semestre (Mat Rojo, Aude, Manon, Caro, Carole, Péné, Marion, Marine, Yoav, Anne So...).

A Anouch pour le placard... Après ça j'ai tout de suite su qu'on allait s'entendre !

A mes cointernes de Neurologie, Perrine, Pauline, Rosa, Hélène, Clara et Guillaume, qui m'auront accompagné et soutenu pour mon début d'internat.

A Elodie, pour les soirées du deuxième semestre qui se finissait chez le Grôle, pour toutes nos discussions interminables et pour ce magnifique séjour à Mayotte.

A Saratoni, pour les 6 mois de colocation au cours desquels on s'est entendu à merveille, pour toutes les frasques qui t'ont valu le surnom de « la grôle » et pour ton aide précieuse

A Youss, parce que tu es un gros nounours toujours présent pour les copains, et que toi aussi tu m'as beaucoup aidé pour ce travail et ; à Julie, parce que tous les deux vous formez un couple indestructible

A Chériet, pour les baux sombres et les « eeh » que tu prononces à chaque fois que tu vas prendre la parole, pour toutes les choses qui font de toi un homme déviant mais bon

A Cassandre, pour avoir dépassé plus d'une fois les limites du sommeil, pour ton sens de la fête et pour tes beaux projets de rendre le monde moins injuste

Au Kmeul, pour tes histoires de Mc Khennouf avec des frites, pour le courage dont tu as fait preuve quand il s'agissait de s'enfiler une rose des sables en sortie d'hospitalisation

A Olivia, pour ton humour noir et tordant, à Alice, pour ton sourire et ta bonne humeur permanente, A Mathilde, pour tous les moments de soirée qu'on aura partagé par hasard

A tous mes cointernes (Arni, Juliette, Essia, Marion, Emilie(s), Estelle, Will...) et chefs de la Pédiatrie de Nîmes, pour la bonne ambiance durant 6 mois. Petite pensée pour Anahi le Bouko-Levy (j'espère que tu finiras par trouver ce que c'est « olivier »)

A Aude, Leyla, Sophie, Julie, Annelise, Quentin et Pierre pour m'avoir permis de conclure cet internat aussi bien que je l'avais commencé, avec du rire et de la bonne humeur.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSM – Agence nationale de la santé et du médicament

CMI – Concentration minimale inhibitrice

DFG – Débit de filtration glomérulaire

EBLSE – Escherichia Coli sécréteur de Bétalactamase à spectre étendu

ECBU – Examen cytbactériologique des urines

EHPAD – Etablissement d’hébergement pour personne âgée dépendante

FDR – Facteur de risque

FMC – Formation médicale continue

INSERM – Institut nationale de la santé et de la recherche médicale

IU – Infection urinaire

PNA – Pyélonéphrite aigue

qSOFA – Quick Sequential Organ Failure Assessment

SPILF – Société de pathologie infectieuse de langue française

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	9
LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION.....	14
1. Définitions	14
2. Historique et principaux mécanismes	14
3. Contexte actuel	15
4. Infections urinaires de la femme : écologie, présentations cliniques et recommandations	16
5. Problématique	19
MATERIEL ET METHODE	19
1. Choix de la méthode	19
2. Recrutement des participants	19
3. Déroulement des entretiens	20
4. Analyse des données	20
RESULTATS	21
1. Caractéristiques des médecins interviewés (annexe 2)	21
2. Pratique et perception de la désescalade thérapeutique (annexe 3)	21
3. Formation médicale (Annexe 4)	25
4. Déterminants inhérents au patient (Annexe 5)	26
5. Logistique (Annexe 6)	27
DISCUSSION	29
1. Forces et limites de l'étude	29
2. Discussion des principaux résultats	30
CONCLUSION	33
Références bibliographiques	34
Annexe 1. Guide d'entretien	37
Annexe 2. Caractéristiques des médecins interviewés.....	38
Annexe 3. Axe de la perception et de la pratique de la désescalade	39
Annexe 4. Axe de la formation médicale.....	40
Annexe 5. Axe du patient.....	40
Annexe 6. Axe de la logistique	41
Entretiens.....	42
Serment d'Hippocrate	89

INTRODUCTION

1. Définitions

La désescalade thérapeutique, en maladie infectieuse, est une stratégie qui consiste à passer d'un traitement antibiotique empirique, à plus ou moins large spectre selon le contexte, et à le remplacer par un traitement à spectre plus étroit après réévaluation et obtention des résultats des prélèvements microbiologiques (1) (2).

Elle est l'un des moyens de lutte contre l'antibiorésistance, problème de santé publique majeur, en cause dans 700000 décès dans le monde dont 25000 en Europe selon l'INSERM (3).

Il existe plusieurs façons de la définir :

- En thérapeutique, une souche bactérienne est dite « résistante » lorsque la concentration d'antibiotique qu'elle est capable de supporter est notablement plus élevée que la concentration atteignable in vivo.
- En épidémiologie, une souche bactérienne est dite « résistante » lorsqu'elle supporte une concentration d'antibiotique, notablement plus élevée que celle qui inhibe le développement de la majorité des autres souches de la même espèce
- En génétique, une bactérie est dite « résistante » quand elle héberge des gènes codant pour cette résistance, ce qui se traduit comme un changement dans le code génétique du microorganisme, codant ainsi un gène altéré.
- En clinique, une bactérie est dite « résistante » quand elle échappe à l'action de l'antibiotique supposé actif, prescrit au malade, ce qui se manifeste par un échec clinique relatif ou absolu de l'antibiothérapie. Dans la majorité des infections, un échec clinique se traduit par l'absence d'amélioration (fièvre, état général, etc.) après environ 72 heures de traitement antibiotique (4).

2. Historique et principaux mécanismes

Le développement de l'antibiothérapie dans les années 1940 a permis une réduction significative de la mortalité liée aux maladies infectieuses. Toutefois, dès 1950, les premières résistances à la pénicilline sont apparues, suivies par les résistances aux céphalosporines de première génération en 1970 et par les résistances aux céphalosporines de troisième génération en 1990 (5).

En génétique, on peut retrouver trois principaux types de résistance :

- La résistance naturelle, stable, transmise à la descendance (transmission verticale), non transmise d'une bactérie à l'autre.
- La mutation chromosomique spontanée, évolution verticale, qui ne touche qu'une seule famille d'antibiotique, et représente 10 à 20% des bactéries.
- L'acquisition de gènes de résistance par un autre organisme, évolution horizontale, principalement par conjugaison après un contact cellulaire étroit, ayant pour résultante le transfert de matériel génétique d'une bactérie donatrice vers une bactérie réceptrice (potentiellement invasive) (5) (6).

Dans une population donnée, l'exposition à un antibiotique favorise la survie des bactéries qui lui sont résistantes. On appelle ce phénomène la pression de sélection, elle-même responsable de l'émergence de résistances (5).

Cette pression de sélection s'exerce en grande partie sur le microbiote intestinal. De nombreuses études ont donc été réalisées afin d'étudier les effets de l'utilisation des

antibiotiques sur celui-ci. A court terme, on retrouve une modification de la diversité bactérienne allant jusqu'à 25% pour les fluoroquinolones et les bêtalactamines (7). A long terme, la perturbation du microbiote peut perdurer jusqu'à 2 ans après exposition (8)(9).

Une méta-analyse parue en 2010 montre une association établie entre la prescription d'antibiotique et la résistance antibiotique sur plusieurs sites, incluant les flores urinaires et respiratoires, avec un effet majeur jusqu'à un mois, mais également une persistance jusqu'à 12 mois après le traitement (10).

Parmi les facteurs influençant l'impact des antibiotiques sur les flores commensales bactériennes, on retrouve notamment la classe de l'antibiotique, le dosage, la durée du traitement et la voie d'administration (6).

Compte tenu des données précédemment énoncées et de l'évolution des résistances, l'ANSM a établi en 2013 une liste de médicaments particulièrement générateurs de résistance et dont l'utilisation doit être limitée au maximum, en rappelant que tous les antibiotiques sont dits « sélectionnants ». Parmi ces antibiotiques, on constate notamment la présence de médicaments à usage de ville :

- Les fluoroquinolones constituent une classe à épargner, car l'émergence de résistance risque de compromettre le bénéfice d'une classe à la fois bactéricide et de commodité d'utilisation.
- Les céphalosporines de troisième génération, particulièrement pour les formes orales très pourvoyeuses de résistance au niveau de la flore digestive.
- L'amoxicilline-acide clavulanique en raison de son activité anti anaérobie à risque de sélection (notamment pour les entérocoques résistants à la vancomycine) (11)(12).

Comme nous le verrons plus tard, ces trois médicaments/classes de médicament font partie de la stratégie thérapeutique des infections urinaires, et font l'objet de recommandations spécifiques visant à les épargner.

3. Contexte actuel

Aujourd'hui, en santé humaine, 93 % des antibiotiques sont dispensés en médecine de ville (dont 15% sur prescriptions d'origine hospitalière) et 7 % en établissements de santé. On note toutefois une baisse de 18% de 2009 à 2019 en secteur de ville lorsqu'elle est exprimée en nombre de prescriptions (13).

Parmi les différents champs de prescription, 67% concernent les affections ORL et respiratoires et 15% concernent les infections urinaires (14).

Les déterminants de cette prescription importante d'antibiotique ont été étudiés à plusieurs reprises et plus particulièrement en 2017, dans la région d'Annecy, par une approche qualitative. Le caractère multifactoriel de la démarche de prescription est mis en évidence, qu'il s'agisse de déterminants liés au médecin, au patient ou à la relation entre les deux (15).

La prescription d'antibiotique dans l'infection urinaire, en dehors des cystites simples de la femme, repose quant à elle sur l'examen cytot bactériologique des urines (ECBU) qui est un moyen d'affirmer formellement la nécessité d'une antibiothérapie et d'évaluer l'efficacité du traitement sur la bactérie en cause.

Par sa fréquence et par l'existence de moyens fiables pour objectiver le diagnostic, l'étude plus approfondie de la prescription antibiotique dans les infections urinaires semble

pertinente pour en comprendre les mécanismes et promouvoir la lutte contre la surconsommation et l'antibiorésistance.

4. Infections urinaires de la femme : écologie, présentations cliniques et recommandations

Toute présentation clinique confondue, *E. coli* est la bactérie la plus fréquemment rencontrée (70-95%) dans les infections urinaires (IU) communautaires. Elle est suivie par les autres entérobactéries dans 10-25% des cas en fonction du tableau clinique (principalement *Proteus spp.* et *Klebsiella spp.*). *Staphylococcus saprophyticus* est presque exclusivement responsable de cystites ; il représente 1 à 7 % des cas en France selon les études (16) (17).

Les dernières recommandations de 2015 de la SPILF comprenaient trois notions importantes visant à diminuer la pression de sélection des germes résistants dans le traitement des infections urinaires :

- La probabilité de résistance d'*E. coli* : on admet un risque inférieur ou égal à 10% pour le traitement probabiliste des PNA ou des cystites à risque de complication, inférieur ou égal à 20% pour les cystites simples (du fait du faible risque d'évolution vers une PNA)
- Une antibiothérapie différée chaque fois que possible, et adaptée immédiatement à l'antibiogramme dans les cystites à risque de complication ou récidivantes
- La désescalade thérapeutique après obtention d'un antibiogramme afin de diminuer l'exposition aux molécules large spectre, principalement vers l'amoxicilline, pour les PNA et les cystites à risque de complication (16).

Au vu de l'évolution rapide de l'écologie bactérienne, les recommandations concernant la prise en charge des infections urinaires ont été actualisées en 2018 par une équipe pluridisciplinaire Franco-Suisse, sous la supervision de la SPILF (18).

On distingue plusieurs formes d'infections urinaires chez la femme :

1/ Cystite simple

Elle se définit comme la survenue de signes fonctionnels urinaires sans signes généraux associés, avec moins de 4 épisodes par an. La stratégie thérapeutique se résume à la réalisation d'une bandelette urinaire avec traitement probabiliste en cas de positivité.

Un traitement probabiliste par Fosfomycine-Trométamol en dose unique en 1^e intention ou Pivmécillinam pendant 5 jours est indiqué. Il n'est pas nécessaire de réaliser un ECBU dans la majorité des cas, la désescalade thérapeutique ne trouve pas sa place pour ce type d'infection.

En cas de persistance des symptômes ou de mauvaise tolérance de ces traitements, un ECBU doit être réalisé et le traitement antibiotique doit être différé et entrepris après réception de l'antibiogramme.

La nitrofurantoïne ne trouve pas sa place dans cette prise en charge du fait de la toxicité rare mais grave de ce médicament qui rend son utilisation discutable dans le cadre d'une cystite simple.

2/ Cystite à risque de complication

Elle répond aux mêmes caractéristiques cliniques, associées à la présence d'au moins un facteur de risque de complication suivant :

- Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, quelle qu'elle soit (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte récent...)
- Sexe masculin, du fait de la fréquence des anomalies anatomiques ou fonctionnelles sous-jacentes
- Grossesse
- Sujet âgé : patient de plus de 65 ans avec plus de 3 critères de fragilité (*critères de Fried : perte de poids involontaire au cours de la dernière année, vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse/fatigue, activité physique réduite*), ou patient de plus de 75 ans.
- Immunodépression grave (traitement par immunomodulateur, cirrhose, transplantation...)
- Insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30 ml/min).

Un ECBU doit être systématiquement réalisé dans ce contexte, en différant aussi souvent que possible l'antibiothérapie. En cas de symptomatologie bruyante, il existe 2 alternatives thérapeutiques :

- La nitrofurantoïne (Sauf si DFG < 40) au vu du faible risque de résistance et de son efficacité contre les EBLSE (E.coli sécréteur de bêtalactamase à spectre étendu)
- Le fosfomycine-trométamol, actuellement utilisé en 3 doses à 48h d'intervalle, hors AMM du fait du manque de données validées à ce sujet.

Le Céfixime et les fluoroquinolones ne sont à ce jour plus recommandés depuis 2018 en raison de leur impact écologique (à noter leur présence dans les recommandations de 2015).

Après réception de l'antibiogramme, il convient de choisir la molécule à l'efficacité la mieux démontrée et à la pression de sélection la plus faible possible :

- 1^e choix : Amoxicilline
- 2^e choix : Pivmécillinam
- 3^e choix : Nitrofurantoïne
- 4^e choix : Fosfomycine trométamol
- 5^e choix : Triméthoprim

Même en cas d'introduction d'une antibiothérapie probabiliste, une désescalade doit être entreprise, notamment du fait du risque rare mais grave d'effets indésirables sous nitrofurantoïne.

3/ Cystites récidivantes (>4 épisodes par an)

Il existe deux tableaux :

- Cystites récidivantes sans FDR de complication : nécessité de bilan à la recherche de facteur favorisants
- Cystites récidivantes avec FDR de complication : ECBU indiquée, traitement relevant d'une concertation multidisciplinaire

4/ Pyélonéphrite aigue

Avant toute prise en charge, il convient de rechercher :

- Une grossesse : la pyélonéphrite gravidique indique une hospitalisation et sort donc du cadre de la médecine ambulatoire
- Une PNA grave : définie par un score qSOFA supérieur ou égal à 2 (19), la survenue d'un choc septique ou la nécessité d'un geste urologique (pose de sonde JJ par exemple). Requiert une hospitalisation urgente
- Le sexe masculin, qui définit l'IU masculine

La présence des facteurs de gravité définis précédemment nous oriente sur :

- Pyélonéphrite aigue non grave sans FDR de complication :
 - o Antibiothérapie probabiliste systématique après ECBU : Ciprofloxacine ou Lévofloxacine en 1^e intention, 7 jours au total en l'absence de relais, 10 jours si relais
 - o En cas d'exposition dans les 6 mois précédents aux fluoroquinolones, un traitement par Céphalosporine de troisième génération parentérale est indiqué au vu du risque accru de résistance dans ce contexte (20)
 - o Pas de bilan complémentaire si premier épisode, échographie ou uroscanner sans urgence
- Pyélonéphrite aigue non grave avec FDR de complication (comme énoncé pour les cystites à risque de complication)
 - o Antibiothérapie probabiliste systématique après ECBU: Ceftriaxone/Céfotaxime en première intention, 10 à 14 jours de traitement en fonction de l'évolution (Ciprofloxacine ou Lévofloxacine possibles en 2^e intention si pas d'exposition dans les 6 mois précédents) (20)
 - o Bilan à prescrire : Uroscanner dans les 24h, hémocultures, bilan sanguin
- Désescalade thérapeutique à envisager **uniquement en cas d'évolution clinique favorable à 48-72h**, adaptée à l'antibiogramme selon le schéma suivant (durée à adapter en fonction de la présence ou non de FDR de complication) :
 - o 1^e intention : Amoxicilline
 - o 2^e intention : discuter un traitement par Amoxicilline/Acide clavulanique, fluoroquinolones, céfixime ou cotrimoxazole
 - o Dans le cas d'une infection à E.coli BLSE : d'abord Lévofloxacine/ciprofloxacine ou Cotrimoxazole en premier choix, puis Amoxicilline/Acide clavulanique en second choix. En cas de résistance à ces molécules, les lignes de traitement suivantes relèvent de la prescription spécialisée.

Les bactériuries asymptomatiques et les infections urinaires masculines font également l'objet de recommandations que nous ne traiterons pas dans cette introduction.

En fonction du tableau clinique et des antécédents du patient, nous aurons donc pu constater à quel point les recommandations actuelles sont à la fois codifiées et complexes. La désescalade thérapeutique trouve sa place dans les tableaux de cystite à risque de complication, en l'absence de possibilité de différer l'antibiothérapie, et dans tout type de PNA.

5. Problématique

Les données précédemment énoncées expliquent l'intérêt et les modalités de désescalade thérapeutique dans les infections urinaires. Mais cette désescalade est-elle fréquemment réalisée ?

Une étude hospitalière réalisée à Poitiers nous montrait en 2017 une absence de désescalade thérapeutique dans environ 50% des cas après introduction d'un traitement par Céphalosporines de troisième génération injectables pour des infections urinaires hautes (21). A l'hôpital Charles Richet à Paris, en service de soin de suite et de réadaptation, 70% des antibiothérapies initialement prescrites pour des infections urinaires n'ont pas fait l'objet de réévaluation (22).

En 2017 à Grenoble, une évaluation de l'antibiothérapie dans les infections urinaires en ville retrouvait, malgré un taux de réévaluation encourageant (66.7% d'antibiothérapie réévaluées à 72h), une modification de l'antibiothérapie inadaptée aux recommandations dans 63.4% des cas après documentation avec une tendance à la poursuite d'un traitement par fluoroquinolone, mené à terme malgré la possibilité de désescalade (23).

En EHPAD, il était noté en 2015 dans la région du Nord Pas de Calais que la réévaluation de prescription à 72h, fréquemment prévue (dans 70% des cas), était considérée principalement sous l'angle de la sensibilité à la molécule et de l'évolution clinique, et non à de fin de désescalade (molécule initialement prescrite menée à terme dans 97% des cas, principalement des fluoroquinolones) (24).

Au vu des précédents constats, on peut supposer qu'à ce jour, la désescalade thérapeutique n'est pas optimale dans le secteur ambulatoire. L'objectif de ce travail est d'explorer la perception et la pratique de la désescalade thérapeutique dans les infections urinaires de la femme en médecine générale, et éventuellement d'identifier des moyens pour la promouvoir.

MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthode

Le paradigme compréhensif de cette étude s'intègre dans un registre qualitatif. L'intention, plus descriptive qu'interprétative, nous a conduit à choisir une analyse thématique comme orientation méthodologique (25).

Le recueil de donnée par le biais d'entretiens individuels a permis l'expression des opinions et des pratiques de chaque participant, sans risque d'uniformisation des points de vue (que l'on peut retrouver au cours des entretiens de groupe). Le caractère semi-directif favorise une exploration à la fois personnelle et pertinente vis-à-vis de l'objectif de l'étude.

2. Recrutement des participants

Au vu du caractère fréquent et global de la prise en charge des infections urinaires, nous sommes intéressés à tous les médecins, remplaçants ou installés, exerçant en Occitanie. Le recrutement s'est fait par contact téléphonique direct ou par le biais du secrétariat.

L'échantillonnage a été réfléchi afin de réaliser des entretiens variés sur le plan du sexe, de l'âge, de l'installation ou non, du département principal d'exercice, de la localisation (urbaine, semi-rurale ou rurale) et de l'implication en tant que maître de stage universitaire, et ce, afin de maximiser la diversité des thèmes potentiellement abordés.

Dix-huit médecins ont été contactés, deux n'ont pas répondu au téléphone après trois appels aux heures d'ouverture du cabinet, deux n'ont pas donné suite après sollicitation du secrétariat.

Le nombre d'entretiens nécessaires a été estimé selon deux critères :

- Une diversité suffisamment importante des profils en fonction des caractéristiques décrites ci-dessus
- La saturation des données avec absence d'émergence de thème nouveau au cours de deux entretiens successifs

Le recrutement ainsi que les entretiens ont été réalisés en décembre 2020 et janvier 2021, jusqu'à un total de 14 entretiens, avec saturation des données telle que définie pour cette étude.

3. Déroulement des entretiens

L'expérience en entretien a été acquise par le biais de deux ouvrages dédiés à l'analyse qualitative (25) (26).

Les entretiens ont été menés par l'interne en médecine générale à l'origine du travail de recherche, principalement au cabinet, au cours de journée de consultation (à noter que deux entretiens se sont déroulés au domicile des médecins selon leur souhait). Trois médecins interrogés étaient connus de l'investigateur avant l'étude. Dans 13 cas sur 14, le médecin interrogé était seul face à l'investigateur (présence d'un interne en médecine générale au cours 6^e entretien, à la demande du médecin interrogé).

Un guide d'entretien a été élaboré et testé avec un membre de l'entourage de l'investigateur expérimenté en recherche qualitative (annexe 1). Ce dernier a été enrichi au cours des entretiens afin d'améliorer la pertinence et la fluidité des interventions.

Après, une courte présentation de l'investigateur et de l'objectif de l'étude, un consentement oral était demandé ainsi que des informations relatives au profil du médecin interrogé. L'enregistrement audio de l'intégralité de l'entretien était assuré au moyen d'un dictaphone.

Une retranscription mot à mot était réalisée le jour même par l'interviewer au moyen d'un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word).

4. Analyse des données

L'analyse des verbatims a été conduite par l'investigateur à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo 12 par une approche inductive. Les thèmes ont été identifiés et nommés avec une inférence la plus faible possible, entretien par entretien, associés à leurs verbatims.

Une fois le recueil de thème complété, une première opération de regroupement a été réalisée afin de fusionner les thèmes présentant une similitude importante, tant au niveau de la dénomination que du verbatim. Les thèmes ont par la suite fait l'objet de regroupement en sous-rubrique puis en rubrique afin d'obtenir l'arbre de codage présenté en annexe.

Le protocole d'étude a été mis en place puis vérifié à l'aide de la grille COREQ (Consolidated for Reporting Qualitative Research), outil d'évaluation de la validité en recherche qualitative (27).

RESULTATS

1. Caractéristiques des médecins interviewés (annexe 2)

Les médecins interrogés se sont vus attribuer un code allant de M1 à M14 afin d'assurer leur anonymat. Leurs caractéristiques sont présentées dans l'annexe 2.

Les quatorze médecins recrutés étaient âgés de 30 à 63 ans avec une moyenne d'âge de 45 ans, huit femmes et six hommes.

Parmi eux, quatre médecins exerçaient en tant que remplaçant, quatre étaient installés seuls, deux en cabinet de groupe et quatre en maison de santé pluridisciplinaire.

Quatre d'entre eux étaient maître de stage universitaire.

Les médecins interrogés ont défini leur exercice comme urbain pour six d'entre eux, semi-rural pour quatre d'entre eux et rural pour quatre d'entre eux.

Le lieu d'exercice principal se situait pour six d'entre eux dans l'Hérault, pour quatre d'entre eux dans le Gard, pour deux d'entre eux dans l'Aude et pour deux d'entre eux dans les Pyrénées-Orientales.

La durée moyenne des entretiens était de 17 minutes et 48 secondes avec un minimum de 9 minutes 25 et un maximum de 30 minutes et une seconde.

2. Pratique et perception de la désescalade thérapeutique (annexe 3)

2.1 Perception de l'antibiorésistance

Dans leur grande majorité, les médecins interrogés ont souligné l'importance de la lutte contre l'antibiorésistance et intégrait dans leur pratique une dimension d'épargne des antibiotiques. *« Moi, en tout cas c'est une chose pour laquelle j'ai été sensibilisée depuis longtemps, pendant mes études donc on essaye de prescrire très peu d'antibiotique en tout cas. J'essaye de faire attention » M7.*

Ceci se traduisait par la volonté de moins prescrire d'antibiotique et surtout d'éviter les classes à haut risque de résistance, telle que les céphalosporines de 3^e génération ou les fluoroquinolones. *« J'essaye au maximum de ne pas prescrire des antibiotiques pour lesquels il y a des résistances. J'essaye d'éviter les céphalosporines, les quinolones. » M13 « Donc les quinolones, ça me préoccupe beaucoup. Parce qu'au départ, il y avait la péfloxacin qui était un antibiotique hospitalier qui est devenu commun dans la médecine générale et c'est vrai qu'on a des résistances qui sont apparues et qui sont de plus en plus importantes. » M10*

Il était toutefois mentionné par quatre d'entre eux que bien qu'ayant conscience de la nécessité d'une épargne antibiotique, ils n'avaient jamais ou très peu été confrontés au problème. *« Je n'ai jamais vu dans ma pratique ou ma formation de patient décédé à cause de ce problème. A partir de là, sans nier le problème, il est sûr qu'on est moins sensibilisé. » M1*

Pour deux d'entre eux, il existait un effet délétère à l'épargne antibiotique, notamment en rapport avec le retard de prise en charge. *« Je ne suis pas trop d'accord avec tout ce que l'on voit à la télé. - L'antibiothérapie ce n'est pas systématique-. Parce que curieusement, ce que j'ai remarqué, c'est que je voyais justement des patients avec un retard de prescription d'antibiothérapie » M8.* L'un d'eux mettait également l'accent sur la recrudescence des complications post streptococciques après introduction du test de diagnostic rapide dans les

angines. *« Si je prends l'exemple de l'angine. Je suis le premier à faire des streptotests, si négatif je ne mets pas d'antibiotique. Mais il faut quand même se souvenir d'une chose, c'est que l'antibiothérapie systématique sur les angines a permis de faire disparaître le rhumatisme articulaire post streptococcique qui réapparaît depuis le streptotest. » M12*

Les anciennes pratiques vis-à-vis des prescriptions fréquentes d'antibiotiques étaient évoquées. *« Il faut dire que pendant mes études, on utilisait les antibiotiques à tour de bras. (...) Ce qu'on faisait il y a 30 ans, aujourd'hui c'est devenu aberrant. » M4*

2.2 Prescription d'un ECBU

Puisqu'il est un prérequis nécessaire à la réalisation d'une désescalade thérapeutique, nous nous sommes intéressés au cours des entretiens aux habitudes de prescription de l'ECBU par les médecins.

L'âge était un facteur prépondérant. *« Si elle est âgée ou très jeune en général je fais directement l'ECBU. » M7*

Les facteurs de risque étaient également pris en compte dans la démarche. *« Si c'est une femme jeune sans facteur de risque, je ne fais pas forcément d'ECBU. Après s'il y a un facteur de risque, grossesse, insuffisance rénale... Là je fais l'ECBU. » M11*

La suspicion de pyélonéphrite constituait bien évidemment une indication de choix à la réalisation de l'examen. *« Voilà, ça va être surtout cela, pour les pyélonéphrites bien sûr je prescris un ECBU. » M11*

Deux médecins ont souligné l'intérêt d'un ECBU même dans le cas de cystites simples, en cas de survenue de résistance. L'un d'entre eux avait même pris le parti de réaliser systématiquement cet examen, pour anticiper une éventuelle résistance qui la conduirait à réaliser une deuxième antibiothérapie probabiliste *« J'essaye de faire l'ECBU de manière systématique. Que ce soit une cystite ou une pyélonéphrite, car comme il y a des résistances, si je mets du Monuril et que finalement, c'est résistant, ça m'embête un peu de remettre quelque chose de façon probabiliste sans avoir un ECBU. » M9*

2.3 Traitement probabiliste ou différé ?

Contrairement à la prescription de l'ECBU où l'on retrouvait des pratiques uniformes au fil des entretiens, la décision de traiter de manière probabiliste ou de différer l'antibiothérapie s'est avérée beaucoup plus hétérogène.

Certains notaient l'importance des règles d'hygiène et d'hydratation en cas de cystite simple de la femme jeune, avec une gêne perçue comme modérée par la patiente. *« Quand il y a des signes cliniques modérés, on essaye de ne pas prescrire d'antibiotique d'emblée. On fait boire, on donne des explications, de la canneberge si on peut. » M4*

D'autres avaient intégré à leur pratique la notion de différer une antibiothérapie chaque fois que possible notamment en cas de facteur de risque de complication. *« Après s'il y a des facteurs de risque et que la patiente n'est pas trop gênée, j'aurai tendance à attendre les résultats. » M11*

A l'inverse, les facteurs de risque pouvaient être perçus comme un argument pour la mise en place d'un traitement probabiliste. *« Pour un patient à risque avec des pathologies rénales, on ne se pose pas de question : brûlures mictionnelles, on fait l'ECBU et on prend l'antibiotique. Et après je les revois dans un second temps. » M8*

La fièvre et les douleurs lombaires étaient considérées comme des arguments sans équivoque pour introduire une antibiothérapie probabiliste, tout comme des signes fonctionnels urinaires trop importants. « *Quand il y a une symptomatologie qui est relativement importante avec soit un début de fièvre, soit des brûlures vraiment intenses, on met en route une antibiothérapie.* » M3

L'appréhension d'une éventuelle complication était invoquée par certains médecins partisans d'une prescription probabiliste systématique. « *Moi je traite de manière systématique en probabiliste avant, mais je fais toujours le prélèvement. Par peur d'une complication chez mes patients.* » M14

2.4 Perception de la désescalade thérapeutique par le médecin

2.4.1 Réévaluation axée sur la sensibilité à l'antibiotique prescrit

Dans leur grande majorité, les médecins interrogés réévaluaient systématiquement la prescription antibiotique afin de s'assurer de la sensibilité de l'antibiotique prescrit en probabiliste. « *L'ECBU va me servir à savoir si la bactérie est sensible ou non à l'antibiotique que j'ai prescrit. Pour ne pas prendre de risque.* » M13 « *Mais c'est vrai que souvent, je vais changer l'antibiotique s'il est inefficace mais je ne pense pas que je vais me dire - tiens je peux donner plus simple -.* » M12

Cette réévaluation ne donnait pas forcément lieu à une nouvelle consultation ni à une vérification systématique de l'évolution. « *Je vérifie toujours sur les résultats de l'ECBU si l'antibiotique est sensible. Si c'est le cas, je ne rappelle pas forcément les patients.* » M2

2.4.2 Désescalade entreprise en raison de la galénique et de la tolérance

Dans le cadre de pyélonéphrites, cinq des médecins interrogés privilégiaient la Ceftriaxone en traitement probabiliste, quel que soit le contexte ou la gravité. Le caractère injectable et la gêne occasionnée pour le patient conduisaient le médecin à réévaluer l'antibiogramme après réception et à désescalader vers un traitement oral. « *A ce moment-là on partira plutôt sur de la Rocéphine et on adaptera en fonction de l'antibiogramme puisqu'on ne va pas rester pendant 1 semaine sous piqure de toute façon. On mettra un traitement per os qui sera adapté en fonction de l'antibiogramme.* » M5

Les modalités d'injection et la difficulté pour trouver une infirmière disponible étaient évoquées et encourageaient à une désescalade thérapeutique. « *En revanche, je trouve qu'il y a vraiment un intérêt majeur si l'antibiotique initial est injectable comme la Rocéphine en raison de la difficulté pour trouver l'infirmière à domicile et à cause du fait que ce soit moins confortable pour le patient. Dans ce cas, je demande systématiquement une désescalade.* » M2

A noter toutefois que dans un cas, il était question de modifier le traitement de la Ceftriaxone vers des traitements eux-mêmes pourvoyeurs de résistance. « *Dans le cadre des pyélonéphrites, en général je donne de la Rocéphine pendant 2 jours, et en fonction de l'antibiogramme, je vais donner du Bactrim, ou une quinolone...* » M10

En cas de traitement initial par fluoroquinolone, la survenue d'effets secondaires encourageait à réévaluer l'antibiothérapie et à entreprendre une désescalade thérapeutique. « *C'est vraiment la tolérance. Si le patient me dit qu'il commence à avoir des petites douleurs,*

je change. Après si l'antibiogramme est sensible et que le médicament est bien toléré, je le laisse. » M9

2.4.3 Intérêt restreint de la désescalade thérapeutique dans les cystites sous Monuril/Selexid

Dans le cadre des cystites jugées à risque et nécessitant un ECBU, la prescription d'antibiotique était la même que pour les cystites simples, pour la plupart des médecins interrogés. On retrouvait donc principalement de la Fosfomycine-Trométamol ou du pivmécillinam en probabiliste ; se posait donc la question de désescalader sur un traitement à spectre étroit. *« Si je mets du Selexid et que c'est bien adapté, c'est 5 jours de traitement, on a l'ECBU en 3 jours... Pour 2 jours, je ne vais pas aller changer. » M9*

De même, le Monuril, considéré comme hors AMM sur les cystites à risque de complication, était prescrit en dose unique plutôt qu'en trois doses. *« Souvent je prescris de la Fosfomycine donc forcément il n'y a pas trop de désescalade puisque c'est en prise unique. » M13*

A noter que l'utilisation de la nitrofurantoïne, seul antibiotique possédant une AMM pour le traitement probabiliste des cystites à risque de complication n'a pas été évoquée.

2.4.4 Exposition à un deuxième antibiotique en cas de désescalade

Lorsque l'on abordait l'intérêt de la démarche de désescalade, certains émettaient des réserves quant au bienfait d'une exposition à un deuxième antibiotique. *« Je me suis posé la question... Comme on commence deux jours avec un antibiotique, le fait de changer derrière, quel est l'effet ? Après je pense qu'on limite la durée, et le fait d'avoir un antibiotique adapté, c'est bien pour les résistances. Mais on commence quand même deux jours avec un antibiotique, après on change... » M11* *« Parfois, j'ai même tendance à penser, peut-être à tort, qu'on pourrait créer plus de résistance en exposant une bactérie à plusieurs antibiotiques à la suite. » M2*

En comparant les fluoroquinolones à l'amoxicilline, l'un des médecins nous a confié son appréhension de désescalader pour voir plus de résistance à l'amoxicilline émerger. *« Après c'est vrai que les quinolones ont beaucoup plus d'effets secondaires que l'amoxicilline, c'est donc plus intéressant d'utiliser l'amoxicilline quand cela est possible. Mais le problème pour moi, c'est qu'en utilisant plus souvent de l'amoxicilline, j'ai un peu peur qu'il y ait plus de résistance à l'amoxicilline derrière, et que l'on ne puisse plus qu'utiliser les quinolones dans certains cas. » M9*

2.3.5 Risque d'exposer le patient à une aggravation ou à une mauvaise tolérance en cas de désescalade

On notait également une certaine réticence à modifier une prescription dans le cas où le traitement était à la fois efficace et bien toléré. *« Et puis il y a cette idée, pourquoi changer quelque chose qui marche ? L'important aujourd'hui c'est mon patient, il a une pyélonéphrite... L'antibiotique est efficace, elle le supporte, elle va mieux... » M12* *« Et puis il faut dire que quand on est sur un médicament qui fonctionne, on a tendance à se dire qu'on continue sur ce qui fonctionne sans prendre plus de risque. » M2*

Le risque lié à toute prescription médicamenteuse conduisait à s'interroger sur les conséquences en cas d'allergie ou de mauvaise tolérance du nouveau traitement. *« Certes, pour*

les antibiorésistances ce serait mieux que je fasse un switch mais autant, si je change son antibiotique, elle ne va peut-être pas bien le supporter, faire une allergie, le vomir, (...) » M12

L'un des médecins interrogés était plutôt réfractaire à cette démarche au vu des notions sur l'antibiothérapie qui lui avaient été enseignées « *Non seulement, ça n'est pas pertinent, mais on m'a toujours appris que c'était dangereux. Que c'était sélectionner des germes. On allait jusqu'au bout de l'antibiothérapie.* » M4

3. Formation médicale (Annexe 4)

3.1 Accès à l'information

La notion de désescalade thérapeutique était définie dans la présentation des objectifs de l'étude et introduite progressivement au cours du questionnaire. Il apparaissait néanmoins que cette démarche n'était pas connue de tous. « *Bon, il est vrai qu'on n'en voit pas tous les jours des pyélonéphrites, heureusement. (...) Mais jusque-là je n'avais pas la notion. On se dit que vu que ça marche, on poursuit le traitement jusqu'au bout.* » M13 « *Je ne me suis jamais posé la question tout simplement. C'est-à-dire que l'antibiothérapie se prescrit en fonction des CMI, on choisit l'antibiotique le plus adapté et puis voilà.* » M8

Il était question d'une réelle difficulté à trouver des sources d'information simples d'accès, notamment pour les médecins ne maîtrisant pas l'informatique. « *Moi je pense que sur l'antibiothérapie en général, on manque d'information. Tout évolue vite, donc on fait comme on a appris à faire, même si ce n'est pas toujours au goût du jour on va dire.* » M3

La diversité des disciplines et des recommandations auxquelles sont confrontées les médecins généralistes complexifiait d'autant plus la mise à jour des connaissances. « *Parfois, si j'ai un cas au cabinet, je vais aller chercher, mais avec les recommandations... On est tellement envahi par des recommandations dans beaucoup de domaines, qu'il faut vraiment qu'un cas me pose un problème à un moment donné pour que je me dise - ça, je le mets de côté et je vais le lire -. » M10*

L'absence de réception des recommandations, par mail ou voie postale pour les plus réfractaires à l'informatique, était déplorée par certains. « *En fait ce qui est un peu dommage, c'est qu'on ne reçoive pas les recommandations, il faut aller les chercher. C'est un peu dommage, il faudrait qu'il y ait un peu plus de diffusion.* » M13.

3.2 Utilisation de l'outil informatique

Lorsqu'on les questionnait sur les moyens de simplifier la démarche de prescription et de désescalade, huit des quatorze médecins interrogés évoquaient spontanément l'utilisation du logiciel antibioclic. La simplicité d'utilisation, la clarté des informations et l'appui sur les recommandations récentes étaient soulignés par ces derniers. « *C'est super pratique, super simple. On a la plupart des cas que l'on voit en médecine générale, avec tous les cas de figures : femmes enceintes, insuffisance rénale... Il y a même les critères d'hospitalisation ou non, la classification des différentes infections en fonction des comorbidités... je m'en sers tout le temps.* » M1

Comme précisé au cours du précédent point, il existait une réelle difficulté à l'utilisation de l'informatique pour certains. « *Moi je fais partie des vieux médecins et en plus je ne suis pas très informatique. J'ai moins ce réflexe d'aller chercher sur informatique. Pour moi ce serait plus facile par courrier.* » M3

3.3 Formation initiale et continue

Les médecins récemment diplômés ont évoqué l'importance de la formation hospitalo-universitaire dans la sensibilisation à l'antibiorésistance. « *Avec la faculté et les stages hospitaliers, je me sens bien sensibilisé.* » M1 Certains décrivaient une différence entre leur pratique vis-à-vis des antibiotiques et celle des praticiens en exercice depuis plus longtemps, avec lesquels ils étaient amenés à travailler. « *Alors, je vois déjà que dans nos études on en parle un peu plus. En tant que remplaçante, je vois des médecins qui ont moins cette notion, j'ai l'impression, de résistance...* » M11

La formation médicale continue était décrite comme l'un des moyens de simplifier l'accès à l'information et aux recommandations. Il existait toutefois des difficultés pour trouver le temps d'assister à ces formations. « *Je fais de la FMC et un DU tous les deux ans pour essayer, dans un domaine, d'être un peu plus performante. (...) Je sais qu'il y avait un moment, à la maison des professionnels de santé, ils ont fait un truc sur l'antibiothérapie. Je voulais y aller, mais je n'ai pas eu le temps car je finis à 10h du soir.* » M3

L'évolution des programmes de formation médicale continue semblait être un problème quant à la diversité des thèmes abordés. « *Avant, la FMC, c'était quelque chose de très clinique. Maintenant il y a beaucoup de méditation, d'hypnose... Ce ne sont pas des choses qui m'intéressent.* » M10

4. **Déterminants inhérents au patient (Annexe 5)**

4.1 La compréhension

L'opinion des médecins sur la compréhension des patients vis-à-vis de la désescalade thérapeutique était partagée. Pour quatre d'entre eux, il n'existait pas de difficulté particulière à faire comprendre l'intérêt de la démarche si celle-ci était expliquée. « *Quand on leur explique que c'est pour eux, ça se passe globalement plutôt bien... Quand il y a l'explication qui va avec.* » M5 Le recours à un discours plus simple semblait favoriser l'adhésion, mais la confiance des patients vis-à-vis de leur médecin traitant semblait jouer un rôle. « *On leur dit que ce n'est pas la peine d'écraser une fourmi avec une massue. Le patient nous fait confiance donc ça ne pose pas de problème.* » M3

A l'inverse, la compréhension semblait plus complexe pour d'autres médecins. « *La principale difficulté je trouve, c'est faire comprendre au patient que même s'il va mieux, qu'il n'a plus de symptôme avec le premier antibiotique, il faut quand même revenir au cabinet pour changer le traitement et retourner à la pharmacie...* » M1

On retrouvait notamment cette notion de complexité dans la compréhension des personnes âgées. « *Pour moi ce qui est plus compliqué, c'est qu'on a beaucoup de personnes très âgées et elles ne comprennent pas pourquoi on change le médicament ou on leur dit d'arrêter.* » M7

4.2 La compliance

Au cours des entretiens, il était question de la pression exercée par les patients pour recevoir une antibiothérapie, pression qui pouvait empêcher de différer l'antibiothérapie et avoir un impact sur une démarche de désescalade. « *J'ai une patiente pour qui c'est une catastrophe. Elle ne tient pas compte des résultats des analyses d'urines, elle me dit - le labo*

se trompe -. *Pour ces gens-là, je ne négocie même plus. (...) C'est parfois du harcèlement, et c'est terrible parce qu'on est plus maître de la situation. » M4*

Énoncée à trois reprises, l'automédication en cas de symptômes était également identifiée comme une attitude de non-compliance complexifiant considérablement la prise en charge des infections urinaires et la désescalade ultérieure du fait du risque de stérilisation de l'ECBU. *« Après de temps en temps il y a les femmes qui viennent en ayant déjà commencé l'antibiotique. On est bien embêté, on leur explique qu'il ne faut jamais le refaire. Cela m'est arrivé une fois, où on a été bien embêté. Je crois qu'elle a commencé à prendre de l'amoxicilline. Au bout de 3 jours de prise, elle n'en avait plus. On n'a pas pu faire l'ECBU. Je crois que j'avais essayé le Selexid et finalement c'était passé. Mais je lui ai bien expliqué que cela aurait pu ne pas être le cas, et que les conséquences auraient pu être lourdes. » M5*

Pour finir, la désescalade thérapeutique implique l'acquisition d'une nouvelle ordonnance et de retourner en pharmacie pour récupérer le nouveau traitement. Certains médecins émettaient des doutes quant à la disponibilité du patient et donc à son acceptation de la démarche. *« Il y a des patients qui ne vont pas accepter de revenir en consultation ou de changer d'antibiotique, qui veulent leur antibiotique immédiatement et qui après ne veulent pas en changer. » M14*

5. Logistique (Annexe 6)

5.1 Organisation au cabinet

La charge de travail auquel sont exposés les médecins généralistes était considérée comme un frein à la réalisation d'une désescalade, notamment au cours des journées de forte affluence. *« Il suffit que l'on soit lundi, avec un 8h 20h à la consultation, et je ne vais pas forcément prendre le temps de rappeler le patient pour lui expliquer qu'il faut qu'il désescalade l'antibiotique. » M14*

Une consultation dédiée à la désescalade thérapeutique semblait compliquée pour certains. *« Peut-être que si mon agenda était vide, ça ne me générerait pas de les faire revenir. » M12* Tandis que pour d'autres, le fait de ne pas revoir le patient signifiait une augmentation du travail hors consultation médicale. *« Je préfère revoir les gens. Sinon on part encore sur des tâches administratives en plus des consultations qui prennent déjà beaucoup de temps sur la journée, on ne s'en sort pas surtout qu'il faut rappeler le patient pour lui expliquer. » M2*

Cette même consultation pouvait questionner le médecin quant à l'image renvoyée auprès du patient en cas de deuxième facturation. *« Cela sous-entend de ne pas faire revenir le patient pour ça. Parce que refaire venir le patient pour refaire une consultation... Cela fait un peu tiroir-caisse. » M12*

Quoiqu'il en soit, pour les médecins privilégiant un contact téléphonique, l'envoi des examens biologiques par mail simplifiait grandement la démarche. *« Les résultats sont envoyés par internet. Je ne vois pas de frein. Et c'est facilité par le fait que je peux appeler le patient pour lui dire - on change d'antibiothérapie -, je lui fais une ordonnance sans prise de rendez-vous, je ne me fais pas rémunérer pour cela. » M6* *« Après pour l'ECBU on a accès à Apicrypt, c'est super simple. » M12*

La présence d'un secrétariat était valorisée et permettait de simplifier ce type de démarche. *« Ce qui facilite énormément ce genre de choses, c'est d'avoir une secrétaire qui*

travaille super bien, qui rappelle les gens très facilement... Je ne perds pas trop de temps à faire cela. » M7

5.2 Prélèvement et analyse

Pour réaliser une désescalade thérapeutique, il faut avoir au préalable réalisé un prélèvement de qualité, et qui aura pu être acheminé au laboratoire pour analyse.

Le problème de l'acquisition d'un prélèvement fiable a été soulevé à deux reprises en fonction du contexte. *« Après il existe aussi des problèmes avec les patients âgés, grabataires, polyopathologiques, pour lesquels il est compliqué d'avoir un prélèvement. Et pour ces patients, comment faire pour désescalader sans un ECBU fiable ? » M3*

L'absence de possibilité pour faire analyser des urines pendant la permanence de soins était également un frein, qui pouvait notamment être à l'origine d'une prescription empirique d'antibiotique sans prélèvement. *« La nuit par exemple, quand un patient n'est pas bien et que tu as envie de traiter rapidement... On peut être tenté de démarrer les antibiotiques directement, et à ce moment-là pas de désescalade. » M1* *« Il y a aussi des difficultés liées au week-end, quand on est de garde, il n'y a pas de laboratoire ouvert. Dans ces cas-là, on fait une bandelette mais ce n'est pas aussi précis et on n'aura pas d'antibiogramme derrière. » M3* Dans ce cas, le recours à la prise en charge aux urgences était évoqué, tout en soulignant la possibilité d'attendre. *« Quand ça arrive le week-end, c'est compliqué c'est sûr, mais bon soit on va aux urgences, soit on attend un peu. » M5*

Au cours d'un entretien réalisé dans le secteur rural, l'offre de soins réduite par rapport à l'âge des patients était une difficulté supplémentaire pour le médecin. *« Et puis il y a les passages du laboratoire... Un passage uniquement le midi sauf le mercredi. Les gens doivent faire de la route. Pour les plus vieux c'est compliqué, du coup on va garder les urines au frigo. Et ce n'est plus très juste. Après on est à la montagne, on est loin de tout, c'est comme ça. » M7*

En secteur semi-rural, cette difficulté pouvait être considérée comme un atout, puisque les analyses étaient réalisées sur place, ce qui permettait d'éviter des déplacements au patient. *« Donc n'importe quelle personne qui vient pour une infection urinaire, je lui donne l'ECBU à faire. Ici, nous avons la chance de pouvoir le faire sur place et le laisser dans la boîte. Le laboratoire vient chercher le lendemain. » M9*

Pour finir, il a été question à deux reprises de l'utilité des concentrations minimales inhibitrices (CMI), qui constituaient un levier pour réaliser une désescalade pertinente. *« Sur les pyélonéphrites, c'est systématique puisque je mets d'abord Rocéphine puis j'adapte avec l'antibiogramme en fonction de la CMI, qui doit être la plus basse possible et en même temps pas trop à risque de résistance non plus. » M5* La disparition des CMI de certains comptes rendus était déplorée. *« Si on a l'appui de l'ECBU avec les CMI, on peut choisir facilement. En revanche, certains laboratoires ne le mettent plus. C'est dommage... » M3*

5.3 Dispensation du médicament

Le conditionnement des antibiotiques en boîte constituait un frein à la réalisation de la désescalade. En effet, changer de traitement revenait à laisser le premier antibiotique à la disposition du patient, ce qui pouvait favoriser l'automédication ultérieure. *« Et puis il y a le fait qu'on leur donne souvent d'emblée des boîtes pour la semaine... Ils se retrouvent avec les*

comprimés qui restent à la maison. Il y en a qui les prennent pour une prochaine infection urinaire. » M11

La dispensation pour une durée de trois jours était d'ailleurs évoquée et pouvait constituer une solution à ce problème. « *Peut-être leur faire une prescription d'antibiotique seulement pour 3 jours... le temps d'avoir les résultats de l'antibiogramme. » M14*

La traçabilité de la prise d'antibiotiques, notamment en ce qui concerne les fluoroquinolones, était considérée comme insuffisante. « *Typiquement la personne qui va dire - la dernière fois j'ai fait une infection urinaire, le Monuril n'a pas marché, on m'avait donné je crois de l'Ofloctet -. La personne ne va pas se souvenir mais elle a pris des fluoroquinolones il y a 3 mois et qu'en théorie il faut attendre 6 mois. C'est problématique je pense. » M12*

Pour les praticiens installés à proximité d'une pharmacie, la communication privilégiée jouait un rôle positif pour toute prescription médicamenteuse, et constituait donc un atout pour la désescalade thérapeutique. « *Le fait de travailler avec la pharmacie à côté ça facilite aussi beaucoup les choses. Je peux directement aller les voir, leur dire - je prescris cet antibiotique mais il faut que le patient arrête et qu'elle prenne celui-ci à partir de demain -. La communication est facile, je trouve cela vraiment pratique de travailler comme cela. » M7*

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

L'intérêt principal d'une étude qualitative dans ce contexte était d'explorer non seulement les pratiques, mais également le raisonnement et la perception des médecins vis-à-vis d'une démarche complexe et fréquente en médecine générale.

Le choix d'une méthode de recueil par entretien individuel semi-dirigé aura permis une expression plus libre des médecins et d'éviter un biais de soumission au groupe. Cela permettait également de reproduire un cadre similaire à celui de la consultation médicale. De plus, la plupart des entretiens se sont déroulés au cabinet, au cours d'une journée de consultation.

Au fil des entretiens, le questionnaire a évolué afin de favoriser une expression la plus riche et la plus pertinente possible. La réalisation d'entretien test a permis de limiter le biais de fixation sur l'objectif et un travail sur la posture afin de limiter les biais de similarité et de différence, qui aurait pu causer un rejet du médecin interviewé. Une expérience plus poussée dans le domaine de l'entretien aurait toutefois pu permettre de produire davantage de discours.

Le fait que l'investigateur ait mené les entretiens, la retranscription et l'analyse des données constitue un biais.

L'utilisation de logiciel Nvivo a toutefois permis une thématization optimale par méthode inductive, en permettant, à chaque instant de l'analyse, d'assurer une inférence la plus faible possible, c'est-à-dire de limiter au maximum le biais d'interprétation.

L'échantillon a été progressivement constitué afin d'assurer une diversité maximale dans les caractéristiques (cf annexe 1) et les points de vue avant d'arriver à saturation, définie au préalable comme la survenue de deux entretiens sans nouveau thème abordé.

2. Discussion des principaux résultats

2.1 Le médecin

L'intégralité des médecins interrogés affirmait avoir une prescription antibiotique raisonnée et avoir conscience du problème des résistances antibiotiques. Les différentes études qualitatives menées jusqu'à ce jour retrouvaient des conclusions similaires (28). Les campagnes de sensibilisation menées par les autorités ont probablement contribué à la diminution lente et progressive de prescription d'antibiotique observée depuis 2010 (29).

A noter toutefois que certains facteurs subjectifs, tels que la survenue de complications après des retards antibiotiques constatés par le médecin, tendent parfois à justifier le maintien des prescriptions larges d'antibiotiques. (15)

La prescription d'un ECBU et la mise en place ou non d'un traitement probabiliste ont été, selon nous, une question centrale pour réfléchir à l'intérêt et à la possibilité d'une désescalade. Si la conduite à tenir vis-à-vis de ces deux notions était pleinement maîtrisée pour les infections hautes, l'absence de critères clairs évoqués pour définir la cystite à risque de complication semblait rendre inintéressant le concept de désescalade thérapeutique dans cette indication. On retrouve des conclusions similaires dans une étude réalisée en 2017, avec une difficulté pour les médecins de classer les patients en « cystite simple » ou « cystite compliquée » et des prescriptions d'ECBU parfois hors recommandation. (17)

On retrouvait par ailleurs la notion de traitement différé principalement pour les cystites simples et peu symptomatiques. La présence de facteurs de risque identifiés pouvait paradoxalement constituer une indication à la mise en place d'un traitement probabiliste, probablement par peur de complications précoces. Il était toutefois admis par la majorité des médecins interviewés que l'importance des symptômes justifiait souvent l'introduction d'un traitement avant réception des résultats de l'ECBU, par Fosfomycine-Trométamol ou Pivmécillinam, hors AMM. Si la désescalade thérapeutique pouvait sembler dénuée d'intérêt au vu du délai d'obtention d'un antibiogramme (3 jours) par rapport à la durée totale de prescription (5 jours), elle aurait pu trouver sa place en cas de prescription d'un traitement par nitrofurantoïne, traitement d'une durée de 7 jours actuellement recommandé en 1^e intention dans le traitement probabiliste des cystites à risque de complication (18). Les effets secondaires pulmonaire, hépatique et rénaux, décrits initialement comme potentiellement graves, semblent exceptionnels en cure courte selon les dernières données (17). Son efficacité contre les bactéries responsables des cystites à risque de complication, notamment sur les EBLSE, confirme selon nous l'intérêt de remettre cette spécialité au centre de ce type de prise en charge.

La réévaluation de l'antibiothérapie en place se faisait principalement pour d'autres motifs que l'épargne antibiotique. La sensibilité du germe à l'antibiotique prescrit était considérée comme objectif principal de la réévaluation, comme cela a déjà été décrit dans la littérature (23). La désescalade s'inscrivait plutôt dans une volonté de modification de traitement mal toléré, par exemple au niveau tendineux pour les fluoroquinolones ou pour passer d'un traitement injectable à oral. Dans le cadre de la prise en charge d'une pyélonéphrite, plusieurs médecins prenaient le parti de traiter systématiquement par de la Ceftriaxone, traitement injectable qui invitait le médecin et le patient à désescalader vers un traitement oral dès que possible. On rappelle que cette démarche est validée et recommandée dans le cadre des pyélonéphrites avec facteurs de risque de complication, tandis que les fluoroquinolones sont préférées en cas de pyélonéphrite sans facteur de risque de complication (18).

Par ailleurs, on retrouvait chez les médecins les plus jeunes, un questionnement quant au rationnel d'exposer un patient à une deuxième molécule pour traiter une même infection. Il est aujourd'hui prouvé qu'une diminution de la durée d'exposition s'accompagne d'un moindre effet sur le microbiote et d'un risque moindre d'émergence de résistance dans le microbiote. (6). Mais quel est réellement l'impact d'une telle démarche dans le cadre des infections urinaires en ville ? Une évaluation directe de l'impact de la désescalade thérapeutique sur la prévention de l'émergence des résistances pourrait constituer une justification supplémentaire.

De même, certains médecins pouvaient s'interroger sur le risque d'aggravation en cas de désescalade. La question est d'autant plus pertinente qu'elle a longtemps fait débat dans le secteur de la réanimation (30).

Ces questionnements nous amènent à envisager la nécessité de formations plus précises et plus complètes concernant les pathologies infectieuses et leurs traitements, intégrant des méthodes pédagogiques adaptées afin de modifier les pratiques (31). En effet, la prescription d'antibiotique en fonction de l'écologie et du contexte personnel du patient est une démarche complexe, notamment pour les infections urinaires, qui demande une compréhension et une connaissance optimale pour être appliquée au mieux.

L'outil de prescription Antibioclic a été évoqué spontanément par huit des quatorze médecins interrogés. Les premières données concernant ce logiciel tendent à montrer un bénéfice en termes de pertinence et de durée des prescriptions antibiotiques (32). Plus de deux tiers des médecins interrogés dans une étude réalisée en 2016 connaissait le site et la moitié s'en servait au moins une fois par semaine (33). Il existe un intérêt majeur à promouvoir ce type d'outils informatiques afin de simplifier l'accès aux recommandations tout en approfondissant les notions abordées. Cependant, il faut souligner le manque d'accessibilité des recommandations 2018 sur les infections urinaires. L'accès au document nécessite la création d'un compte sur le site de la SPILF, alors que les recommandations 2015 sont en libre accès.

De même, un certain nombre de médecins ne sont pas habitués à l'utilisation de l'informatique. Dans ce cas, l'accès à des ressources documentaires peut constituer un frein à la bonne pratique dans les infections urinaires et autres pathologies infectieuses. L'envoi par courrier de recommandations claires a été évoqué pour palier à ces difficultés, tout comme la promotion de formations continues en rapport avec l'infectiologie.

2.2 Le patient

La poursuite des campagnes de sensibilisation et d'éducation des patients à l'antibiorésistance semble primordiale afin de limiter l'automédication et de promouvoir la compréhension des enjeux collectifs et individuels qui justifient la désescalade thérapeutique comme tout autre stratégie d'épargne antibiotique. Dans un sondage réalisé en 2017 sur un pool de 1000 patients, 92% avait déjà entendu parler de la notion d'antibiorésistance.

Toutefois, seulement 60% en connaissait réellement le sens tandis que 71% d'entre eux trouvait la communication des autorités insuffisantes vis-à-vis du phénomène (34).

Le défaut de compliance était majoritairement souligné par les médecins récemment diplômés. Pour la plupart des médecins installés, la compliance du patient à une modification éventuelle de traitement était assez simple à obtenir, si celle-ci était anticipée et clairement expliquée.

2.3 Les facteurs extrinsèques

Qu'elle implique une absence de réévaluation ou qu'elle complique l'accès aux formations médicales par manque de temps, la charge de travail des médecins généralistes apparaît comme un frein à la réalisation de la désescalade thérapeutique. On retrouve des résultats similaires dans une étude qualitative de 2016. En dehors du temps de consultation, qui peut être très conséquent en fonction du lieu et du mode d'installation, le temps « administratif » demeure important (35). L'absence de valorisation de cette pratique peut également constituer un facteur limitant cette démarche. L'intérêt d'un secrétariat était relevé à la fois dans cette étude et au cours des entretiens avec les médecins qui en disposaient. Le coût important reste la première difficulté quant au recours à une telle aide.

La coopération avec le pharmacien a été mise en avant au cours des entretiens, notamment pour les médecins exerçant en secteur rural. Ce type d'interaction a fait l'objet d'une méta-analyse en 2013, qui met en évidence un bénéfice à la collaboration entre médecin et pharmacien concernant principalement le suivi des maladies cardiovasculaires et les erreurs de prescription médicamenteuse. Depuis 2009, en France, l'intervention pharmaceutique est mise en place afin d'optimiser l'utilisation du médicament. Elle est utile notamment pour prévenir les problèmes de dosage et promouvoir le bon usage antibiotique. (36)

Depuis octobre 2018, un décret permet également au pharmacien de pratiquer le test de diagnostic rapide de l'angine, et ce afin de pallier la faible utilisation de ce dernier par les médecins généralistes et de sensibiliser d'avantage les patients à l'antibiorésistance. (37)

La mission de bon usage des antibiotiques fait de plus en plus partie des prérogatives du pharmacien en établissement de santé, qui observe une baisse de près de 10% de la consommation antibiotique, avec notamment une diminution de prescription des fluoroquinolones. (38).

Si on prend en compte les contraintes logistiques auxquelles doit faire face le médecin généraliste, l'implication du pharmacien dans la démarche de désescalade semble être une piste pertinente à explorer, tout en gardant à l'esprit que celle-ci ne peut se faire qu'en cas d'amélioration de l'état du patient (18).

De même, la dispensation à l'unité qui a été évoquée au cours des entretiens a été étudiée en 2017 ; on retrouvait une acceptabilité de 80% pour les patients s'étant présentés avec une ordonnance d'antibiotique et une diminution du volume dispensé de 10%. (39) Elle permettrait de prévenir l'automédication, délétère à la fois sur le plan collectif et individuel.

Il a fréquemment été question de la difficulté d'obtention d'un prélèvement et de l'analyse en permanence de soin. Cette difficulté peut être à l'origine, dans certaines situations, d'une prescription antibiotique empirique sans prélèvement préalable, ce qui constitue à la fois un risque pour le patient en cas de résistance et une impossibilité de pratiquer une désescalade thérapeutique.

Dans le secteur rural, le délai de passage du laboratoire pour récupérer les prélèvements posait au médecin interviewé un problème quant à l'exactitude des analyses. Selon le référentiel de microbiologie (REMIC), la conservation d'un prélèvement ne peut excéder 2h à température ambiante, 24h au réfrigérateur, et 48h dans un milieu de conservation adapté (40). La promotion de la désescalade thérapeutique passe inévitablement par la mise à disposition de

moyens permettant d'assurer la prise en charge des prélèvements quelques soient le moment et la localisation.

Pour finir, la concentration minimale inhibitrice d'un antibiotique vis-à-vis de la bactérie en cause est un outil utilisé principalement par les médecins installés depuis longtemps. Certains déplorent sa disparition des antibiogrammes. On constate également que l'antibiogramme ciblé n'a été spontanément évoqué par aucun des médecins interrogés, malgré sa mise en place en 2017 (41). La diffusion plus large des informations semble être une nouvelle fois indispensable afin de favoriser l'adhésion des médecins traitants à la démarche de désescalade thérapeutique, et d'épargne antibiotique en général.

CONCLUSION

La désescalade thérapeutique dans les infections urinaires est une notion complexe et récente dans le monde de la médecine générale. En effet, la réévaluation après acquisition d'un antibiogramme se fait dans la majorité des cas pour s'assurer de la sensibilité du traitement antibiotique prescrit en probabiliste.

La méconnaissance de cette démarche encourage à améliorer la diffusion de l'information, non seulement par le biais de l'informatique mais également en utilisant d'autres supports pour les médecins moins à l'aise avec cet outil. La plupart des médecins de l'échantillon intégrait pleinement la notion d'épargne antibiotique dans leur pratique, mais un complément de formation intégrant des méthodes pédagogiques adaptées semblerait intéressant afin de promouvoir la compréhension et l'application des recommandations de bonne pratique antibiotique.

Face à la charge de travail importante des médecins généralistes, qui peinent à consacrer du temps à la formation personnelle et entrevoient avec difficulté l'attribution de créneaux dédiés à la désescalade thérapeutique, la coopération avec le pharmacien et son éventuelle participation pourrait être une piste intéressante. Il semble également indispensable de recourir à la dispensation des antibiotiques à l'unité afin de lutter contre l'automédication. Le recours à un secrétariat simplifie grandement la démarche de désescalade thérapeutique. Toutefois, un soutien financier permettrait de palier au coût souvent trop élevé pour un médecin exerçant seul. De même, la valorisation financière de la désescalade pourrait encourager sa pratique.

Enfin, la promotion des moyens de prélèvements bactériologiques quels que soient la localisation et le moment sont des prérequis indispensables à la bonne pratique de l'utilisation des antibiotiques en médecine générale.

Références bibliographiques

1. Gonzalez L. Facteurs influençant la désescalade antibiotique et impact de cette stratégie en réanimation. 2013;64.
2. Leroy O, Boussekey N, Georges H. Indication, intérêts et limites de la désescalade antibiotique en réanimation. *Réanimation*. juin 2006;15(3):159-67.
3. Résistance aux antibiotiques | Inserm - La science pour la santé [Internet]. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/resistance-antibiotiques>
4. Haute Autorité de Santé. Bon usage des antibiotiques_Recommandation de la HAS. 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/bon_usage_des_antibiotiques_recommandations.pdf
5. Carle S. La résistance aux antibiotiques : un enjeu de santé publique important! 2010;42:16.
6. Casals-Pascual C, Vergara A, Vila J. Intestinal microbiota and antibiotic resistance: Perspectives and solutions. *Human Microbiome Journal*. 1 août 2018;9:11-5.
7. Panda S, Khader IE, Casellas F, Vivancos JL, Cors MG, Santiago A, et al. Short-Term Effect of Antibiotics on Human Gut Microbiota. *PLOS ONE*. 18 avr 2014;9(4):e95476.
8. Jernberg C, Löfmark S, Edlund C, Jansson JK. Long-term ecological impacts of antibiotic administration on the human intestinal microbiota. *ISME J*. mai 2007;1(1):56-66.
9. Lagier J-C, Million M, Hugon P, Armougom F, Raoult D. Human Gut Microbiota: Repertoire and Variations. *Front Cell Infect Microbiol* [Internet]. 2 nov 2012 [cité 25 janv 2021];2. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487222/>
10. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2 juin 2010;340(may18 2):c2096-c2096.
11. ANSM. Caractérisation des antibiotiques considérés comme critiques. 2013;16.
12. ANSM. Liste des antibiotiques critiques - Actualisation 2015. 2016;14.
13. Consommation d'antibiotiques et antibiorésistance en France en 2019 [Internet]. 2021 [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: </les-actualites/2020/consommation-d-antibiotiques-et-antibioreistance-en-france-en-2019>
14. Consommation antibiotique et plan national antibiotique [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/2017/sem-buatb-2017-cons-atb-lescure.pdf>
15. Onteniente S, Fournet S. Déterminants de la prescription des antibiotiques en médecine générale: analyse qualitative dans la région du Centre Hospitalier Annecy Genevois. :75.

16. SPILF 2015 - Infection urinaires - Argumentaire. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-spilf-argumentaire.pdf>
17. REVEILLON Mathilde M. Cystite à risque de complication : définition, épidémiologie et stratégie thérapeutique en 2017 d'après une cohorte prospective de 568 cystites communautaires. ROUEN; 2017.
18. Caron F. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. Médecine et maladies infectieuses. 2018;32.
19. Friggeri DA. Urgences vitales en infectiologie, diagnostic précoce, actualités et perspective. 2018;15.
20. Gbaguidi-Haore H, Dumartin C, L'Heriteau F, Pefau M, Hocquet D, Rogues A-M, et al. Antibiotics involved in the occurrence of antibiotic-resistant bacteria: a nationwide multilevel study suggests differences within antibiotic classes. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 1 févr 2013;68(2):461-70.
21. Guyon C, Caupenne A, Brunet T, Jamet A, Priner M. REEVALUATION DE L'ANTIBIOTHERAPIE PROBABILISTE PAR CEFTRIAXONE DANS LES INFECTIONS URINAIRES HAUTES EN GERIATRIE. :12.
22. Afekouh H, Baune P, De Falvelly D, Guermah F, Ghitri S, Haber N. Evaluation of antibiotic prescriptions for urinary tract infections in a geriatric rehabilitation unit. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. mars 2017;15(1):47-54.
23. Bonnet R, Pasquet E. Réévaluation de l'antibiothérapie dans l'infection urinaire: est-elle applicable en médecine générale? 2017, :42.
24. EvalprescAntibioIU.pdf. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.cpias-ile-de-france.fr/REGION/NPC/EMS190516/EvalprescAntibioIU.pdf>
25. Paillé P. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. 2016. 430 p. (U Collection).
26. BLANCHET A. L'entretien. Armand Collin. 2015. 126 p. (128).
27. Gedda - 2015 - Traduction française des lignes directrices COREQ .pdf [Internet]. [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>
28. Pulcini C, Naqvi A, Gardella F, Dellamonica P et al. Résistance bactérienne et prescription antibiotique : perceptions, attitudes et connaissances d'un échantillon de médecins généralistes. [Internet]. 2010 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0399077X10002714?token=C083D6F35BF2DFF2EDEBA90539F4156B0754771C1F7C39803C0890C3686520F5510773D036649756C6CE9BBF7C31BFE4>
29. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&f=0&i=antibio_conso.nb_pres_j01&s=2018&selcogeo=76&t=a01&view=map1

30. Leroy O, Boussekey N, Georges H. Indication, intérêts et limites de la désescalade antibiotique en réanimation. *Réanimation*. juin 2006;15(3):159-67.
31. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 20 oct 1999;282(15):1458-65.
32. de Faucal S. Évaluation d'un programme de Développement Professionnel Continu traitant de la rationalisation de l'antibiothérapie en soins primaires: promotion et évaluation de l'outil d'aide à la prescription d'une antibiothérapie en soins primaires, Antibiocliv. Bordeaux; 2017.
33. Etat des lieux des connaissances et de l'utilisation des outils disponibles, par les médecins généralistes pour améliorer leurs prescriptions antibiotiques, en 2015 à Paris. Paris Diderot; 2016.
34. Dabi F, Pratviel E. Les Français et la résistance aux antibiotiques. :20.
35. MUR-BACQUER H. Le temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations : Organisation et représentation [Internet]. Poitiers; 2016. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6807dab2-cd81-48aa-ba62-a5f7ab94b75e>
36. Delay A. Contribution du pharmacien d'officine apportée au bon usage des antibiotiques grâce aux interventions pharmaceutiques. Exemple des pénicillines. :156.
37. Lahaye C. Rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage de l'angine - Utilisation des Tests Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD). :95.
38. Gregoire R. Quelles missions pour le pharmacien ? :18.
39. Treibich C, Lescher S, Sagaon-Teyssier L, Ventelou B. The expected and unexpected benefits of dispensing the exact number of pills. Manzoli L, éditeur. *PLoS ONE*. 19 sept 2017;12(9):e0184420.
40. Galiner JL, Bouchara J-P, Bourlet T. REMIC - Référentiel en microbiologie médicale. SFM. 2018. 965 p.
41. Antibiogramme ciblé [Internet]. 2017. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/antibiogrammes_cibles_ps.pdf

Annexe 1. Guide d'entretien

1/ Que pouvez-vous me dire sur l'émergence des résistances antibiotiques et sur son impact sur votre pratique quotidienne ?

(Questions de précision)

- Quelle est votre opinion concernant les recommandations et la politique de lutte contre les résistances aux antibiotiques ?
- Pouvez-vous me décrire les éventuelles implications de cette politique dans votre pratique quotidienne ?

Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement aux infections urinaires.

2/ Lors de la prise en charge d'une infection urinaire de la femme, dans votre pratique, comment raisonnez-vous pour prescrire des antibiotiques ou des examens complémentaires ?

(Questions de précision)

- Comment appréhendez-vous la notion d'infection urinaire haute ou basse ?
- Quels éléments vous conduisent à prescrire des antibiotiques en 1^{er} intention ou à différer cette prescription ? De prescrire un ECBU ?

3/ Comment appréhendez-vous la notion de désescalade thérapeutique dans les infections urinaires dans votre pratique ?

(Questions de précision)

- Existe-t-il des situations au cours desquelles vous passez d'un antibiotique large spectre à un antibiotique à spectre plus étroit après réception d'un antibiogramme ?
- Comment percevez-vous l'intérêt global de cette démarche ?

4/ Lorsque celle-ci est possible, quels sont pour vous les freins à la réalisation d'une désescalade thérapeutique après réception d'un antibiogramme au regard de votre pratique ?

(Questions de précision)

- Ressentez-vous des difficultés inhérentes à vous-même ? Au patient ?
- Comment percevez-vous l'évolution des recommandations et leur application en pratique ?

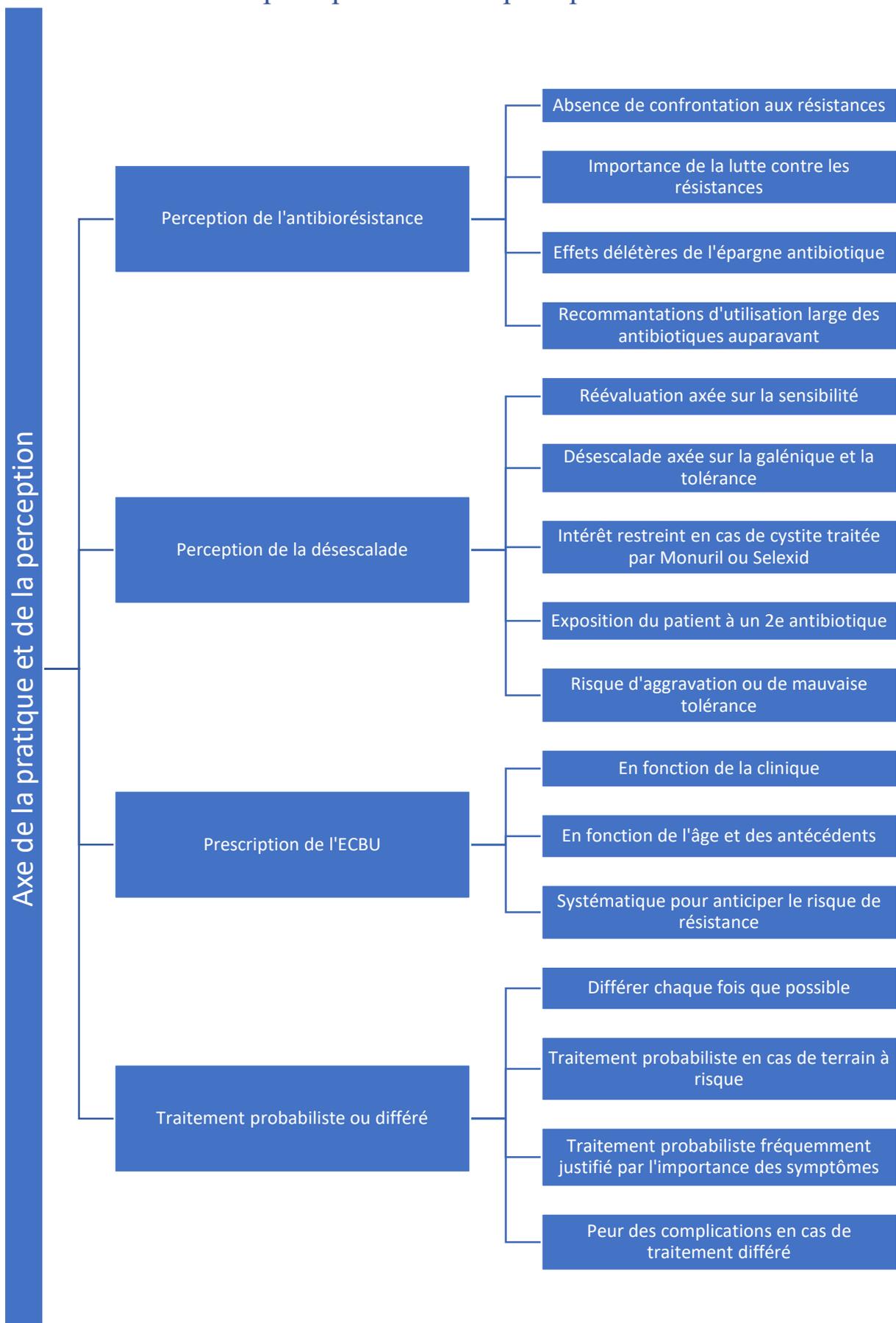
5/ Quels sont les éléments à ce jour qui facilitent la réalisation d'une désescalade thérapeutique dans les infections urinaires de la femme ?

6/ Comment, selon vous, pourrait-on simplifier la réévaluation et éventuellement la désescalade thérapeutique dans les infections urinaires de la femme en médecine ambulatoire ?

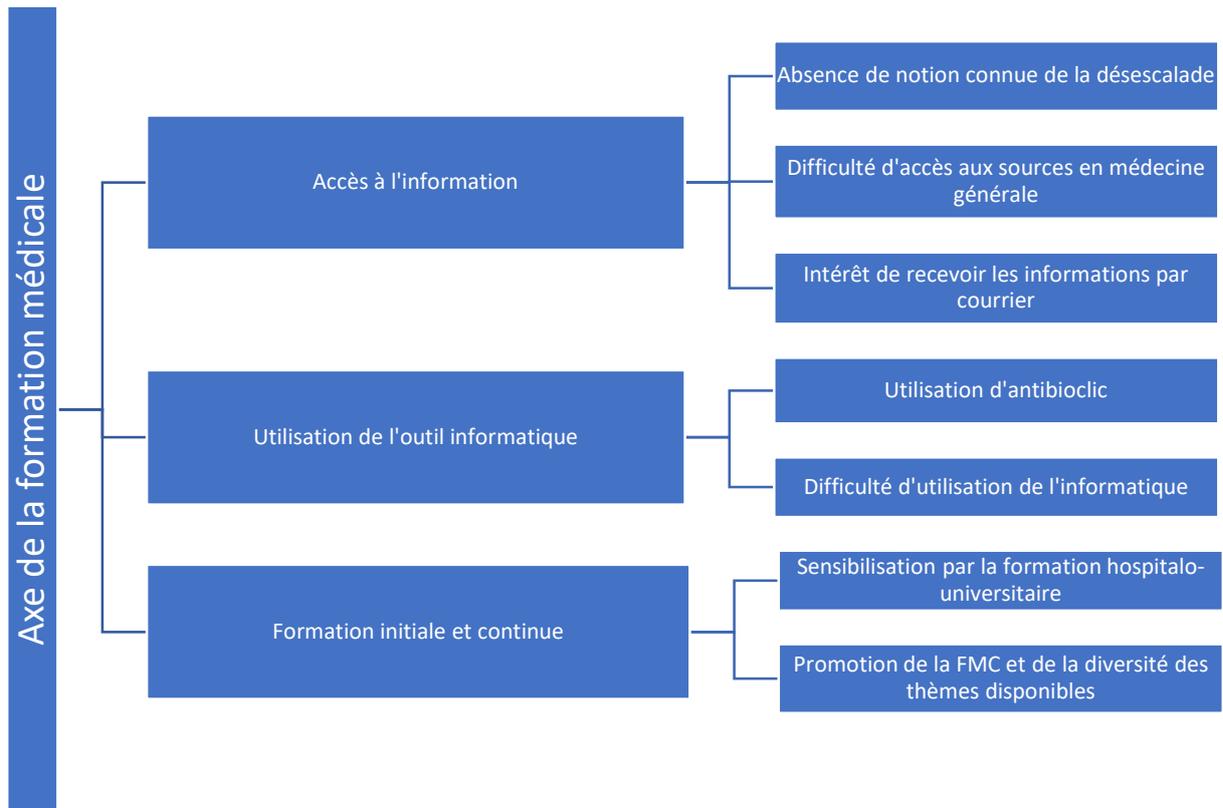
	Sexe	Age	Type d'exercice	Département	Localisation	MSU ²	Durée de l'entretien
Entretien M1	Homme	30 ans	Remplacements	Gard	Urbain	Non MSU	18min57
Entretien M2	Homme	30 ans	Remplacements	Gard	Urbain	Non MSU	17min14
Entretien M3	Femme	61 ans	Cabinet seul	Hérault	Rural	Non MSU	30min01
Entretien M4	Homme	61 ans	Cabinet seul	Aude	Rural	Non MSU	22min07
Entretien M5	Femme	35 ans	Cabinet groupe	Hérault	Urbain	Non MSU	12min48
Entretien M6	Femme	60 ans	MSP ¹	Hérault	Urbain	MSU	9min25
Entretien M7	Femme	39 ans	MSP ¹	Aude	Rural	MSU	13min57
Entretien M8	Homme	57 ans	Cabinet seul	Pyrénées orientales	Urbain	Non MSU	13min29
Entretien M9	Femme	36 ans	MSP ¹	Hérault	Semi-rural	Non MSU	22min58
Entretien M10	Femme	63ans	Cabinet seul	Gard	Rural	MSU	26min40
Entretien M11	Femme	29 ans	Remplacement	Hérault	Urbain	Non MSU	13min13
Entretien M12	Homme	43 ans	MSP ¹	Gard	Semi-rural	MSU	25min32
Entretien M13	Femme	52 ans	Cabinet de groupe	Pyrénées orientales	Semi-rural	Non MSU	9min40
Entretien M14	Homme	35 ans	Remplacements	Hérault	Semi-rural	Non MSU	13min31

Annexe 2. Caractéristiques des médecins interviewés

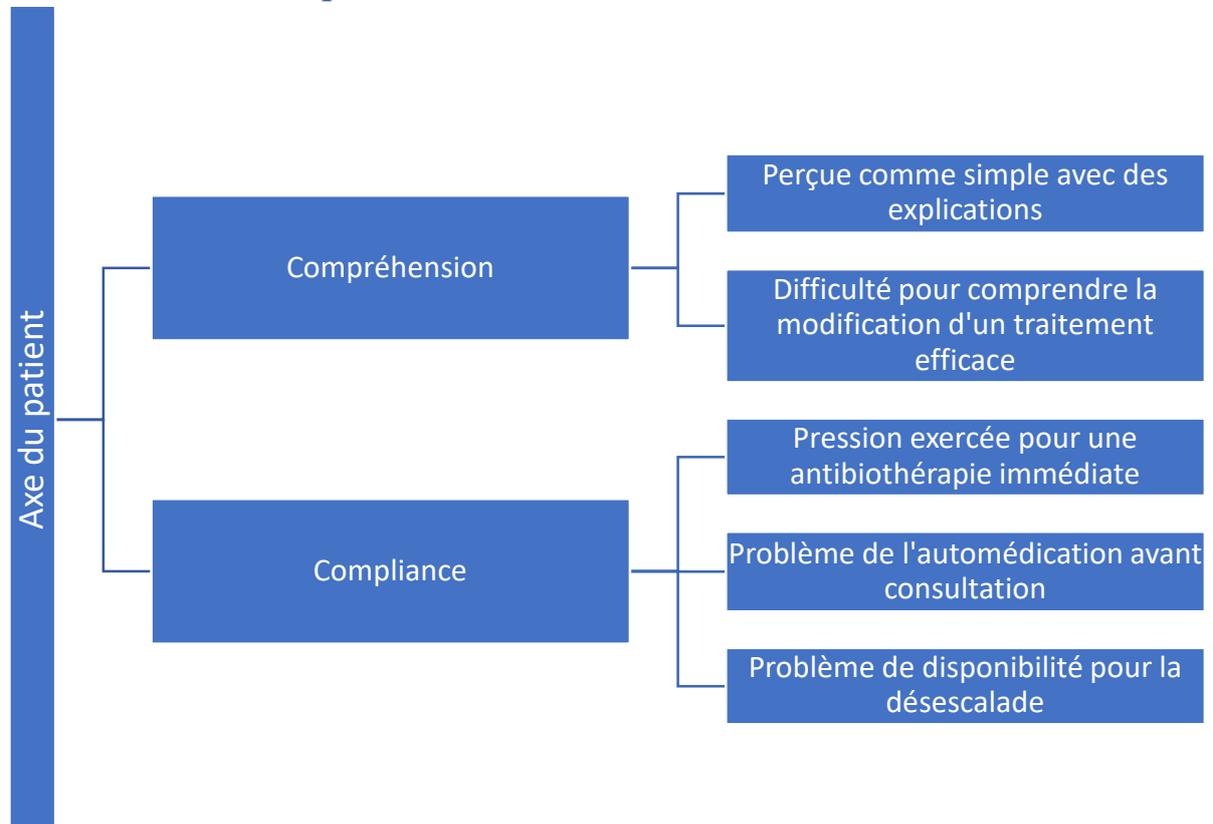
Annexe 3. Axe de la perception et de la pratique de la désescalade



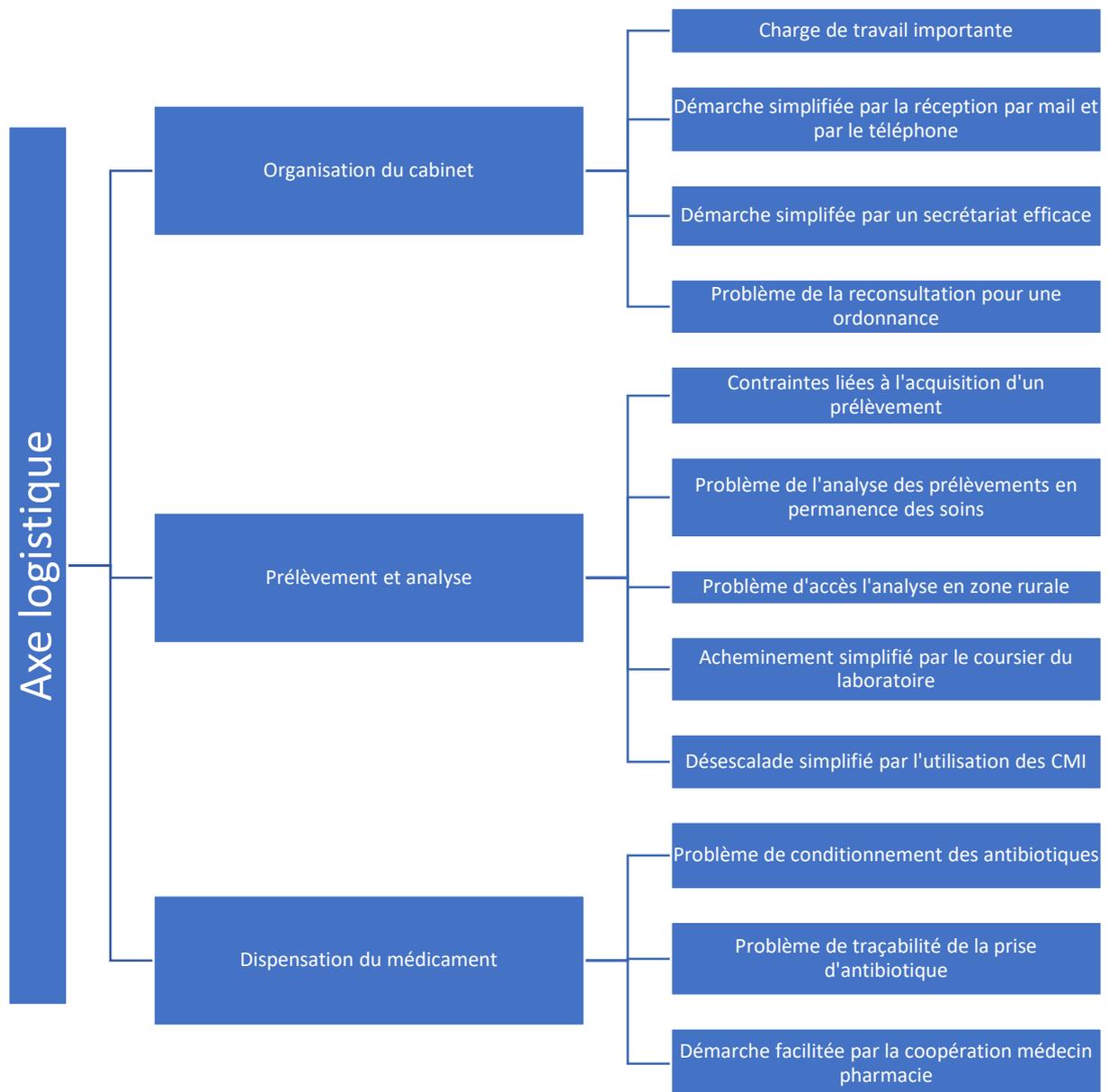
Annexe 4. Axe de la formation médicale



Annexe 5. Axe du patient



Annexe 6. Axe de la logistique



Entretiens

Entretien avec MI

(Question principale) Que pouvez-vous me dire sur l'émergence des résistances antibiotiques en général et sur l'impact sur votre pratique quotidienne ?

Pour l'instant, je n'ai pas encore vu beaucoup de patients porteurs de BMR... Mais je pense qu'il est important de réduire un maximum l'émergence des résistances. Par exemple, j'utilise beaucoup le TDR pour les angines, je ne traite jamais une infection urinaire sans avoir au moins une BU...

(Relance) Donc vous vous sentez plutôt concerné par cela ?

Oui, avec la faculté et les stages hospitaliers, je me sens bien sensibilisé. Et puis il y a toutes ces études qui sortent et qui montrent que les bactéries multirésistantes seront l'une des premières causes de mortalité dans le monde... C'est sûr qu'il faut essayer d'adapter sa pratique. Après, il existe aussi le problème des antibiotiques dans le secteur agroalimentaire, et ça, nous ne pouvons pas le contrôler.

(Question principale) Plus précisément, concernant les infections urinaires... Lors de la prise en charge d'une infection urinaires supposée, comment raisonnez-vous pour prescrire des antibiotiques et un ECBU ?

En fonction des symptômes dans un premier temps. Je fais systématiquement une bandelette urinaire en cas de suspicion. En fonction des résultats, je vois si je traite tout de suite ou si on peut attendre les résultats de l'ECBU pour différer l'antibiotique.

Si on ne peut pas attendre, si la gêne est trop importante pour une cystite, je traite d'emblée sans pratiquer d'ECBU. Si on peut attendre, on attend, pour traiter d'emblée avec le traitement antibiotique adapté mais dans la plupart des cas, j'introduis un traitement probabiliste si je suspecte une infection plus haute.

(Relance) Vous me dites que vous réalisez donc fréquemment un ECBU. Quel est l'intérêt de cette démarche pour vous et qu'en attendez-vous ?

L'intérêt est primordial selon moi. Cela permet de retrouver le germe en question pour savoir s'il y a résistance ou non... sinon on peut se retrouver coincé. Et puis cela confirme le diagnostic ce qui n'est pas toujours possible en médecine générale.

Après cela me permettra si possible de réduire à un antibiotique avec un spectre moins large.

(Question principale) Au moment de la réception de cet ECBU, pouvez-vous identifier des leviers et des freins à la réalisation d'une désescalade thérapeutique, c'est-à-dire le passage à une antibiotique moins large, une fois l'infection confirmée et l'antibiogramme reçu ?

C'est sûr qu'avec des patients compliants qui vont revenir au bon moment, qui vont revenir avec les résultats, il est beaucoup plus simple de désescalader. A SOS médecin c'est également plus facile parce qu'on a les résultats sur l'application, on peut directement recontacter le patient. Parfois en cabinet, c'est plus dur... Le patient peut disparaître dans la

nature. Parfois quand il y a beaucoup de travail et beaucoup de bio à lire, il est possible qu'il y ait un oubli. Et puis, on peut se dire que le patient est quand même traité avec quelque chose qui marche donc on ne prend pas de risque pour lui.

(Relance) Vous m'avez dit qu'en cabinet, il existait des difficultés d'organisation, pouvez-vous préciser ?

La principale difficulté je trouve, c'est faire comprendre au patient que même s'il va mieux, qu'il n'a plus de symptôme avec le premier antibiotique, il faut quand même revenir au cabinet pour changer le traitement et retourner à la pharmacie... je pense que c'est la principale difficulté.

Après, une autre difficulté, c'est parfois de pouvoir faire un ECBU dans des situations compliquées. La nuit par exemple, quand un patient n'est pas bien et que tu as envie de traiter rapidement... On peut être tenté de démarrer les antibiotiques directement, et à ce moment-là pas de désescalade.

Et puis il y a tous les patients pour qui il est compliqué de faire l'ECBU, les enfants, les personnes âgées incontinentes.

(Relance) En dehors de ces situations, la désescalade est donc plutôt simple ?

Oui, parce qu'avec l'outil antibiociel, tout est décrit. C'est super pratique, super simple. On a la plupart des cas que l'on voit en médecine générale, avec tous les cas de figures : femmes enceintes, insuffisance rénale... Il y a même les critères d'hospitalisation ou non, la classification des différentes infections en fonction des comorbidités... je m'en sers tout le temps.

(Question principale) Et maintenant sur un plan plus général, que pensez-vous de l'intérêt et de l'efficacité d'une telle démarche de désescalade sur la prévention de survenue de l'émergence de résistance ?

En travaillant en ville, c'est compliqué... On ne voit pas vraiment les patients porteurs de germes résistants. On peut être tenté de ne pas forcément respecter parce que la majorité des infections que l'on voit sont sensibles et on peut ne pas prendre conscience directement du problème. Après je suis au début de ma carrière et je pense que cela peut vraiment évoluer.

(Relance) C'est donc un problème auquel vous n'êtes pas confronté directement ?

Je n'ai jamais vu dans ma pratique ou ma formation de patient décédé à cause de ce problème. A partir de là, sans nier le problème, il est sûr qu'on est moins sensibilisé. Bien que je sache que si on ne se tient pas scrupuleusement à ces recommandations, ce sera de pire en pire.

(Question principale) Et selon vous, quels sont les moyens qui pourraient être mis en place pour faciliter la désescalade ?

Il faudrait être sûr que la personne revienne avec les résultats du prélèvement. Comment obliger les gens à reconsulter, à faire le prélèvement... à le faire bien aussi, car il y a beaucoup d'examen non contributifs. Peut-être faudrait-il améliorer les techniques d'ECBU, parce qu'il m'arrive souvent d'avoir des contaminations. Il faudrait aussi faciliter la récupération des résultats pour que certains ne passent pas à la trappe. Il faudrait aussi avoir une meilleure

traçabilité des prises d'antibiotiques... Il est rare que les patients se souviennent des traitements qu'ils ont pris ce qui peut poser un problème avec les fluoroquinolones.

Entretiens avec M2

(Question principale) Que pouvez-vous me dire sur l'émergence de résistances antibiotiques et sur son impact dans votre pratique quotidienne ?

Je ne sens pas de réel impact dans ma pratique quotidienne... J'ai rarement eu affaire à des BMR. Après, comme je travaille principalement à SOS médecin, je suis souvent le premier à intervenir sur les infections. J'interviens plus rarement sur l'adaptation de l'antibiotique. Malgré tout, j'essaie de respecter les recommandations par rapport à ces résistances pour préserver nos capacités d'antibiothérapie pour l'avenir.

(Question principale) En parlant plus particulièrement des infections urinaires, dans votre pratique, comment raisonnez-vous initialement pour prescrire des antibiotiques et des examens complémentaires ?

Dans le cadre des infections urinaires classiques non récidivantes chez les femmes jeunes, c'est plutôt bénin donc je fais souvent uniquement la bandelette urinaire s'il y a les signes fonctionnels. Si elle est positive, je mets du Monuril en première intention, Selexid en deuxième intention... Sauf pour certaines patientes qui savent que le Monuril ne marchera pas. Je me méfie toujours des dires de certaines patientes mais bon, si je peux accéder à leur demande sans aller trop à l'encontre des recommandations, parfois je change. Mais je prescrirai surtout ces deux. Chez les femmes plus âgées, je rajoute l'ECBU et prescription d'antibiotique probabiliste.

Je vérifie toujours sur les résultats de l'ECBU si l'antibiotique est sensible. Si c'est le cas, je ne rappelle pas forcément les patients. Après le cas particulier à SOS médecin, c'est qu'on ne fait pas de suivi, on ne revoit pas toujours les patients donc je demande souvent au patient de revoir le médecin traitant.

(Relance) Vous m'avez dit que par moment les patients étaient réticents à prendre un antibiotique donné en première intention. Pouvez-vous m'en dire plus ?

Certaines patientes me disent que le Monuril ne fonctionne pas... Je pense que c'est en rapport avec le fait que ce médicament soit en prise unique ce qui est moins fréquent parmi les antibiotiques habituels. Alors est-ce qu'il s'agit d'un effet placebo ou y a-t-il un manque d'efficacité ou une vraie résistance, je ne sais pas. Mais dans ces cas-là, en général je passe sur Selexid.

(Relance) Pour en revenir à ce que vous avez dit un peu plus tôt, vous vérifiez systématiquement les antibiogrammes que vous recevez mais ne recontactez le patient que s'il y a résistance à l'antibiotique que vous avez prescrit ?

Effectivement, on reçoit toujours l'antibiogramme 48 à 72h après l'analyse. Je ne rappelle que s'il y a une résistance. Dans ce cas, je lui demande de prendre rendez-vous chez son médecin traitant muni du papier ou à la consultation si elle n'en a pas ou, au besoin, en visite avec SOS médecin.

(Question de précision) Et qu'en est-il de la prise en charge des infections urinaires hautes ?

Dans ce cas, je ne fais pas la prescription pour la durée complète et je demande de reconsulter le médecin traitant. Je prescris du Tavanic s'il n'y a pas d'allergie ni de prise dans

les 6 derniers mois. Il m'arrive de le prescrire en totalité s'il n'y a pas de médecin traitant ou si la réévaluation va être trop compliquée.

En revanche, je trouve qu'il y a vraiment un intérêt majeur si l'antibiotique initial est injectable comme la Rocéphine en raison de la difficulté pour trouver l'infirmière à domicile et à cause du fait que ce soit moins confortable pour le patient. Dans ce cas, je demande systématiquement une désescalade.

(Relance) Dans tous les cas, la prescription d'une antibiothérapie initiale est systématique pour vous ?

L'activité de SOS médecin veut que la gêne soit suffisamment importante si nous intervenons pour qu'un antibiotique soit prescrit, alors oui, c'est systématique pour moi.

(Question principale) Lorsque la désescalade thérapeutique est possible, quels sont les freins à sa réalisation ?

Le fait de ne pas faire de suivi dans mon activité actuel est forcément un frein. Ne pas revoir systématiquement la patiente complique un peu les choses. Et puis il faut dire que quand on est sur un médicament qui fonctionne, on a tendance à se dire qu'on continue sur ce qui fonctionne sans prendre plus de risque. Ce qui bloque c'est que la logistique n'est pas évidente quand on sait que le traitement est déjà efficace... Il faut que la patiente ait le temps, que son médecin traitant soit disponible.

(Relance) Il existe des problèmes logistiques trop important par rapport au bénéfice que l'on peut en tirer ?

Non, je ne vois pas vraiment le bénéfice pour le patient à partir du moment où il n'a pas d'effet secondaire et qu'on est sur des antibiothérapies brèves. Parfois, j'ai même tendance à penser, peut-être à tort, qu'on pourrait créer plus résistance en exposant une bactérie à plusieurs antibiotiques à la suite.

(Question principale) Quels sont pour vous les éléments, outils ou systèmes qui facilitent aujourd'hui réalisation d'une désescalade thérapeutique ?

Il y a bien sûr antibioclic qui est régulièrement mis à jour, qui propose des traitements probabilistes avec des adaptations à 48-72h. Ce sont les recommandations de l'HAS et des infectiologues. A partir de là je respecte les choix qui y sont faits. Les alternatives en cas d'allergie sont très pratiques.

(Question principale) Comment, selon vous, pourrait-on faciliter la réalisation de la désescalade thérapeutique dans les infections urinaires ?

Peut-être que si la délivrance antibiotique était limitée à la durée d'obtention de l'antibiogramme, cela obligerait la patiente à reconsulter son médecin. Mais encore une fois il faut que les deux puissent être disponibles.

Après éventuellement, on pourrait fournir directement une seconde ordonnance d'antibiotique à la patiente mais il faut avoir confiance en sa capacité de compréhension. Mais cela pourrait être une solution pour certaines personnes.

(Relance) Il peut donc exister un problème de coordination entre le prescripteur initial et la personne qui réévaluera éventuellement ?

Complètement, en cabinet je pense qu'il suffirait de demander à la patiente de revenir 48 à 72h plus tard pour faire une réévaluation voire une désescalade. Mais dans la société dans laquelle on est, je maintiens qu'il existe un problème de disponibilité, si la patiente travaille, si la personne est isolée et qu'il faut y aller en visite ce qui est assez chronophage.

(Relance) Et toujours en consultation ?

Oui, je préfère revoir les gens. Sinon on part encore sur des tâches administratives en plus des consultations qui prennent déjà beaucoup de temps sur la journée, on ne s'en sort pas surtout qu'il faut rappeler le patient pour lui expliquer. Non, je préfère un temps dédié de consultation.

(Question principale) Comment percevez-vous l'intérêt et l'efficacité de la désescalade thérapeutique pour prévenir la survenue de résistance ?

Je reviens sur ce que je disais plutôt, pour moi le fait d'exposer la bactérie à plusieurs molécules est le meilleur moyen de créer des bactéries multirésistantes. Après sur les infections basses, je ne donne pas d'antibiotique trop puissant ou avec des effets secondaires importants.

Entretien avec M3

(Question principale) Que pouvez-vous me dire sur l'émergence de résistance antibiotique et sur l'impact dans votre pratique quotidienne ?

Alors... Les résistances, de plus en plus. On le constate, particulièrement dans les infections urinaires qui sont de l'ordre de la pratique quasi quotidienne chez la femme, quasiment pas chez l'homme. Le problème que l'on rencontre, c'est pour les femmes post ménopause qui ont souvent des problèmes gynécologiques associés. Elles font infections urinaires sur infections urinaires. Et à chaque fois qu'on fait des ECBU, on tombe sur l'éternel Echerischia coli. A des taux plus ou moins importants, des leuco, c'est évident, des hématies pas toujours. Que faire avec tout ça ? Quand il y a une symptomatologie qui est relativement importante avec soit un début de fièvre, soit des brûlures vraiment intenses, on met en route une antibiothérapie. Après l'ECBU !

L'ECBU, quelques fois, au niveau du prélèvement ce n'est quand même pas tip top à cet âge-là, parce qu'il y a des souillures et la technique est parfois compliquée.

Donc tout dépend de l'importance de l'infection, moi je refais un ECBU parfois après, pas systématiquement. Parce que le fait de refaire un ECBU, si on retombe encore sur une petite quantité de germe, les gens vont te dire « on a encore une infection docteur, on ne s'en sort pas ». Du moment qu'on a un ECBU, qu'on a un antibiogramme, on met une antibiothérapie en route, moi je ne recontrôle pas systématiquement, dans la grande majorité des cas.

Après chez certaines personnes où il y a des comorbidités, parfois ça m'arrive de faire des ECBU de contrôle, parce qu'on va tomber un jour ou l'autre sur 39°C, et puis là on a un petit peu du mal à faire la part des choses. J'ai quelques petites mamies qui sont grabataires donc toujours un peu des crépitants, qui font aussi des infections urinaires.

Après si on veut être très précis, il faut demander aux infirmières de les sonder donc parfois je demande une ECBU de contrôle en fonction du contexte.

Après j'essaye d'éviter de mettre une antibiothérapie régulière. Cela nous avait été proposé il y a quelques années par des spécialistes, ils nous disent par exemple « faire 5 jours par mois de bactrim ». Je ne trouve pas que cela ait une efficacité terrible. Les patientes m'appellent pour me dire « je ne suis pas au début du mois et puis ça recommence ». Donc pour les infections urinaires récidivantes, je consulte souvent les gynécos, parce que c'est souvent lié à des problèmes gynécos chez la femme.

Après les résistances, c'est évident que si on met une antibiothérapie très fréquente, par exemple une fois par mois, on voit très vite des résistances s'installer. J'essaye toujours de leur dire de boire beaucoup, s'hydrater beaucoup, d'aller faire pipi comme il faut, de prendre le temps, de s'essuyer dans le bon sens. Les trucs classiques que les gens ne font pas toujours.

Après, c'est sûr que des résistances, il y en a de plus en plus et on le voit sur les antibiogrammes. Avant, ils testaient une liste comme ça d'antibio, maintenant c'est très ciblé.

Là où on est aussi embêté, c'est pour les gens qui ont des germes style klebsielle, c'est très compliqué, parce que c'est récidivant malgré l'antibiothérapie, que l'on met quelques fois sur une durée non négligeable. Là, je fais un ECBU de contrôle 10-15 jours après la fin de l'antibiothérapie. Alors je me trompe peut-être, mais souvent on retrouve le germe. Est-ce qu'il

faut vraiment refaire un ECBU ? Est-ce qu'il faut laisser courir jusqu'à ce qu'il y ait une nouvelle symptomatologie ? C'est parfois ce qu'on se demande avec les germes plus embêtants. Surtout avec les risques de pyélonéphrite derrière. Et si le germe est encore là, est-ce qu'on remet une antibiothérapie ? Après on voit beaucoup aussi de germes résistants avec nos antibiotiques d'officine et on n'a pas d'antibiothérapie hospitalière. Dire aux gens « on vous hospitalise pour traiter ça » ... ils ne sont pas toujours d'accord.

Je me rappelle un patient que je suivais, qui avait un cancer de vessie, des poches de stomie... qui me faisait infection urinaire sur infection urinaire. Il avait 2 BMR et il est parti avec ça. Il y avait des antibiotiques efficaces mais c'était des antibiotiques hospitaliers. Il n'a jamais voulu rentrer à l'hôpital pour se faire traiter.

C'est un problème que l'on rencontre très fréquemment. Et j'avoue que je ne suis pas toujours sereine devant la conduite à tenir. Qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je leur demande de boire beaucoup, de s'hydrater et de reconstrôler ? Est-ce que du moment qu'on a un germe, on traite ou on laisse courir jusqu'au prochain symptôme ?

Mais les gens sont demandeurs en tout cas. Les femmes sont demandeuses de contrôle. La plupart du temps j'essaye de leur expliquer qu'il n'y a pas de raison de reconstrôler. Il y en a qui l'entendent, il y en a qui l'entendent moins.

(Relance) Par rapport à l'antibiothérapie, vous m'avez dit que vous traitiez fréquemment après les résultats de l'ECBU. Est-ce qu'il arrive que vous traitiez avant et pourquoi ?

C'est très rare. C'est plutôt pour les patientes que je vois le lundi, qui me disent « ça a commencé vendredi, il me restait un truc dans ma pharmacie donc j'ai commencé ». Donc là, pas la peine de faire un ECBU. Quelques fois je change l'antibiotique parce souvent elles ont pris un comprimé le vendredi, un comprimé le samedi, avec un mauvais dosage. Il faut voir les trucs qu'ils font... Là je repars sans antibiogramme avec une antibiothérapie au bon dosage sur la bonne durée. Sinon je fais systématiquement un ECBU.

(Relance) Qu'il s'agisse d'une infection basse ou haute ?

C'est vrai que pour l'infection cliniquement haute, avec la percussion du rein, la fièvre... il y a des signes cliniques. Mais quelques fois, on n'a pas encore de signe clinique au moment de l'évaluation. Mais quand une femme me dit « j'ai fait pipi du sang », « j'en peux plus tellement j'ai mal » etc. Moi je crains toujours un peu l'infection haute. Là je traite de manière systématique. Après une femme qui me dit « ça me brûle, ça me brûle, mais si je bois beaucoup ça va mieux », là je vais essayer d'attendre un peu et je ne fais pas forcément d'ECBU. Je propose une hydratation et une miction correcte. Et si ça ne va pas, je lui demande de me rappeler. Mais j'essaye de ne pas mettre trop d'antibiotique. Pour éviter les résistances, parce que sinon on ne s'en sort plus. Avant, on nous préconisait des antibiothérapies préventives comme avec le Monuril. Par exemple, un sachet de monuril 2 fois par mois... J'ai vu ça avec des urologues. Et en fait, ça ne fonctionne pas. Quelle attitude prendre pour qu'il n'y ait pas de récurrence ? J'aimerais bien savoir parce que c'est très fréquent !

Après pour les hommes, c'est beaucoup plus simple. Ils ont une symptomatologie qui est parlante donc ECBU et antibiothérapie derrière. Pour ceux qui sont vraiment embêtés, je commence tout de suite l'antibiothérapie après l'ECBU. Après j'adapte l'antibiothérapie si je

me suis planté. Mais c'est vraiment beaucoup plus simple avec l'homme. On diagnostique, on fait l'ECBU, on met le traitement, et puis on ne les revoit pas.

C'est plus chez la femme que la question se pose, surtout la femme ménopausée et parfois chez la jeune femme par rapport à la pilule. On change de pilule et elles ne font plus d'infections urinaires.

(Question principale) Dans les cas où vous introduisez une antibiothérapie d'emblée, quels peuvent être les freins à réaliser une désescalade thérapeutique, c'est-à-dire un passage d'un antibiotique large spectre à un antibiotique de spectre plus étroit ?

Je ne sais pas parce que c'est ce que l'on cherche à faire. Dès qu'on peut mettre une pénicilline seule, s'il n'y a pas d'allergie, on met une pénicilline. On garde les cartouches pour ce qui est important. Moi, je ne vois pas d'obstacle pour diminuer l'antibiothérapie initiale. Au contraire ! Si on a l'appui de l'ECBU avec les CMI, on peut choisir facilement. En revanche, certains laboratoires ne le mettent plus. C'est dommage... Pour moi ça avait une importance. On essaye de s'appuyer aussi là-dessus. Mais si on voit un antibiogramme sensible sur une germe classique, c'est évident qu'on passe à la pénicilline.

(Question de précision) Existe-t-il des difficultés d'ordre logistique ou en rapport avec votre pratique ?

La difficulté logistique, elle existe. Pour l'instant, les laboratoires, après 15h30 – 16h, ne prennent plus les urines des gens. Ils disent aux patients de recommencer le lendemain. Les gens qui sont là avec un peu de fièvre ou des douleurs et qui me disent « demain je vais bosser, je ne peux pas travailler comme ça. Ils ne veulent pas me prendre l'urine, comment je fais ? » Soit, je commence une antibiothérapie pour ne pas laisser le patient comme ça. Soit, (mais je ne sais pas si je dois le dire) je leur fais prélever les urines dans un pot stérile, je leur dis de le mettre au frigo et ils commencent l'antibiothérapie.

Il y a aussi des difficultés liées au week-end, quand on est de garde, il n'y a pas de laboratoire ouvert. Dans ces cas-là, on fait une bandelette mais ce n'est pas aussi précis et on n'aura pas d'antibiogramme derrière.

Quelqu'un qui sort de son travail, qui est allé faire pipi 20 fois dans la journée, qui a hyper mal, il va me dire : « Vous me donnez quelque chose, sinon ça ne va pas aller ! ». Et puis on ne va pas faire un arrêt de travail le lendemain pour aller au laboratoire puis aller à la pharmacie pour l'antibiotique. Je trouve que c'est stupide. Donc je commence le soir. Ou pour les courageux, je fais l'ordonnance, ils vont chercher l'antibiotique le soir et je leur dis de le prendre le lendemain après être passé au laboratoire. Mais souvent, les trois quarts le prennent le soir.

(Relance) Ce serait donc plutôt en rapport avec le laboratoire ?

Oui, parce que pour nous, cela ne pose pas de problème concernant la marche à suivre. On fait parfois des bandelettes mais le mieux c'est d'avoir un antibiogramme.

(Question de précision) Existe-t-il des difficultés en rapport avec le patient ?

Je ne pense pas que cela puisse être gênant si on l'explique. Je ne vois pas de problème avec les patients. Je leur dis « Ecoutez, ces antibiotiques sont un peu plus simples. Donc on va mettre le plus simple. Il marche, regardez, c'est marqué. On va garder les autres si un jour vous

avez un germe un peu plus méchant. » Le patient, ce qu'il veut, c'est être mieux. Si on lui explique, je ne pense pas que ça pose de problème.

Après il existe aussi des problèmes avec les patients âgés, grabataires, polyopathologiques, pour lesquels il est compliqué d'avoir un prélèvement. Et pour ces patients, comment faire pour désescalader sans un ECBU fiable ? On a un vrai problème de résistance pour ces patients, mais en désescaladant on s'expose au risque d'aggravation de l'état. Comment faire dans ces cas-là ? Je ne sais pas.

Et puis, dans les infections un peu plus importantes, il y a le problème de choix du médicament initial. J'ai un exemple d'une dame de 80 ans avec une pyélonéphrite. Elle était en FA (fibrillation auriculaire), comment faire pour mettre des fluoroquinolones ? Et puis il y a des problèmes de tendinopathie avec les personnes âgées. En général, j'utilise de l'Augmentin dans ces cas-là, à cause des effets secondaires des fluoroquinolones.

(Question de précision) Et comment percevez-vous l'évolution des recommandations et leur application vis-à-vis des antibiotiques à privilégier ?

Bon... on suit un peu. Il faudrait aller voir régulièrement, mais j'avoue que j'ai un manque de temps. Parfois je me force à regarder des recommandations. Après, quand c'est mis à jour, je ne vais pas voir systématiquement. Je dois fonctionner sur d'anciennes recommandations parce que je ne suis pas allée voir les nouvelles. Mais surtout par un manque de temps. On a beau faire de la FMC (formation médicale continue), le cabinet, ça prend du temps... Les dossiers, les télétransmissions... On a beaucoup de choses à faire. Parfois on voit un article passer, tu vas lire l'article, et après évidemment qu'on va l'appliquer. Mais j'avoue que je ne vais pas toujours chercher les dernières recommandations. Ou alors on applique ce qui est indiqué sur les courriers des spécialistes, comme les urologues dans ce cas. On suppose que lui connaît les dernières recommandations. En médecine générale, ce qui est difficile, c'est qu'on fait de tout. On ne peut pas tout savoir. Je vais être particulièrement attentive à ce que dit le spécialiste, et essayer de fonctionner sur le prochain patient avec ce que le spécialiste m'a dit. L'autre solution, ce serait les soirées de formations. Là, tu entends les recommandations et tu les retiens. Mais c'est principalement par manque de temps pour moi.

(Question principale) A l'inverse, est-ce qu'il existe des éléments, des outils ou des systèmes qui facilitent la réalisation d'une désescalade thérapeutique dans les infections urinaires ?

Très honnêtement, je n'en sais rien. Je devrais peut-être aller chercher ce genre d'outil, mais je n'ai encore pas consulté. Si un ECBU répond « sensible à l'amoxicilline », je vais tout simplement mettre mon patient sous amoxicilline. Mais je ne suis pas allée chercher les outils pour m'aider. Mais ce serait très intéressant de connaître ce genre d'outils. Parce que parfois on est pris par le temps, et puis on se pose et on se dit « là tu pourrais peut-être mieux faire ». Tu aimerais bien avoir les informations. Et puis tu te dis que tu n'as pas le temps. Et puis, il suffit de recevoir une information, un courrier, qui va être évident, et pas noyer au milieu de pleins d'informations différentes et là tu vas capter le truc. Mais aller chercher, pas toujours !

(Relance) Il existe donc une complexité dans l'accessibilité à une information simple et claire ?

Elle existe peut-être quelque part. Mais moi, je ne l'ai pas captée ! Il faudrait un peu plus d'accessibilité. Mais encore une fois, c'est compliqué en médecine générale parce qu'il faudrait quelque chose de plus accessible pour les infections urinaires, mais il faudrait la même

chose en pneumologie, en cardiologie... On a tellement de domaines que ce n'est pas toujours facile d'avoir des bonnes informations pour tout.

(Question principale) Comment, selon vous, pourrait-on faciliter la réalisation de la désescalade thérapeutique dans les infections urinaires ?

Déjà, il faut que l'on ait les informations. Sous quelle forme, je me demande. Je fais de la FMC et un DU (diplôme universitaire) tous les deux pour essayer dans un domaine d'être un peu plus performante. Est-ce qu'il faut continuer à faire de la FMC ? Oui, mais c'est nous qui choisissons les thèmes. Je sais qu'il y avait un moment, à la maison des professionnels de santé, ils ont fait un truc sur l'antibiothérapie. Je voulais y aller, mais je n'ai pas eu le temps car je finis à 10h du soir. Est-ce qu'il ne faudrait pas plutôt recevoir l'info ? Est-ce que c'est par courrier, est-ce qu'il faut aller chercher sur informatique ? Les jeunes, vous le faites bien. Moi je fais partie des vieux médecins et en plus je ne suis pas très informatique. J'ai moins ce réflexe d'aller chercher sur informatique. Pour moi ce serait plus facile par courrier. Après, au niveau du patient, ça ne me pose aucun problème. On leur dit que ce n'est pas la peine d'écraser une fourmi avec une massue. Le patient nous fait confiance donc ça ne pose pas de problème. Sur le plan logistique, on aimerait que les laboratoires soient un peu plus flexibles. Parce que nous on est coincé le soir, on fait comment ? Moi je comprends un patient qui est très gêné, qui a envie de dormir la nuit, qui doit aller bosser le lendemain... Ce n'est pas facile. Dans ces cas-là, je préfère leur dire qu'on abandonne, et qu'on ne fait pas l'ECBU. Au moins, je sais où on va. Non, c'est vraiment pour l'information que je suis gênée. Il faudrait trouver une solution pour avoir une information simple et pratique. Des mails, peut-être ? Mais il faut que ce soit concis.

(Relance) Une information simple et concise donc.

Moi je pense que sur l'antibiothérapie en général, on manque d'information. Tout évolue vite, donc on fait comme on a appris à faire, même si ce n'est pas toujours au goût du jour on va dire.

Je vois par exemple : j'ai vu une dame pour infection urinaire récidivante cet après-midi. Sur le compte rendu du laboratoire, il était écrit « il est conseillé de mettre 3 doses de Monuril à 48h d'intervalle ». Cela peut être un moyen aussi. Le laboratoire nous donne l'information. Je suppose que les laboratoires suivent les antibiothérapies, j'ai donc fait comme il était écrit.

(Relance) Une information qui viendrait donc du laboratoire.

Qui pourrait venir du laboratoire. Moi cela m'a paru intéressant. Je me posais la question pour savoir ce que j'allais faire. Et là le laboratoire me propose cela. J'ai trouvé cela intéressant. Ce sont eux qui font les antibiogrammes, qui analysent et qui connaissent les résistances. J'ai trouvé cela intéressant.

Entretien avec M4

(Question principale) Que pouvez-vous me dire sur l'émergence des résistances antibiotiques au sens large et sur son impact dans votre pratique quotidienne ?

Alors, concernant les résistances antibiotiques, j'ai pour habitude de changer d'antibiothérapie très régulièrement. Tous les 15/20 jours, je change d'antibiotique de base. Je le fais pour ne pas habituer les gens toujours au même antibiotique. Il y a des variations dans mes prescriptions qui sont surtout en fonction de la personne. Quand une personne fait une ou deux infections dans l'année, je ne jongle pas. Quand c'est plus, quel que soit le type d'infection, j'essaie de modifier la famille d'antibiotique, le type d'antibiotique... Je suis très lent, à mettre des antibiotiques. Je préfère revoir les gens, décaler la prise d'antibiotique et leur dire « là il faut, là il ne faut pas ». Ce n'est pas une consultation que je fais payer, c'est vraiment pour me donner le temps de voir si c'est viral ou non. Je ne fais pas les tests au niveau de la gorge, pour une simple raison, c'est que ça recherche le staphylocoque et le streptocoque, et que l'on peut avoir d'autres angines derrière. Et ça, ça me dérange. Dire « il n'y a rien » et après on passe à côté. Après c'est en fonction des âges aussi, des comorbidités (comme le diabète) ... Je suis un peu moins interventionniste que la moyenne.

En résumé, je module mon antibiothérapie en fonction du patient, des récurrences et je change régulièrement d'antibiotique.

(Question de précision) Quelle est votre opinion concernant les recommandations et la politique de lutte contre la résistance antibiotique ?

Il y a une implication bien sûr. Il y a 30 ans, en sortant de la fac, c'était systématiquement antibiotique, cortisone et ultra levure. J'ai arrêté la cortisone, j'ai arrêté les ultra levures dans la mesure où je suis moins agressif avec les antibiothérapies. Et évidemment, depuis 10 ans que l'on nous dit qu'il faut à tout prix éliminer certains types d'antibiotiques, j'ai quand même rétréci ma prescription d'antibiotique de façon significative.

(Question principale) Par rapport à la prise en charge des infections urinaires chez la femme, comment raisonnez-vous pour prescrire des antibiotiques et/ou des examens complémentaires ?

Je sépare les infections urinaires en deux. Primo-infection urinaire, ou première dans l'année, dans ce cas je ne fais pas d'examens. La clinique, quand elle est suffisante, je traite. Avec évidemment, le plus petit antibiotique, de la plus courte durée possible. Si jamais il y a des récurrences, systématiquement ECBU et on regarde le germe et l'antibiogramme. A partir de la 2^e infection.

(Question de précision) Comment appréhendez-vous la notion d'infection urinaires hautes ou basses ?

Les infections urinaires basses, avec brûlures et compagnie, c'est bien particulier. Quand il y a des douleurs rénales un peu plus importantes, une gêne plus importante, à ce moment-là c'est l'ECBU d'office. Sinon je ne fais pas l'ECBU en première intention.

(Question de précision) Existe-t-il des éléments qui peuvent vous conduire à différer la prescription d'antibiotique ?

Le diabète, par exemple, me fera prescrire une antibiothérapie plus tôt. La périodicité des infections urinaires également. J'ai une patiente qui m'a fait 9 infections urinaires en une année, des vrais tableaux d'infection. La fièvre me conduit à prescrire d'emblée, une gêne trop importante également. Quand il y a des signes cliniques modérés, on essaye de ne pas prescrire d'antibiotique d'emblée. On fait boire, on donne des explications, de la canneberge si on peut. La mentalité des gens aussi... Il y en a qui sont très antibiotiques, s'ils sortent sans antibiotique ils vont nous casser les pieds. Ils reviennent, encore et encore. Si les gens sont un peu plus larges d'esprit, on n'est pas systématiquement obligé de mettre des antibiotiques. On donne des conseils d'hygiène de vie, et ça passe souvent sans antibiotique.

(Question principale) Comment intégrez-vous la notion de désescalade thérapeutique dans votre pratique concernant les infections urinaires ?

Personnellement, je vais au bout du traitement antibiotique. Je n'aime pas trop arrêter les antibiotiques en cours de traitement.

(Relance) C'est le fait de changer d'antibiotique en cours de traitement qui vous gêne ?

Pour ce qui est des fluoroquinolones, la sécurité sociale nous avait envoyé des mails et des courriers en 2015 pour nous dire de mettre des fluoroquinolones en première intention. Avant je ne le faisais pas, maintenant, puisqu'on a eu un message nous demandant de mettre des fluoroquinolones, on passe aux fluoroquinolones.

(Relance) Infection haute ou basse confondue ?

Oui, infection haute ou basse confondue. J'ai modifié mon attitude par rapport à ce que je faisais avant. Avant je prescrivais des pénicillines, des céphalosporines et de temps en temps des fluoroquinolones. Maintenant, c'est principe de base, fluoroquinolones.

(Question de précision) Existe-t-il des situations au cours desquelles vous passez d'un antibiotique large spectre à un antibiotique à spectre plus étroit après réception d'un antibiogramme ?

Cela me semble difficile à effectuer dans la mesure où on a toujours orienté les antibiothérapies autour d'une durée précise pour être efficace. Dès qu'on diminue la durée de l'antibiothérapie ça me pose un problème. J'ai peur des récurrences.

(Relance) S'il s'agissait, par exemple, de passer par exemple des fluoroquinolones à une pénicilline, comme vous faisiez avant ?

Je n'y ai jamais vraiment pensé. Je prescris pour une durée donnée et je ne diminue pas. En revanche, s'il y a une deuxième infection urinaire, je changerai d'antibiotique. Mais le traitement est prescrit pour une durée donnée et doit être pris jusqu'au bout.

Il faut dire que pendant mes études, on utilisait les antibiotiques à tour de bras. La première fois que je me suis senti gêné par l'utilisation des antibiotiques, ça a été dans les années 90 quand on a commencé à nous parler du problème catalan de l'amoxicilline, ils n'utilisaient que ça et les résistances étaient en train d'exploser. C'est pour cela que je change régulièrement de famille d'antibiotique. Ce qu'on faisait il y a 30 ans, aujourd'hui c'est devenu aberrant.

(Relance) Le changement d'antibiotique en cours de traitement ne vous semble donc pas pertinent ?

Non seulement, ça n'est pas pertinent, mais on m'a toujours appris que c'était dangereux. Que c'était sélectionner des germes. On allait jusqu'au bout de l'antibiothérapie.

(Question principale) Existerait-il, au vu de votre expérience, des freins à la réalisation de la désescalade thérapeutique dans les infections urinaires ?

Le premier frein selon moi serait les gens. Les gens qui veulent sortir avec un antibiotique systématiquement. Pour eux, ce serait beaucoup plus difficile de faire cette démarche. Et puis il y a l'intérêt de l'ECBU. Quand on a un ECBU, on peut expliquer par A + B qu'il n'y a pas d'infection urinaire et qu'ils peuvent arrêter l'antibiotique. Dans ce cas, on arrive à leur faire comprendre qu'il n'y a pas besoin d'antibiotique et on leur fait arrêter. Je me sers de ma concentration de la bactérie. Quand on est à moins de 10^5 , je ne traite pas et j'essaie de faire arrêter les antibiotiques. Maintenant, il y a des gens qui ont à tout prix besoin d'antibiotique. J'ai une patiente pour qui c'est une catastrophe. Elle ne tient pas compte des résultats des analyses d'urines, elle me dit « le labo se trompe ». Pour ces gens-là, je ne négocie même plus. Et ce sont les mêmes personnes qui nous font des pyélonéphrites par la suite, mais ils le cherchent. C'est parfois du harcèlement, et c'est terrible parce qu'on est plus maître de la situation. Mais globalement, il y a vraiment une baisse de la prescription d'antibiotique.

(Question principale) Comment pensez-vous que l'on pourrait faciliter la prise en charge des infections urinaires sur le plan de la réévaluation et éventuellement de la désescalade thérapeutique dans les infections urinaires ?

Avec l'utilisation de bandelettes urinaires. Le problème c'est que les gens n'ont pas envie d'aller aux toilettes au moment de la consultation mais c'est vrai que l'usage des bandelettes pourrait nous confirmer l'infection urinaire et orienter les gens sur la prise ou non d'une antibiothérapie si nécessaire.

(Question de précision) Et concernant la réception et l'utilisation des données de l'ECBU ?

Déjà on a un problème, c'est que les gens sont persuadés que l'analyse d'urine doit se faire à jeun. On a beau leur dire que ça ne sert à rien, ça ne change rien. Le week-end ça pose aussi un problème. Si le résultat est positif, on peut l'avoir dans la demi-journée. Mais si le résultat est négatif, on nous demande d'attendre 48h avant d'avoir le résultat négatif. Si on arrive le jeudi, vendredi l'analyse est faite, les résultats n'arrivent que le lundi. De ce cas, ça fait 4 jours de décalage et on sait que c'est dans ces cas-là que l'on risque des pyélonéphrites. En début de semaine, on peut se permettre d'attendre. En fin de semaine, on traite.

Entretien avec M5

(Question principale) Que pouvez-vous me dire sur l'émergence de résistances antibiotiques et sur son impact dans votre pratique quotidienne ?

Si j'ai bien compris, on a un peu abusé de certains antibiotiques pendant de nombreuses années et maintenant on se retrouve avec des bactéries qui sont résistantes à ces antibiotiques donc il faut qu'on réajuste, au moins qu'on limite certains antibiotiques, notamment l'Augmentin sur certaines infections respiratoires, par exemple, qui a été largement trop utilisé donc il faut les garder pour des indications bien précises et des formes un peu plus graves, pour éviter d'arriver à un stade où on n'est plus du tout efficace sur certaines bactéries. On pense aussi aux fluoroquinolones dans les infections urinaires chez les femmes. Donc il faut vraiment essayer d'adapter, de limiter les antibiotiques forts sur certaines indications.

Après, c'est vrai que si le patient a l'air grave, on a tendance à partir sur quelque chose un peu fort, mais qu'on réadapte en fonction. J'avoue que sur les infections urinaires, je n'ai pas tendance à partir sur quelque chose de très large. Si elles n'ont pas d'antécédent particulier, on commence par le Monuril et après on réadapte si ça ne fonctionne pas. Mais voilà, il faut vraiment essayer de garder les antibiotiques pour lesquels on sait qu'il y a des résistances. Déjà on aura fait un prélèvement, on sera sûr le germe est costaud et que l'antibiotique est fonctionnel.

(Relance) Plus particulièrement, pour les infections urinaires de la femme, vous m'avez dit que vous préférez mettre des antibiotiques du spectre le plus étroit possible.

Oui, chez la femme, maintenant on a un nouvel antibiotique qui est sorti il n'y a pas longtemps, le Selexid, qui fonctionne globalement bien sur les infections qui ne sont pas récidivantes. Moi, si j'ai une femme qui n'a aucun antécédent, qui fait une première infection, souvent il y a un facteur déclenchant qui a été retrouvé, comme la constipation ou la rétention des urines, j'ai tendance à commencer par le Monuril, sans forcément d'analyse des urines d'ailleurs. On peut la faire après si besoin pour certaines femmes, quand c'est récidivant. Si le Monuril ne fonctionne jamais, on ne va pas s'acharner. Mais maintenant, j'ai tendance à mettre du Selexid en 1^e intention qui est à faible risque de résistance. Et si besoin il y aura une réadaptation ultérieurement.

(Question de précision) Comment intégrez-vous la notion d'infection urinaire haute ou basse ?

Alors, le plus souvent on voit des cystites. Des infections urinaires basses sans forme grave. Après si on parle de pyélonéphrite c'est autre chose. Ce n'est pas la même prise en charge. A ce moment-là, on partira plutôt sur de la Rocéphine et on adaptera en fonction de l'antibiogramme puisqu'on ne va pas rester pendant 1 semaine sous piqure de toute façon. On mettra un traitement per os qui sera adapté en fonction de l'antibiogramme. Effectivement, c'est différent sur les pyélonéphrites. Quand je parlais du Monuril ou du Selexid, c'est vraiment sur les infections basses.

(Question principale) Il existe donc une notion de désescalade thérapeutique pour les pyélonéphrites ou les infections basses récidivantes ?

Sur les pyélonéphrites, c'est systématique puisque je mets d'abord Rocéphine puis j'adapte avec l'antibiogramme en fonction de la CMI, qui doit être la plus basse possible et en même temps pas trop à risque de résistance non plus. Sur les cystites, globalement, je suis très

Selexid, c'est très rare qu'il ne soit pas efficace, sauf lorsqu'il ne s'agit pas d'un Escherichia Coli, pour un entérocoque où on n'est pas forcément efficace. Là, on change d'antibiotique, toujours en fonction des CMI et en fonction des allergies de la patiente pour essayer de trouver le plus efficace et le moins à risque de résistance derrière.

(Relance) Vous vous servez donc beaucoup de la CMI.

Globalement oui. Le plus souvent, elle est donnée par le laboratoire. Alors il est vrai que quelques laboratoires rendent juste « sensible » ou « résistant » mais la plupart du temps on les a et je m'en sers.

(Question de précision) Comment percevez-vous l'intérêt de cette démarche sur le plan écologique ?

Cela me paraît important de le faire, après je ne sais pas si cela a un impact positif rapide sur l'émergence des résistances. Je n'en ai aucune idée. De principe, ça a l'air de l'être donc il faut essayer de le faire au maximum, mais après il faut voir combien de temps il faudra pour limiter ces résistances et pour réussir à en sortir. J'ai dans l'idée que cela va être long, mais si on pouvait nous rassurer et nous dire que ce sera rapide, ce serait cool.

(Relance) Il y a un manque de visibilité sur l'évolution de ces résistances ?

Oui, tout de même.

(Question principale) Lorsque la désescalade est possible, existe-t-il des freins à sa réalisation ?

... A quel niveau ?

(Question de précision) Qu'il s'agisse du patient, qu'il s'agisse de vous-même, qu'il s'agisse de la logistique...

Clairement, pour les pyélonéphrites, les gens sont contents d'arrêter les piqûres et de passer sur des antibiotiques per os donc cela ne pose jamais aucun problème. Après sur les infections urinaires basses, c'est très rare que je fasse des changements d'antibiotiques. Mais les rares fois où cela est possible, les patients ne mettent pas de frein au changement d'antibiotiques. Quand on leur explique que c'est pour eux, ça se passe globalement plutôt bien, quand il y a l'explication qui va avec.

(Question de précision) Et par rapport aux recommandations actuelles vis-à-vis des antibiotiques à utiliser ?

Alors ce n'est pas très compliqué, car j'ai le clic facile sur antibio clic justement. Quand il y a quelque chose d'un peu plus complexe, des infections récidivantes, ou des patientes à risque de faire des complications, j'ai tendance à aller sur antibio clic pour voir ce qu'il me propose. Et franchement il est super ce site. Donc c'est rare, mais je me laisse aussi guider par les recommandations quand j'ai un doute.

(Question de précision) Aucune difficulté sur le plan logistique ?

C'est très rare. Quand je vois les patients en consultation, je leur fais faire l'analyse, on a ce qu'il faut au cabinet. On le laisse à l'infirmière qui travaille avec nous et il est envoyé

directement au laboratoire. Peut-être que le fait qu'il n'y ait pas besoin de se déplacer ailleurs, ça facilite les choses.

Après de temps en temps il y a les femmes qui viennent en ayant déjà commencé l'antibiotique. On est bien embêté, on leur explique qu'il ne faut jamais le refaire. Cela m'est arrivé une fois, où on a été bien embêté. Je crois qu'elle a commencé à prendre de l'amoxicilline. Au bout de 3 jours de prise, elle n'en avait plus. On a donc pas pu faire l'ECBU. Je crois que j'avais essayé le Selexid et finalement c'était passé. Mais je lui ai bien expliqué que cela aurait pu être le cas, et que les conséquences auraient pu être lourde. Presque, je lui ai fait un peu peur en lui parlant de pyélonéphrite, de complications, de dysfonctionnement du rein, et du coup, je pense que ça percute et qu'après elles font attention. Quand ça arrive le week-end, c'est compliqué c'est sûr, mais bon soit on va aux urgences, soit on attend un peu. Mais globalement ça va.

(Question principale) Comment, selon vous, pourrait-on simplifier la réévaluation et, quand cela est possible, la désescalade thérapeutique dans ces infections urinaires ?

Très bonne question. Je n'y ai jamais réfléchi, mais c'est vrai que cela fait partie de la pratique. On reçoit l'antibiogramme, on appelle, ça va mieux, ça ne va pas mieux... C'est de la pratique courante. Je ne trouve pas cela très compliqué, ça ne prend pas énormément de temps. En tous les cas, ce n'est pas une gêne en ce qui me concerne.

Entretien avec M6

(Question principale) En dehors des infections urinaires, globalement, que pouvez-vous me dire sur l'émergence des résistances antibiotiques et son impact sur votre pratique quotidienne ?

Bon, je ne suis pas infectiologue. Moi je fais attention à ne pas prescrire trop d'antibiotique et trop large parce que je sais que c'est très délétère autant pour la planète que pour nous. Dans la pratique quotidienne, je fais très attention. Sauf quand j'en ai marre de lutter contre les patients qui demandent les antibiotiques, mais c'est de moins en moins. Mais sinon je fais très attention.

(Relance) Comment se traduit le fait qu'il faille lutter avec les patients ?

Par exemple, ils viennent voir le remplaçant qui ne prescrit pas d'antibiotique parce qu'il est bien éduqué. Ils reviennent deux jours après parce qu'ils n'ont pas eu d'antibiotique, parce qu'ils sont toujours malades... Donc, parfois, j'explique et ça reste comme ça. D'autres fois... parce qu'il y a des vieilles pratiques quand même, les médecins prescrivait beaucoup d'antibiotiques. Moi j'ai connu ça, on le faisait systématiquement. La moindre angine... Et donc il y a encore des demandes, parfois quand on explique ça va, mais pour certains ce n'est pas la peine, j'abandonne... J'avoue.

(Question principale) Intéressons-nous plus particulièrement aux infections urinaires. Au cours de la prise en charge des infections urinaires de la femme, haute ou basse, comment raisonnez-vous pour prescrire des antibiotiques et/ou des examens complémentaires ?

Alors, haute et basse il y a une différence quand même. Je regarde les facteurs de risque de complication, comme la grossesse par exemple, le diabète... Je ne prescris pas d'ECBU systématiquement, seulement s'il y a un facteur de risque de complication ou si c'est une infection urinaire haute, s'il y a de la fièvre. En fonction de la patiente et de la pathologie. L'antibiotique, je le prescris selon la souffrance, en attendant l'antibiogramme.

(Relance) En fonction de la clinique, de la gêne occasionnée, vous voyez si vous traitez immédiatement ou non ?

En général, je traite même une cystite simple, mais là je ne fais pas d'ECBU. Si je fais l'ECBU, je lui dis d'aller immédiatement au laboratoire pour adapter par la suite.

(Question principale) A partir de là, comment intégrez-vous la notion de désescalade thérapeutique dans ces mêmes infections urinaires ?

S'il s'agit d'une infection haute, et qu'il faut faire une ceftriaxone en attendant l'ECBU, ça m'arrive de le faire, eh bien dans ce cas j'adapte par la suite. Mais ça met au moins 2 jours, 3 jours. Si c'est le samedi, ce sera le lundi ou le mardi. En général, c'est au moins 48h. Donc il y a au moins 48h de traitement large spectre.

(Relance) Vous faites donc cela systématiquement dans le cadre des infections hautes ?

Oui, c'est quelque chose de systématique.

(Question de précision) Comment percevez-vous l'intérêt global de cette démarche pour prévenir la survenue des résistances ?

Je pense que c'est la moindre des choses. Comment vous dire... Déjà, les antibiotiques, ça fait 30 ans que je travaille et je n'en ai pas vu de nouveau. Donc j'ai bien compris qu'il fallait faire attention avec nos antibiotiques. Parce qu'il n'y en aura pas d'autre. Et s'il y a trop de résistance on sera coincé à un moment ou à un autre. Donc je fais très attention.

(Question principale) Dans ce contexte, quels sont pour vous les freins et les éléments qui facilitent la réalisation de cette désescalade ?

Dans mon lieu d'exercice, la réalisation des prélèvements est simple, et les résultats sont envoyés par internet. Je ne vois pas de frein. Et c'est facilité par le fait que je peux appeler le patient pour lui dire « on change d'antibiothérapie », je lui fais une ordonnance sans prise de rendez-vous, je ne me fais pas rémunérer pour cela. Je le fais, c'est tout. C'est une habitude, on va dire. Bien sûr je l'ai prévenu avant.

(Relance) Les patients comprennent l'intérêt de cette démarche ?

Je leur explique avant, et ils ne posent pas de problème. Ils repassent chercher leur ordonnance.

(Question principale) Pour finir, j'aimerais savoir comment, selon vous, on pourrait faciliter la réévaluation et quand elle est possible la désescalade thérapeutique dans les infections urinaires de la femme en médecine générale ?

Comment simplifier... ? Il faudrait avoir un résultat plus vite. On peut aussi, s'il n'y a pas trop de symptôme, attendre un peu avant de mettre des antibiotiques. Parce qu'on le sait qu'il y en a qui passent toutes seules. La preuve, parfois ils ne viennent pas se traiter. Au coup par coup, on peut essayer de simplifier cela en ne prescrivant pas l'antibiotique en premier lieu et attendre l'antibiogramme s'il n'y a pas de risque de complication. Mais c'est un peu compliqué.

(Question de précision) Sur le côté pratique, y'a-t-il des choses qui pourraient simplifier cette démarche ?

Il y a les bandelettes urinaires, mais ça simplifie beaucoup les choses pour le diagnostic. Au moins on a une idée de « oui ou non une infection ». Il ne faut pas non plus être trop sûr de son diagnostic. On voit si c'est très positif, et on peut ne pas traiter en attendant.

(Relance) Mais sur la réception, interprétation et prescription ultérieure, ça reste assez simple ?

La réception, c'est facile avec internet, ça va vite... Mais il faut quand même 48h minimum.

Entretien avec M7

(Question principale) Que pouvez-vous me dire concernant l'émergence des résistances antibiotiques au sens large et sur son impact dans votre pratique quotidienne ?

Moi, en tout cas c'est une chose pour laquelle j'ai été sensibilisé depuis longtemps, pendant mes études donc on essaye de prescrire très peu d'antibiotique en tout cas. J'essaye de faire attention.

(Question de précision) Quelle est votre opinion concernant les recommandations en vigueur et les politiques de lutte contre l'antibiorésistance ?

Alors, j'ai l'impression que ce n'est pas suffisant mais peut-être que je ne suis pas au courant. Je viens de Belgique et c'est vrai que là-bas, en tant que médecin, on est hyper surveillé par rapport à ce qu'on prescrit. Ici, je n'ai pas vu ça... Je n'sais pas. En tout cas, là-bas, tous les ans on a accès à combien d'antibiotique on a prescrit, quels antibiotiques... Donc c'est vrai que quand on voit ces résultats, on voit par rapport à la moyenne si on est plus bas ou plus haut que la moyenne et on essaye de corriger. Ici, j'ai l'impression qu'on peut faire ce qu'on veut. (Rire) Parfois c'est un peu perturbant, parce qu'au niveau antibiotique, j'ai l'impression qu'on prescrit beaucoup, beaucoup même quand ce n'est pas justifié.

(Relance) Et comment l'expliquer selon vous ?

... Et bien c'est vrai que j'ai un collègue pas loin d'ici, il est beaucoup plus âgé que moi, mais quand je vois ses prescriptions, il prescrit beaucoup et ce qu'il veut sans qu'il n'ait aucun contrôle. Il peut prescrire même du large spectre... je dis ça par rapport à ce que je vois passer comme prescriptions. C'est vrai qu'après on est dans un environnement très rural, parfois pour les gens c'est compliqué, même pour faire un ECBU et pour le conduire au laboratoire. Parfois c'est vrai qu'on prescrit de manière empirique et ce n'est pas terrible.

(Question principale) Plus particulièrement, concernant les infections urinaires, puisque vous introduisez la notion : lors de la prise en charge d'une infection urinaire chez la femme, dans votre pratique, comment raisonnez-vous pour prescrire des antibiotiques et des examens complémentaires ?

Chez la femme qui a des symptômes, je fais quand même une bandelette. Si c'est négatif, je ne prescris rien. S'il y a des leucocytes, des nitrites, cela dépend de l'âge de la patiente. Si elle est âgée ou très jeune en général je fais directement l'ECBU. Si elle est entre 20 et 60 ans, l'ECBU n'est pas nécessaire. Je prescris du Monuril en 1^e intention.

(Relance) Cela dépend donc principalement de l'âge ?

De l'âge et aussi des comorbidités... Si c'est une patiente diabétique, je vais tout de suite faire un ECBU, si c'est une femme enceinte, si c'est quelqu'un qui fait des cystites à répétition...

(Relance) Avant de traiter ?

J'essaye de le faire avant de traiter. Sauf si c'est une infection haute. Dans ce cas je mets quand même un antibiotique d'office. Avec de la fièvre ou d'autres signes, je traite de manière empirique. J'essaye d'avoir un prélèvement urinaire et je donne l'antibiotique, quitte à corriger le tir avec le résultat.

(Question principale) Vous appréhendez donc la notion de désescalade thérapeutique dans ce type de prise en charge ?

Oui, c'est quelque chose que j'essaye de pratiquer au maximum. Au bout de quelques jours, on réévalue les symptômes et en fonction de l'antibiogramme, on corrige le tir.

(Relance) En consultation donc ?

Plutôt par téléphone. C'est compliqué ici de reconvoquer les gens 2 fois.

(Question de précision) Comment percevez vous l'intérêt de cette démarche ?

Pour moi, cela a un réel intérêt. C'est la base pour diminuer l'antibiorésistance. Et puis c'est une situation très fréquente. Presque quotidienne.

(Question principale) Quels sont pour vous les freins, les choses qui rendent plus difficile cette désescalade ?

Honnêtement, je ne trouve pas cela si compliqué. Pour moi ce qui est plus compliqué, c'est qu'on a beaucoup de personnes très âgées et elles ne comprennent pas pourquoi on change le médicament ou on leur dit d'arrêter. C'est plus dans la communication avec les personnes que c'est compliqué.

(Relance) La difficulté est donc plutôt inhérente aux patients ?

Principalement. Après pour des raisons de localisation, l'ECBU est compliqué ici. Le laboratoire ne passe qu'à midi. Pour quelqu'un qui a ce problème l'après-midi, ça peut être compliqué.

(Question principale) Quels sont les éléments qui facilitent cette réalisation de la désescalade thérapeutique, toujours par rapport à votre pratique ?

Ce qui facilite énormément ce genre de chose, c'est d'avoir une secrétaire qui travaille super bien, qui rappelle les gens très facilement... Je ne perds pas trop de temps à faire cela. Pour tout ce qui est administratif, ça peut être super utile. J'imagine que le médecin qui est tout seul, qui est débordé, ne va pas en plus rappeler le patient. J'imagine que cela peut prendre du temps. Le fait de travailler avec la pharmacie à côté ça facilite aussi beaucoup les choses. Je peux directement aller les voir, leur dire « je prescris cet antibiotique mais il faut que le patient arrête et qu'elle prenne celui-ci à partir de demain ». La communication est facile, je trouve cela vraiment pratique de travailler comme cela.

(Relance) Bien que l'endroit soit reculé, il y a quand même une synergie ?

Il y a une énorme synergie dans le travail, en rapport avec le secrétariat, la pharmacie...

(Question de précision) Et concernant l'accès aux recommandations ?

Moi, j'utilise beaucoup antibioclac, j'y retourne assez souvent. Sur prescrire, on a aussi pas mal d'informations. Je trouve qu'il faut s'informer régulièrement parce que ça change souvent et c'est quelque chose d'hyper fréquent en consultation... et pas trop compliqué je dirai.

(Question principale) Et pour vous, existe-t-il des façons de faire encore mieux pour simplifier la désescalade thérapeutique dans les infections urinaires ?

Peut-être qu'il faudrait un peu plus d'éducation thérapeutique... J'ai une patientèle très âgée et pour eux, l'antibiotique, c'est vraiment le truc miracle, efficace, il leur faut leur antibiotique pour un rhume, pour tout et n'importe quoi. Moi ça passe par passer beaucoup de temps à expliquer, réexpliquer que les antibiotiques ne sont pas nécessaires, pas automatiques pour tout. Il y a beaucoup de croyances du patient, de l'éducation du patient et que c'est notre rôle en tant que médecin généraliste. Temporiser aussi beaucoup, dire que l'on va essayer sans. Si ça ne va pas mieux, les patients peuvent rappeler.

Après quelles pourraient être les autres moyens de simplifier ? Peut-être que le laboratoire pourrait recontacter directement les patients, mais est-ce que ça ne ferait pas double usage ? Peut-être que les gens ne s'y retrouveraient pas ?

Et puis il y a les passages du laboratoire... Un passage uniquement le midi sauf le mercredi. Les gens doivent faire de la route. Pour les plus vieux c'est compliqué, du coup on va garder les urines au frigo. Et ce n'est plus très juste. Après on est à la montagne, on est loin de tout, c'est comme ça.

Pour les recommandations, c'est vrai que tout est dans antibioclic... Si tel patient a cela, il faut mettre cela. Mais peut être que sortir des recommandations un peu plus adaptées à la pratique pourrait être utile. Et puis il faudrait plus sensibiliser car c'est un vrai problème l'antibiorésistance.

(Relance) Ce qui est mieux fait en Belgique ?

Je ne sais pas, mais c'est vrai qu'en Belgique on ne peut pas prescrire ce qu'on veut, comme on veut sans avoir de retour derrière. L'équivalent de la sécu nous envoie toute ce qu'on a prescrit au cours de l'année en fonction des classes d'antibiotiques et on se situe en fonction de la moyenne des prescripteurs. Cela permet aussi de se corriger même s'il n'y a pas de sanction derrière. Je pense que ce serait bien d'avoir ce type de retour en France, même si je pense qu'il y aura beaucoup de médecins qui ne sont pas d'accord.

Entretien avec M8

(Question principale) Globalement, qu'est-ce que vous pouvez me dire sur l'émergence des résistances antibiotiques et sur son impact sur votre pratique quotidienne ?

Alors là je suis bien embêté, parce que des résistances je n'en ai pas trop eu. C'est vrai que j'ai une antibiothérapie raisonnée. Pour tout vous dire, j'ai eu quoi ? Une BMR, une fois ? Donc je n'aurai pas grand-chose à vous dire là-dessus.

(Question de précision) Et pour ce qui est de la politique globale exercée vis-à-vis de cela, des informations que l'on a, qu'elle est votre opinion ?

Je ne suis pas trop d'accord avec tout ce que l'on voit à la télé. « L'antibiothérapie ce n'est pas systématique ». Parce que curieusement, ce que j'ai remarqué, c'est que je voyais justement des patients avec un retard de prescription d'antibiothérapie. Notamment avec des infections urinaires, des bronchopathies... Alors je ne sais pas si c'est à cause de ces messages, mais moi j'ai vu plutôt les effets délétères. Après c'est toujours pareil, tout dépend des pratiques de chacun. Mais des médecins qui prescrivent trop, je ne sais pas trop ce que cela veut dire... Mais j'ai souvent remarqué un retard diagnostique. Donc... ça répond à votre question ?

(Relance) Cette politique est donc quelque chose de plutôt négatif pour vos patients.

J'aurai plutôt tendance à dire cela.

(Question principale) Et par rapport aux infections urinaires maintenant, pour la femme, comment raisonnez-vous pour prescrire des antibiotiques et des examens complémentaires ?

Tout dépend de l'âge et des antécédents... On ne peut pas mieux dire. La cystite à 25 ans non compliquée, je donne un sachet de Monuril. Généralement, elles ne reviennent plus du tout. Après quand on a une cystite récidivante avec une patiente un peu plus âgée, polypathologique, je fais l'ECBU et je traite en fonction. Après bon, j'ai quelques patientes avec des pathologies, je crois que je dois avoir 5 ou 6 polykystoses... Tout dépend de l'environnement clinique quoi.

(Relance) Vous différenciez donc vraiment les patientes jeunes sans antécédent et les autres ?

Bien sûr, l'âge est primordial pour les pathologies. Et puis pour les polykystoses... C'est vrai que j'ai une patiente de 25 ans, une autre qui a 21 ans... Au niveau de la compliance thérapeutique, elle a déjà fait 2/3 pyélo' parce qu'elle n'a pas fait les ECBU au bon moment... Voilà donc il faut une surveillance bien sûr. Et l'ECBU est systématique pour eux. Ils ont même chez eux les ECBU, et ils savent qu'ils doivent faire l'ECBU, prendre le médicament de suite et moi je les reçois derrière.

(Question de précision) Existe-t-il des situations au cours desquelles vous différez cette prise d'antibiotique ?

Alors, non. Si c'est simple je ne fais pas d'ECBU, pour un patient à risque avec des pathologies rénales, on ne se pose pas de question : brûlures mictionnelles, on fait l'ECBU et on prend l'antibiotique. Et après je les revois dans un second temps.

(Question principale) Et à partir de là, comment intégrez-vous la notion de désescalade thérapeutique ? Que pensez-vous du fait de passer d'un antibiotique à large spectre à un antibiotique de spectre plus étroit ?

Souvent, c'est Monuril en première intention, en monoprise... Si ça marche, tant mieux et puis si ça ne marche pas et bien je passe sur une antibiothérapie.

(Question de précision) Et pour les infections type pyélonéphrite, comment raisonnez-vous ?

Toujours pareil, j'attends un antibiogramme et c'est vrai que j'aime bien l'Oroken. On a tous nos trucs... Chez les personnes âgées, c'est Rocéphine systématiquement.

(Relance) Et à ce moment-là, est-ce que, une fois que vous avez l'antibiogramme, vous essayez de baisser l'antibiothérapie ?

Ah ça non... Jamais.

(Relance) Les personnes âgées auront donc la Rocéphine pour la durée totale du traitement ?

Oui, si la Rocéphine est sensible, tout à fait. Je n'ai jamais envisagé de faire une désescalade...

(Relance) Et qu'en pensez-vous, toujours par rapport à votre pratique et vos opinions ?

... Je ne me suis jamais posé la question tout simplement. C'est-à-dire que l'antibiothérapie se prescrit en fonction des CMI, on choisit l'antibiotique le plus adapté et puis voilà. Il n'y a pas 36 médicaments qui sont sensibles, avec une CMI correcte.

(Relance) Mais cela vous paraît-il aberrant de passer d'un antibiotique fort à un antibiotique faible ?

Mais ça veut dire quoi un antibiotique fort ?

(Relance) Par exemple, les fluoroquinolones ou la Rocéphine...

Alors, les fluoroquinolones je ne prescris pas. Trop d'effets secondaires. Ce n'est pas une molécule que j'aime manipuler. Il s'agit d'une prescription anecdotique en ce qui me concerne. J'ai deux trois choses... Vous savez la médecine générale, il faut avoir 2 3 choses, parce qu'il y a pléthore. Entre toutes les disciplines, c'est vrai que l'antibiothérapie, j'ai 3 4 antibiotiques et puis c'est tout, je les utilise de manière raisonnée, modérée. Bien sûr toujours chez la femme, parce que chez l'homme on change notre fusil d'épaule.

(Question principale) Et pour la réception et l'interprétation des ECBU que vous recevez, est-ce que vous identifiez des freins à cela ? Des éléments gênants pour le faire ?

Et bien non, je fais tout cela sans me poser trop de questions.

(Question de précision) Par rapport aux recommandations pour les infections urinaires, qu'en pensez-vous ?

J'ai mon petit listing, c'est assez fourni, une petite page de recommandations jusque dans les pratiques sexuelles, ça les fait rire... Tout ce qu'il faut faire pour ne pas attraper une infection urinaire.

(Relance) Vous avez des recommandations à donner au patient. Qu'en est-il des recommandations de l'HAS, sur le turn over antibiotique et l'émergence des résistances ?

Je peux vous faire un aveu ? J'y vais très peu sur le site de l'HAS.

(Relance) Ni de la SPILF ?

Je n'ai pas trop le temps non plus. HAS, j'y vais très peu. Vous verrez quand vous travaillerez, niveau pratique médical, c'est ingérable. Et puis, on se fait sa propre haute autorité de santé avec l'âge et la maturité. Et on ne suit pas nécessaire les recommandations de la fameuse HAS qui peut avoir des recommandations paradoxales à quelques années d'intervalle.

(Relance) Le fait d'avoir des recommandations qui changent si souvent vous rebute ?

Ah oui tout à fait.

(Question principale) Et pour finir, pensez-vous que certaines choses pourraient être simplifiées pour réévaluer les traitements antibiotiques dans les infections urinaires ?

Pour résumer, cystite simple, je prescris juste l'antibiotique. Cystite compliquée, on va faire un ECBU à 15 jours, on va faire un suivi et voilà.

(Question de précision) Mais aujourd'hui, il n'existe pas de manière de simplifier cette démarche selon vous ?

Ah non, tout est actuellement vraiment très simple. Si je reste sur les mêmes antibiotiques, c'est que ça doit marcher.

(Question principale) Que pouvez-vous me dire concernant l'émergence des résistances antibiotiques et son impact dans votre pratique quotidienne ?

Déjà, dans la pratique, j'essaie de ne pas mettre d'antibiotique de façon systématique, comme dans les angines par exemple. Je fais systématiquement le TDR pour ne pas mettre de l'amoxicilline à gogo. Voilà, quand il n'y a pas une forte suspicion, j'essaie de ne pas mettre d'antibiotique et de réévaluer plus tard... Ce qui n'était pas forcément ma pratique avant. Avant, c'est vrai que j'en mettais peut-être plus souvent, mais là j'essaie de ne pas trop en mettre parce qu'il y a de plus en plus de résistance. L'Oroken par exemple, je n'en mets plus du tout parce que je sais qu'il y a beaucoup de résistance. Après pour l'infection urinaire par exemple, dès qu'il y a une suspicion forte clinique je mets quand même des antibiotiques en précisant qu'il faut les prendre après l'ECBU. Tout dépend de ce pourquoi je vois le patient. En cas de suspicion forte, je traite. Quand c'est des choses qui font un peu plus viral, ou si on a un petit doute, je fais peut-être une prise de sang ou une radio pour une infection pulmonaire. J'attends d'avoir les résultats et je réévalue le patient... Voilà.

(Question de précision) Quelle est votre opinion concernant les recommandations en place et la politique de lutte contre les résistances antibiotiques ?

Je pense que c'est bien, et j'essaie quand même de les suivre... de plus en plus, pour éviter l'antibiorésistance, pour éviter aussi de donner au patient plein de médicaments tout le temps. Et qu'il évite de dire pour telle infection « Ah je me connais il me faut tel antibiotique ». Donc j'essaie de déshabituer aussi le patient, en lui disant que ce n'est pas systématiquement bactérien. J'explique qu'il existe des recommandations, qu'on est là pour le suivre mais aussi qu'on est là si besoin pour revoir le patient. Donc c'est bien que cette politique avance, et je suis d'accord pour dire que les antibiotiques, ce n'est pas systématique.

(Question principale) Lors de la prise en charge d'une infection urinaire de la femme, qu'il s'agisse d'infection haute ou basse, cystite, pyélonéphrite... Comment raisonnez-vous pour prescrire des antibiotiques ou des examens complémentaires ?

J'essaie de faire l'ECBU de manière systématique. Que ce soit une cystite ou une pyélonéphrite, car comme il y a des résistances, si je mets du Monuril et que finalement, c'est résistant, ça m'embête un peu de remettre quelque chose de façon probabiliste sans avoir un ECBU. Donc n'importe quelle personne qui vient pour une infection urinaire, je lui donne l'ECBU à faire. Ici, nous avons la chance de pouvoir le faire sur place et le laisser dans la boîte. Le laboratoire vient chercher le lendemain. J'essaie de le faire faire systématiquement, et s'il y a vraiment des signes de cystite pure, sans fièvre, sans douleur lombaire, je mets directement soit du Monuril, soit, si c'est une personne qui fait beaucoup d'infections urinaires, je passe sur Selexid.

Après s'il y a de la fièvre, des douleurs lombaires, vraiment une forte suspicion de pyélonéphrite je fais une biologie (NFS, plaquettes, CRP), je mets quand même un antibiotique, généralement une quinolone pour commencer et je réévalue à 72h. Si la biologie n'est pas trop mal, on réévalue, on adapte à l'antibiogramme. Si par contre il y a une CRP très élevée, comme 250 par exemple, généralement je les envoie aux urgences.

(Question de précision) Existe-t-il des situations qui vous conduisent à différer l'antibiothérapie et attendre le résultat de l'antibiogramme ?

Quand je n'ai pas vraiment tous les signes cliniques, si j'ai juste une douleur pelvienne sans brûlure urinaire, sans hématurie, sans quoique ce soit, dans ce cas je dis au patient que l'on fait une biologie, un ECBU et on voit. Cela m'est arrivé, bon là il s'agit d'un monsieur mais le principe est le même, il avait juste une douleur pelvienne isolé. On a fait la biologie et l'ECBU. Il s'est avéré qu'il y avait une CRP à 50, un ECBU positif, je l'ai rappelé pour dire qu'il fallait mettre un antibiotique. Ou chez les personnes âgées, quand les infirmières nous appellent, disent « bon je la trouve un peu différente, elle urine moins... ». Là je prescris un ECBU et je rappelle avec le résultat. Donc ça peut arriver !

(Relance) Mais en contexte de cystite, le traitement sera systématiquement mis en place ?

Si j'ai des signes francs, hématurie, brûlures mictionnelles, ou pollakiurie, ou même douleur pelvienne, dès que j'ai deux signes cliniques, je le mets.

(Relance) Quel que soit le type de patient ?

Oui, dès que j'ai une forte suspicion, je mets. Si j'ai un doute, je fais l'ECBU parce qu'on peut différer quand même à 48h. Si j'ai le moindre doute, j'attends le résultat.

Après pour les infections urinaires à répétition chez les femmes, quand elles en ont fait plus de six par an, généralement, je me dis qu'elles ont pris beaucoup de Monuril, qu'il y a probablement une résistance, et j'essaye de mettre plutôt du Selexid, parce que pour moi ce sont des cystites à risque de complication ou d'antibiorésistance. Bien sûr l'ECBU est toujours fait, du fait du risque accru avec les antibiothérapies répétées.

J'en ai une récemment qui m'a dit « je vous amène mon dernier ECBU qui date de 2016, je n'ai pas besoin de faire l'ECBU ». Je lui ai répondu que cela m'embêterait de mettre un traitement qui ne marche pas. Donc on fait l'ECBU, même si ça n'empêche pas qu'il faut prendre le traitement dans la foulée, mais on le fait.

(Question principale) Comment appréhendez-vous la notion de désescalade thérapeutique dans les infections urinaires dans votre pratique ? Que vous évoque cette notion ?

C'est l'adaptation thérapeutique, finalement. Je l'utilise, parce que si finalement l'ECBU n'est pas concordant au premier antibiotique que j'ai mis, forcément je change. Après j'essaye aussi de me fier aux anciens ECBU. Si je vois qu'il y a déjà eu une résistance au Monuril, je n'en remets pas car je sais qu'il existe une forte probabilité de nouvelle résistance. Mais je réévalue toujours après.

(Relance) La réévaluation se fait uniquement pour vérifier la sensibilité du médicament, ou éventuellement pour descendre en traitement ?

Oui, généralement si le traitement est adapté, je ne change pas. Si je mets du Selexid et que c'est bien adapté, c'est 5 jours de traitement, on a l'ECBU en 3 jours... Pour 2 jours, je ne vais pas aller changer. Après, quand c'est des quinolones, j'essaye de changer quand c'est possible, quand la personne ne le supporte pas, j'essaye de modifier un peu. Sur une pyélonéphrite par exemple. Mais sur une cystite je ne change pas.

(Relance) C'est donc la mauvaise tolérance qui fait que vous conduit à remplacer les quinolones ? Vous ne le faites pas systématiquement ?

C'est vraiment la tolérance. Si le patient me dit qu'il commence à avoir des petites douleurs, je change. Après si l'antibiogramme est sensible et que le médicament est bien toléré, je le laisse.

(Relance) Et le fait de passer des fluoroquinolones à quelque chose de moins large, qu'en pensez-vous ?

Je comprends. Cela ne me gêne pas que les médecins le fassent. Après c'est vrai que les quinolones ont beaucoup plus d'effets secondaires que l'amoxicilline, c'est donc plus intéressant d'utiliser l'amoxicilline quand cela est possible. Mais le problème pour moi, c'est qu'en utilisant plus souvent de l'amoxicilline, j'ai un peu peur qu'il y ait plus de résistance à l'amoxicilline derrière, et que l'on ne puisse plus qu'utiliser les quinolones dans certains cas. Et si le patient a des contre-indications aux quinolones et qu'on est déjà résistant à l'amoxicilline, ça m'embête plus. Je préfère économiser l'amoxicilline. Après, les médecins qui changent, ça ne me choque pas. Tant que l'antibiotique passe.

(Question de précision) Pour vous, l'intérêt global d'une démarche de réduction, c'est quelque chose qui peut avoir un intérêt sur l'antibiorésistance, mais il existe une crainte de la résistance à l'amoxicilline ?

C'est ça. Après sur le principe, je n'y avais jamais pensé, peut-être que je le ferai à présent, mais une fois que je mets l'antibiotique et qu'il le supporte bien, pourquoi le changer.

(Question principale) Et pour vous, existe-t-il des freins à la réévaluation et à la désescalade thérapeutique ?

Sur le plan technique, non, car nous avons les numéros des patients, ils sont facilement joignables et quand il y a besoin de changer un traitement, ils viennent chercher l'ordonnance. Je ne pense pas qu'il y ait de problème à mon niveau ni à celui du patient.

Après les allergies, ça peut compliquer le changement d'antibiotique... Mis à part cela, je ne vois pas. L'accès au médicament reste simple, il y a une pharmacie à côté, les appeler ne pose pas de problème... Non je ne vois pas ce qui peut empêcher la désescalade... enfin, moi à mon niveau.

Après, effectivement quand il s'agit d'une cystite à risque de complication, on met du Selexid par exemple. Si on a un antibiogramme à 72h, et qu'à 72h il faut rappeler le patient, lui dire que le traitement marche bien, qu'il ne reste plus que 2 jours de traitement, mais pour éviter une antibiorésistance, on va passer sur une gamme en dessous, il faut refaire une ordonnance, refaire venir le patient... Je pense que le patient a autre chose à faire, moi j'ai autre chose à faire. L'antibiotique marche bien, il reste 48h, je les laisse tranquille.

(Question de précision) Et qu'en est-il de l'évolution des recommandations ? Comment percevez-vous cela ?

Il faut suivre. C'est compliqué, parce qu'il faut toujours se mettre à la page. Après, j'utilise beaucoup antibioclic, qui lui est à la page. Par exemple, le Selexid, à un moment donné, n'était pas en première recommandation alors que maintenant oui. Je trouve que c'est bien de s'adapter parce que les recommandations s'adaptent aussi pour éviter ces antibiorésistances.

J'essaie un maximum de m'approcher de cela. En tout cas pour les infections urinaires. Pour d'autres choses, pas forcément mais pour les infections urinaires, j'essaie de suivre les recommandations. Elles sont faites pour !

(Question de précision) Que pensez-vous de l'antibiogramme ciblé ? C'est-à-dire la diminution du nombre d'antibiotiques testés sur les ECBU ?

Effectivement, ça m'a surpris, parce que je commence à voir depuis quelques semaines ou mois qu'il n'y a que 4 lignes de médicament. En soi, ça ne me gêne pas si on trouve notre bonheur dedans. C'est juste en cas de résistance... S'il y a 4 médicaments sur 5 qui sont résistants, et que le dernier est un médicament qu'il a eu récemment, c'est plus embêtant. Mais tant que mon antibiotique est sensible, ça ne me gêne pas. Parfois, en mettant trop, on est un peu perdu en se disant qu'on a trop le choix.

(Question principale) Comment, selon vous, pourrait-on encore simplifier cette réévaluation voire cette désescalade thérapeutique ?

Je ne sais pas... Pour l'instant tout se passe plutôt bien, puisqu'à chaque fois, il y a un médecin d'astreinte qui regarde les biologiques du soir. Parfois, moi je regarde les biologiques et je vois des antibiogrammes passer. Je vais dans le dossier du patient, je vois si l'antibiotique est bien adapté. Si ce n'est pas le bon, je rappelle le patient, je lui explique et il passe récupérer l'ordonnance le lendemain. Soit, je les ai par téléphone directement et ils repassent le matin, soit je leur laisse un message vocal et je laisse un mot à la secrétaire en leur disant « rappelez ce patient, et voilà l'ordonnance. » Ici c'est assez simple, même pour faire l'ECBU, je n'envoie même pas le patient au laboratoire. On laisse les tubes et le laboratoire passe le lendemain récupérer les prélèvements.

(Relance) L'organisation globale du cabinet aide beaucoup à cette démarche.

Oui et puis même si je ne prescris pas le bon antibiotique, il y aura forcément quelqu'un qui regardera l'antibiogramme et qui va l'adapter derrière si c'est un jour où je ne suis pas là. Il m'arrive aussi de dire au patient « si ça ne va pas mieux et que personne ne vous a appelé, vous me rappelez ». Et généralement, les patients n'hésitent pas à le faire. Donc en terme organisationnel, je n'ai pas trop de souci. En tout cas pour les cystites. Tout se passe bien.

Après peut être qu'en milieu très rural, c'est plus compliqué et qu'il y a des choses à améliorer, mais c'est vrai que dans le cadre de la MSP et du fait que le laboratoire n'est pas loin, qu'une voiture passe tous les matins pour récupérer les biologiques et les ECBU, finalement c'est assez simple.

(Relance) N'est-ce pas compliqué de réévaluer pour des patients que vous n'avez pas vus, sans forcément le connaître ?

Dans nos dossiers, il y a toujours le volet médical avec les allergies... On essaye de tous noter les allergies. Je fais bien sûr préciser au patient par téléphone s'il a des allergies. Mais même si je ne l'ai pas au téléphone, je regarde le dossier médical.

(Relance) Donc une bonne tenue du dossier facilite la démarche ?

Oui, ça aide beaucoup. C'est très important. Si j'ai l'ECBU avec le résultat et que je ne sais pas qui a vu le patient, ce qu'il se passe, c'est vrai que je suis un peu plus perdue. Dans ce cas, je demande plutôt au patient de reconsulter le lendemain s'il n'a pas vu de médecin. Mais

la tenue du dossier, que ce soit pour les allergies, pour le traitement mis en place, c'est important. Ce serait peut-être la chose à améliorer dans certaines MSP ou même chez nous, puisqu'il y a des médecins qui ne le font pas forcément, qui ne notent pas tout, tout le temps... Mais on essaye.

(Question principale) Que pouvez-vous me dire globalement sur l'émergence des résistances antibiotiques et son impact sur votre pratique quotidienne ?

C'est quelque chose auquel je suis quand même confrontée. Essentiellement, au niveau des quinolones et des amoxicillines qui sont de plus en plus sujettes à résistance. Tout ce qui est quinolone, ça me préoccupe, parce qu'on évite de les mettre en place, y compris pour des infections urinaires ou des infections qui sont banales. Parfois, il m'arrive d'être obligée de les mettre en place soit parce que j'ai eu un antibiogramme qui me permet de le faire, ou pour mettre un antibiotique chez quelqu'un qui a beaucoup de médicament... En surveillant bien qu'il n'y ait pas de rupture de tendon.

Le problème c'est pour les gens qui sont sous anticoagulant. On est obligé de choisir un antibiotique per os, et le Tavanic c'est quelque chose de pratique parce que c'est un comprimé par jour. Il m'arrive de le mettre sans avoir d'antibiogramme mais c'est vrai que si j'ai un antibiogramme avec une sensibilité, cela me sera encore plus facile. Donc les quinolones, ça me préoccupe beaucoup. Parce qu'au départ, il y avait la Péfloxacin qui était un antibiotique hospitalier qui est devenu commun dans la médecine générale et c'est vrai qu'on a des résistances qui sont apparues et qui sont de plus en plus importantes. D'où aussi l'intérêt d'utiliser le Selexid dans les infections banales, même du Monuril, et voilà.

Mais là où j'aurai le plus de problème, c'est pour savoir si c'est vraiment une infection. Je me pose beaucoup de question sur les cystites à urine claire qu'on retrouve et quand on ne retrouve pas de chlamydiae, ou d'autres choses qu'on ne mettait pas en évidence auparavant, mais qu'on met en évidence actuellement, on se demande ce que c'est. On nous a dit « c'est une inflammation, mettez des anti-inflammatoires ». J'ai essayé deux fois, ça n'a jamais marché. On parle bien d'urines claires, c'est-à-dire pas d'infection prouvée. Dans ces moments, je me demandais aussi si le fait de ne pas donner l'antibiotique au gens, ça ne leur posait pas de problème dans l'inconscient. Pour les femmes, le sachet (Uridose, Monuril) c'est génial, même si parfois c'est résistant. Parfois, pour elles, cela marche quand même. Donc j'ai tendance à la prescrire systématiquement, et parfois à le mettre une fois par semaine pendant plusieurs mois. Après je refais un ECBU pour voir si ce que j'ai fait a servi à quelque chose ou pas. Pour moi, il est difficile de faire un diagnostic de certitude. Même si parfois, il y a des symptômes francs, on a une BU négative, un ECBU négatif et on est bien embêté.

Un autre problème aussi : on ne sait pas si c'est parce qu'elles ont pris des antibiotiques auparavant, sans le dire. Cela arrive qu'on donne un sachet à une patiente et qu'elle en passe à une copine. On voit souvent des femmes dire « ma copine m'a donné un sachet, ça a super bien marché ».

(Relance) Vous trouvez qu'il y a un rôle psychologique ?

Il y a un rôle un peu subjectif. Mais c'est pour cela que je fais souvent un ECBU quand même car s'il y a résistance, le fosfomycine ne fera rien et on va se retrouver avec une pyélonéphrite derrière. Et les pyélonéphrites, j'en ai vu chez des femmes qui venaient sans fièvre ou très peu, avec parfois des frissons, mais parfois pas de décharges, et des lombalgies isolées. Et puis en fait, en discutant avec la personne, on s'aperçoit qu'il y a eu une infection il y a 15 jours. Ou alors il y a eu des petits signes urinaires il y a 15 jours, et puis plus rien. Et puis vient le mal de dos. Sans fièvre, sans altération de l'état général. J'en ai même eu une qui

était couchée dans ma salle d'attente, elle avait des décharges, de la fièvre, mais au début elle était persuadée que c'était quelque chose type colique néphrétique tellement que c'était douloureux.

(Relance) Il existe donc un vrai problème diagnostique.

Parce qu'en fait il y a trop d'automédication, trop de doute diagnostique. Moi je pense que je fais beaucoup trop d'ECBU, j'ai les BU mais je n'ai pas toujours confiance.

(Question de précision) Et après réalisation de l'ECBU, est-ce que la prescription d'antibiotique est systématique ou vous arrive-t-il de temporiser en attendant le résultat ?

Quand j'ai vraiment un doute sur une infection urinaire, je fais un ECBU. En général, je ne peux pas attendre parce qu'elle va me dire, si les signes sont très importants, qu'elle ne va pas vouloir attendre. Souvent je mets le Monuril, et puis je leur dis que l'on va voir. Si ça marche tant mieux, si ça ne marche pas, on aura au moins l'ECBU pour assurer et qu'il n'y ait pas une complication.

(Relance) Cette démarche est la même quelque soit l'âge ou le contexte ?

Pas forcément. Pour la femme jeune, le facteur causal est souvent le rapport sexuel. Pour la femme moins âgée, les rapports sont moins fréquents, mais on retrouve une sécheresse vaginale, une inflammation importante à cause du manque de lubrification... Disons que chez une femme jeune, j'aurai plutôt tendance à moins dramatiser que chez une personne ménopausée et plus âgée. Donc ECBU plus souvent chez la femme âgée que chez la jeune. Pour les jeunes, je trouve qu'il y a plus d'infections banales. Les infections plus gênantes, je les retrouve surtout chez les femmes qui ont entre 40 et 50 ans.

(Relance) Et le traitement sera le même à partir de là ?

Oui, avec une prise plus fréquente. C'est aussi chez ces femmes là qu'il arrive que je prescrive une dose de Monuril par semaine. Ce sont des urologues qui faisaient cela à une époque. Je ne sais pas si mes connaissances sont à jour. Moi ça m'arrive de le faire quand je ne sais plus que faire. Chez la jeune femme, j'aurai plutôt tendance à donner des règles d'hygiène, faire pipi après un rapport sexuel, boire suffisamment... Éviter la constipation. La sphère est beaucoup plus exposée pour avoir des infections et des irritations. Parfois la canneberge, ça suffit à calmer les symptômes. Mais souvent, les femmes ont déjà leur fosfomycine. C'est quelque chose qui a été banalisé. Et pour nous c'est quelque chose de pratique, puisqu'on met cela en attendant de voir ce qui se passe. Soit il n'y a pas de complication, pas de fièvre et c'est une cystite banale. On leur met ça et ça va mieux. Et on regarde bien si elles reviennent dans un mois, deux mois ou trois mois... et puis on demande. Mais si c'est vraiment trop souvent je fais d'abord l'ECBU, pour voir si c'est vraiment une infection, et ensuite voir s'il n'y a pas une résistance.

(Question principale) Comment intégrez-vous la notion de désescalade thérapeutique dans votre prise en charge, c'est-à-dire passer d'un antibiotique large spectre, comme les fluoroquinolones, à un antibiotique de spectre plus étroit après réception de l'antibiogramme ?

Dans le cadre des pyélonéphrites, en général je donne de la Rocéphine pendant 2 jours, et en fonction de l'antibiogramme, je vais donner du Bactrim, ou une quinolone... Mais en

premier ressort, avec tout résultat de l'antibiogramme, je ne vais pas attendre et je vais prescrire de la Rocéphine. Et après Bactrim, quinolone... Ou de l'Oroken même mais là c'est plutôt pour les enfants. Bon de toute façon, pour les petits, ils ont des bilans à l'hôpital. On les envoie et ils ont des bilans. Mais pour les adultes, je préfère la Rocéphine car je sais que je n'ai pas intérêt à attendre et qu'il faut traiter vite. Et puis si la personne n'est pas allergique, je peux mettre de l'Augmentin après l'antibiogramme. La quinolone, surtout si elle est sportive, je ne vais pas lui donner. Si quelqu'un a des tendinopathies, des douleurs, je ne vais pas lui donner une quinolone. Je préfère encore le Bactrim, bien que je n'aime pas cela, à cause des allergies.

En plus de tout cela, il faut tenir compte des problèmes d'insuffisance rénale. Mais à partir de ce point on est souvent obligé d'être avec des médicaments hospitaliers. Je demande à l'infectiologue ce que je peux faire, pour prendre un avis.

Mais c'est quand même compliqué tout ça. Cela fait quatre ans que je n'ai pas eu le temps de faire des formations, et c'est dommage. Je me forme en posant des questions à mes confrères qui me répondent dans les courriers.

(Question principale) Quels sont les freins que vous identifiez pour réaliser la réévaluation et la désescalade thérapeutique ?

Je ne vois pas vraiment de problème. Pour la Rocéphine, je la mets 2 ou 3 jours. Mais pour moi le plus gros problème, c'est quand il y a des gens qui sont sous anticoagulant et on en a de plus en plus. Préviscan, NACO (nouveaux anticoagulants oraux) ... Et ça, au niveau de l'injection, c'est assez problématique parce qu'on est obligé de faire des sous-cutanées et ce n'est pas terrible. Donc dès que je peux je switch avec un truc oral, avec un spectre un peu plus étroit. Et puis cela permet de garder la Rocéphine, qui est quand même un très bon médicament, pour les cas les plus importants et graves.

(Question de précision) Par rapport, aux recommandations, vous m'expliquez que depuis 4 ans, il était difficile de se former ?

Oui, parce que j'aime ce qui est présentiel, je déteste tout ce qui est par internet, et je n'y arrive pas.

(Relance) Les ressources documentaires, c'est compliqué ?

Oui. Je me forme plutôt sur le tas, ou avec des confrères qui en savent plus que moi, qui sont des urologues ou autres. Avant je faisais des formations en présentiel. J'aimais ça, parce qu'il y avait beaucoup de discussions, c'est quand même agréable. On rencontre des gens. Je n'aime pas rester devant mon ordinateur, je ne supporte plus et je ne retiens pas. Alors qu'en formation, on se base sur des cas cliniques et ça aide à retenir. Parfois, si j'ai un cas au cabinet, je vais aller chercher, mais avec les recommandations, on est tellement envahi par des recommandations dans beaucoup de domaine, qu'il faut vraiment qu'un cas me pose un problème à un moment donné pour que je me dise « ça, je le mets de côté et je vais le lire ».

(Relance) Et une FMC pourrait faciliter ce type de démarche.

Certainement. Avant, la FMC, c'était quelque chose de très clinique. Maintenant il y a beaucoup de méditation, d'hypnose... Ce ne sont pas des choses qui m'intéressent. Alors c'est très pratique pour les angiologues qui font leurs scléroses, qui veulent hypnotiser pour faire moins mal. Moi ça ne m'intéresse pas.

(Question principale) Et pour revenir à la désescalade, quels moyens pourraient selon vous être mis en place pour simplifier cette démarche ?

Un arbre peut-être. Une arbre décisionnel simple... Fièvre, pas fièvre. En fonction de l'âge aussi. De la BU... Tout ceci simplifierait les choses, pour dire ensuite quel antibiotique mettre. C'est vrai que dès que j'y pense, je fais une BU. Et si leuco positifs sans nitrites, ECBU.

(Relance) En fait, vous cherchez des éléments simples pour vous guider dans la prise en charge ?

Voilà, quelque chose qui me serait accessible. Mais mon schéma est assez clair. BU, si positif ECBU, même s'il y a eu antibiotique avant pour avoir au moins le résultat des polynucléaires. S'il y en a beaucoup, encore plus s'il y a de la fièvre, je mets un antibiotique. De la Rocéphine dans ce cas. Je ne veux pas faire prendre de risque au patient s'il y a des facteurs de gravité. Pour moi, c'est la fièvre ou les décharges bactériémiques. Lombalgies et BU positif, je le mets aussi pour ne pas prendre risque, ou quinolone.

Entretien avec M11

(Question principale) Globalement, que pouvez-vous me dire sur l'émergence des résistances antibiotiques et sur son impact sur votre pratique ?

L'émergence des résistances, je pense que c'est notre problème actuel, qui risque même d'évoluer. Donc il faut bien faire attention à quel antibiotique on prescrit. L'impact, c'est justement l'adaptation des antibiotiques, mettre des antibiotiques plus adaptés. Bien les adapter à l'antibiogramme sur l'ECBU dans le cadre des infections urinaires. Pour limiter au maximum l'apparition des résistances, et de ne pas traiter pour rien non plus.

(Question de précision) Qu'est-ce que vous pensez des recommandations et de la politique de lutte actuelle contre les résistances ?

Alors, je vois déjà que dans nos études on en parle un peu plus. En tant que remplaçante, je vois des médecins qui ont moins cette notion, j'ai l'impression, de résistance... Ils se préoccupent peut-être moins de cela. Après il y a toujours un petit retard entre ce qu'on sait par la science et ce qu'on fait dans notre pratique en médecine générale.

(Relance) Comment expliquez vous ce retard dont vous parlez ?

La lenteur, on va dire, pour valider, quand on s'aperçoit de quelque chose, le temps de faire des recommandations, passer par l'HAS... C'est vrai que par rapport aux recommandations des sociétés savantes, on voit que les recommandations de l'HAS tardent parfois de 2 ou 3 ans. Je pense que c'est un peu long.

(Question principale) Plus particulièrement, lors des infections urinaires de la femme, comment raisonnez vous pour prescrire des antibiotiques ou des examens ?

Déjà en fonction de l'âge, des facteurs de risque... Si c'est une femme jeune sans facteur de risque, je ne fais pas forcément d'ECBU. Après s'il y a un facteur de risque, grossesse, insuffisance rénale... Là je fais l'ECBU. Je raisonne aussi pour savoir si on est plutôt sur une cystite ou sur une pyélonéphrite. J'essaie de voir en fonction des symptômes. Voilà, ça va être surtout cela, pour les pyélonéphrites bien sûr je prescris un ECBU. Mais pour les cystites simples je ne fais pas d'ECBU. Bien sûr je regarde si elle en fait beaucoup dans l'année... Voilà.

(Question de précision) Quels éléments peuvent conduire à prescrire une antibiothérapie en première intention ou plutôt à la différer ?

Cela dépend de la symptomatologie. C'est vrai qu'une cystite simple chez une femme sans facteur de risque, si elle est gênée je traite. S'il y a un signe de pyélonéphrite je traite d'emblée. Après s'il y a des facteurs de risque et que la patiente n'est pas trop gênée, j'aurai tendance à attendre les résultats. Mais c'est vrai que on traite assez souvent finalement en probabiliste.

(Relance) Donc pour une personne à risque de complication, hors pyélonéphrite, cela vous arrive de prescrire l'ECBU et d'attendre le résultat pour traiter ?

Voilà, s'il n'y a pas de signe de pyélonéphrite, il m'arrive de faire cela. Après cela dépend de plusieurs choses. Je vois au niveau de la compréhension, si le patient est capable de rappeler s'il y a une évolution... Je prends cela en compte mais bon, ce n'est pas souvent. Cela

dépend aussi du risque de complication, si c'est une femme enceinte, je vais traiter immédiatement. La question se pose aussi sur l'insuffisance rénale mais c'est vrai que si c'est juste sur l'âge et qu'il n'y a pas tant de symptômes que cela, je peux attendre le résultat de l'ECBU.

(Question principale) Et une fois que vous recevez l'antibiogramme, comment appréhendez-vous la notion de désescalade thérapeutique ?

Déjà, mettre un antibiotique adapté avec un spectre moins large. Je sais que l'amoxicilline est beaucoup recommandé. De manière générale, j'évite les fluoroquinolones. Je l'utilise plus chez l'homme. Mais sinon je les évite de façon générale. Je préfère la Rocéphine.

(Question de précision) Comment percevez-vous l'intérêt de cette démarche sur les résistances antibiotiques ?

Je me suis posé la question... Comme on commence deux jours avec un antibiotique, le fait de changer derrière, quel est l'effet ? Après je pense qu'on limite la durée, et le fait d'avoir un antibiotique adapté, c'est bien pour les résistances. Mais on commence quand même deux jours avec un antibiotique, après on change...

(Relance) Vous n'avez pas trouvé de réponse à votre interrogation ?

Non, après je ne cherche peut-être pas où il faut, je n'ai peut-être pas suffisamment creusé... Mais non je n'ai pas la réponse.

(Question principale) Lorsqu'elle est possible, quels sont les freins à la réalisation de la désescalade thérapeutique ?

Cela pourrait être le fait que je ne revois pas forcément le patient en consultation pour cela. C'est surtout au niveau du changement de prescription, pour envoyer une nouvelle ordonnance, refaire venir en consultation pour cela ce n'est pas forcément évident. Bon avec la téléconsultation c'est un peu plus facile. De faire comprendre au patient pourquoi on change, ce n'est pas simple non plus. Et puis il y a le fait qu'on leur donne souvent d'emblée des boîtes pour la semaine... Ils se retrouvent avec les comprimés qui restent à la maison. Il y en a qui les prennent pour une prochaine infection urinaire. Ce serait bien d'avoir des boîtes adaptées de 3 jours par exemple.

(Question de précision) Existe-t-il des difficultés par rapport à vous-même ?

Quand il y a beaucoup de résistance, parfois c'est compliqué d'adapter à l'antibiogramme. Dans ce cas, je prends un avis pour ne pas faire de bêtises. Et puis pour le patient, la plupart du temps, on passe sur des antibiotiques à prendre plus fréquemment dans la journée. Et puis c'est compliqué pour eux de comprendre pourquoi on change un traitement alors qu'ils allaient déjà mieux. Sans parler de ceux qui veulent rester sous piqure...

(Question principale) Identifiez-vous des éléments qui simplifient cette désescalade ?

J'utilise antibioclic. Avec l'ordinateur, on a pas mal d'accès pour adapter l'antibiothérapie. Alors, est-ce que c'est tout le temps à jour, je ne sais pas. Mais c'est plus facile effectivement. Et puis le fait de recevoir l'antibiogramme par informatique c'est vraiment pratique.

(Relance) L'informatique est une bonne aide à la désescalade.

Tout à fait, comme les téléconsultations. Dans ce contexte, c'est très pratique. Cela s'est beaucoup développé avec le Covid. Pour cela, c'est pratique. On n'a pas besoin de faire revenir le patient au cabinet.

(Question de précision) Que pensez-vous de l'antibiogramme ciblé ?

Pourquoi pas. Des fois, cela peut éviter d'être tenté de mettre des antibiotiques inadaptés. A condition qu'il y ait suffisamment de résultat sensible mais ça peut être une bonne chose.

(Question principale) Et comment pourrait-on améliorer les choses pour simplifier cette désescalade ?

Des formations pour nous. Il y en a déjà, mais il faut continuer à sensibiliser les médecins généralistes à la résistance.

(Relance) On a les éléments aujourd'hui pour bien faire cela ?

Oui, les recommandations sont bien faites, elles viennent des infectiologues...

(Relance) Et pour l'accès à cette information ?

Je pense que c'est assez simple avec l'informatique.

Entretien avec M12

(Question principale) Que pouvez-vous me dire sur l'émergence des résistances antibiotiques et sur son impact sur votre pratique quotidienne ?

Très honnêtement, sur ma pratique en cabinet, je n'ai pas de souci aujourd'hui. Je n'ai pas de patient où je me dis « mon dieu, je ne sais pas quoi mettre ». J'ai quelques patients avec des pathologies respiratoires chroniques où c'est un peu compliqué, mais sinon au quotidien ça n'a pas d'impact pour moi.

Après je suis d'une génération où on a commencé à nous parler beaucoup de l'antibiorésistance. Je n'étais pas de la génération où on balance systématiquement des antibiotiques à tout va.

Après, cela dit, il faut se méfier. Si je prends l'exemple de l'angine. Je suis le premier à faire des streptotests, si négatif je ne mets pas d'antibiotique. Mais il faut quand même se souvenir d'une chose, c'est que l'antibiothérapie systématique sur les angines a permis de faire disparaître le rhumatisme articulaire post streptococcique qui réapparaît depuis le Streptotest. Donc le prix à payer, ça a été aussi d'accepter qu'on allait revoir des complications post streptococciques.

Pareillement, sur le fait de limiter au maximum l'usage des antibiotiques... J'ai des collègues qui prescrivent un minimum d'antibiotique, il m'est arrivé de rattraper quelques pneumonies. Finalement, à vouloir ne jamais mettre d'antibiotiques, on peut mettre le patient en danger. Je le dis d'autant plus facilement que je suis un très faible prescripteur d'antibiotique. Je suis largement en dessous de la moyenne nationale, je prescris peu d'antibiotique... Mais il faut faire attention. Tout n'est pas tout blanc ou tout noir. Il faut faire attention de ne pas passer à côté de certaines pneumonies à dire que toutes les bronchites sont virales. Il faut nuancer les choses.

(Question principale) Et plus particulièrement par rapport aux infections urinaires ?

Alors pour les infections urinaires, ça a quand même changé parce que moi quand j'ai commencé, j'étais fluoroquinolones, Oflocet, Ciflox, traitement 3 jours voire 5 jours. Au début on ne parlait pas trop du Monuril, ce n'était pas la première intention. Ce n'est pas ce que j'ai appris à l'hôpital. Maintenant, je suis sur le Monuril systématique... en première intention dans le cadre de la femme jeune sans antécédent particulier.

Après la question est : est-ce que je fais un ECBU ou pas ? Aujourd'hui, sur femme jeune qui n'a pas fait d'infection urinaire depuis plus de 6 mois, je ne vais pas faire d'ECBU. Je vais lui prescrire un Monuril et basta. Maintenant si on est sur quelque chose de récidivant, je fais un ECBU et après, souvent, je reste sur le Monuril. Si on parle d'infection urinaire basse, j'entends. J'ai vu une pyélonéphrite lundi, c'est la dernière infection urinaire que j'ai vue.

Après sur la cystite récidivante, j'adapte en fonction de l'antibiogramme et quand j'ai un doute, j'utilise beaucoup antibiocliv. Finalement, je fais surtout monuril ou sinon fluoroquinolones. J'étais beaucoup Oflocet mais j'ai vu sur antibiocliv il y a 3 jours qu'ils mettaient Ciflox en premier. Donc c'est celui-là que j'ai mis.

D'ailleurs, un petit mot aussi, ça va poser un vrai problème parce que quand on connaît nos patients il faut faire attention de ne pas traiter des cystites aseptiques.

Une vraie problématique aujourd'hui c'est la téléconsultation. La téléconsultation avec des gens qui prennent rendez-vous avec des médecins qu'ils ne connaissent pas. Avec le Covid, un patient, que je ne connais pas, a le droit à la téléconsultation. Si je prescris du Monuril sur quelqu'un que je ne connais pas, je prends des risques. J'ai l'exemple d'une infection urinaire vue en consultation qui était une pyélonéphrite... Traitée avec un sachet de Monuril, qui revient avec 40 de fièvre. C'est une des problématiques de la téléconsultation. La cystite simple de la femme, c'est tellement facile qu'on peut se faire piéger, et on risque d'avoir une recrudescence de pyélonéphrites prises tardivement.

Ou typiquement la personne qui va dire « la dernière fois j'ai fait une infection urinaire, le Monuril n'a pas marché, on m'avait donné je crois de l'Oflocet ». La personne ne va pas se souvenir sauf qu'elle a pris des fluoroquinolones il y a 3 mois et qu'en théorie il faut attendre 6 mois. C'est problématique je pense.

(Relance) Pour en revenir à l'ECBU, vous me disiez donc que vous le prescriviez surtout pour les cystites récidivantes ?

Ou facteur de risque, ou cas particulier, femme enceinte, etc. Ou quand j'ai une suspicion d'infection urinaire haute, là c'est systématique.

(Relance) Le fait d'avoir des facteurs de risque vous conduit à prescrire une ECBU et à voir après pour mettre des antibiotiques ?

Je fais toujours probabiliste avant et après j'analyse en fonction... Mais c'est vrai que si j'ai quelqu'un de 65 ans ou 70 ans qui vient, infection urinaire, je fais un ECBU c'est sûr... Est-ce qu'en premier intention je vais lui mettre un sachet si elle est en pleine forme ? Je ne sais pas si je mettrai une fluoroquinolone en première intention. Mais je pense que je mettrai au moins le Monuril.

Et après c'est vrai que je vais facilement à l'antibiocllic... Dès que j'ai un doute. Et je n'ai pas honte. Je peux dire à la patiente « nous allons vérifier sur un site qui (pour moi, à mon niveau) est une référence ». Et puis c'est pas mal pour montrer au patient. Je suis assez clean avec ça, ça ne me gêne pas de dire que je ne sais pas et de regarder.

(Question principale) Comment intégrez-vous la notion de désescalade thérapeutique dans les infections urinaires ?

En pratique, si on est sur une cystite, une infection urinaire basse, je vais traiter avec un sachet de Monuril. En admettant que j'ai fait un ECBU et que j'ai quand même un antibiogramme... Elle a pris son sachet, il n'y a plus rien à mettre. Soit il y a encore des symptômes ou une résistance au Monuril et je vais voir ce que je vais mettre. Si je suis parti sur 3 jours d'Oflocet ou de Ciflox parce que c'était une personne à risque. Généralement, je reçois l'ECBU, c'est déjà terminé. Elle a déjà pris ses trois jours. Donc même si je pouvais donner un Clamoxyl ou une pénicilline, il est déjà trop tard. C'est peut-être plutôt pour les infections récidivantes, pour se garder l'antibiogramme en tête pour la prochaine fois. Se dire que la prochaine fois, on peut essayer de traiter différemment. Donc finalement, la désescalade serait plutôt pour l'infection urinaire haute, puisque j'utilise les traitements minutes. Par rapport à une suspicion de pyélonéphrite, c'est différent.

J'ai un exemple récent. J'ai vu lundi une jeune fille de 15 ans qui vient avec des signes urinaires, notion de fièvre mais je la vois plutôt en forme, mais elle me dit qu'elle a mal au dos.

Je la vois, fosse lombaire douloureuse, c'est une pyélonéphrite jusqu'à preuve du contraire. Je prescris une prise de sang, analyse d'urine et je la mets sous Ciflox à réadapter en fonction de l'antibiogramme. Au bilan, il y a 380 de CRP, 15000 blancs, le laboratoire appelle pour me prévenir. Bon, je me dis c'est une pyélonéphrite, c'est normal, je l'appelle le mardi pour vérifier qu'elle n'est pas morte. En revanche, l'antibiogramme, je l'ai reçu cet après-midi. Je dois la rappeler. Maintenant la question... Est-ce que je vais changer l'antibiotique, si par exemple je vois que le Ciflox est efficace ? Si je vois un Clamoxyl ou un truc plus simple efficace, je ne suis pas sûr que je switcherai... et là je m'aperçois que je ne suis pas bon parce qu'effectivement j'ai envie de dire qu'elle le supporte, on est parti avec, je ne vais pas m'embêter à lui changer l'antibiotique. Mais c'est vrai que souvent, je vais changer l'antibiotique s'il est inefficace mais je ne pense pas que je vais me dire « tiens je peux donner plus simple ». C'est sûr que non même... Mais je pense que je devrais.

(Question de précision) Et que pensez-vous de l'intérêt de cette démarche ?

Je pense que c'est bien, personnellement je ne le fais pas. Je vais changer mon antibiotique s'il n'est pas efficace mais c'est vrai que si je prends ma patiente, je vais regarder son antibiogramme... c'est vrai que dans ma pratique, si je vois que la patiente est mieux, je vais partir sur 10 jours de traitement et je ne vais pas changer. Mais je pense qu'il est tout à fait possible de switcher par du Clamoxyl.

(Question principale) Et quels peuvent être les freins, selon vous, à la désescalade ?

Je n'y pense pas en fait. Mais en réfléchissant objectivement, en regardant l'antibiogramme, on n'est pas dans l'idée de la désescalade, on est dans l'idée de savoir si on est efficace. Elle a déjà pris 3 jours de Ciflox, c'est bon, on continue. Le frein ce serait de dire : on change un antibiotique, elle va peut-être ne pas le supporter, elle est sous quelque chose d'efficace... Au-delà de ça, c'est vrai que la santé publique... Le plus important pour moi, ce ne sont pas les autres patients, ce sont les miens. C'est-à-dire qu'en prenant l'exemple des vaccins covid, si je peux vacciner mes patients d'abord, je signe tout de suite. C'est très égoïste, mais l'intérêt de mes patients passe avant tout. Ce n'est pas bien mais c'est vrai que je me dis que finalement la jeune fille elle avait 340 de CRP, 15000 blancs, elle va mieux sous Ciflox, pourquoi prendre le risque de changer alors qu'elle a déjà supporté le Ciflox. Et puis on peut se demander combien de jour de Clamoxyl il faut pour compléter ? Je pense que ça complique un peu les choses... Mais en fait, objectivement, la seule chose qui me fait changer d'antibiotique, c'est s'il y a une résistance. Ce n'est pas de me dire que je pourrais donner moins fort.

(Relance) Le principal frein serait donc de vouloir éviter de prendre des risques pour la patiente ?

Je pense que le frein de beaucoup de médecin, c'est que souvent ils ne vont pas rappeler leurs patients. Ils vont voir que c'est sensible, ils ne vont pas rappeler, ils ont déjà fait l'ordonnance... Limite, pour moi ce n'est pas un frein car souvent je rappelle mes patients pour voir s'ils ne sont pas morts et des ordonnances j'en fais tout le temps par téléphone. Mais finalement, c'est quand même refaire une ordonnance, refaire une démarche thérapeutique etc.

Je pense que tu peux faire revenir tes patients, et je pense que beaucoup de médecins feront revenir le patient et pourront encaisser une nouvelle consultation... Là c'est un vrai frein surtout si le patient va mieux. Cela sous-entend de ne pas faire revenir le patient pour ça. Parce que refaire venir le patient pour refaire une consultation... Cela fait un peu tiroir-caisse.

Et après on n'a pas le temps. Peut-être que si mon agenda était vide, ça ne me gênerait pas de les faire revenir. Et puis il y a cette idée, pourquoi changer quelque chose qui marche ? L'important aujourd'hui c'est mon patient, il a une pyélonéphrite... L'antibiotique est efficace, elle le supporte, elle va mieux... Certes, pour les antibiorésistances ce serait mieux que je fasse un switch mais autant, si je change son antibiotique elle ne va peut-être pas bien le supporter, faire une allergie, le vomir, peut-être qu'elle ne va pas comprendre ma prescription, peut-être qu'elle va continuer les deux en même temps... C'est un faible risque à titre individuel pour un gain à titre collectif. Mais c'est une vraie problématique aujourd'hui du médecin. Moi je suis un médecin de famille. J'essaie de faire au mieux pour la collectivité mais mon patient passera toujours avant la collectivité. Je me sens vraiment responsable de mes patients, vraiment. Je vis très mal quand un de mes patients ne va pas bien, c'est un peu comme ma famille.

(Relance) C'est l'intérêt de votre patient avant tout.

Effectivement. Mais encore une fois, cela me fait réfléchir à quelque chose qui ne m'était même pas passé par la tête. Jamais je ne me dis que je pourrais donner plus simple. La seule chose qui me fait regarder l'ECBU, c'est pour savoir si j'ai été efficace et si je vais la guérir. Mais là j'y réfléchis. Est-ce que cela changera ma pratique, je ne sais pas. Je fais plutôt attention à prescrire rarement de l'Augmentin, Clamoxyl sur les otites, sur les pneumonies. Mais c'est vrai que sur l'ECBU, je laisse les fluoroquinolone. Mais objectivement, c'est parce que je ne me suis jamais posé la question.

(Question principale) Existe-t-il des éléments aujourd'hui qui facilitent ou qui faciliteraient cette prise en charge ?

Même pas... La prise de conscience, parce que je pense que je ne suis pas le seul. Là, je réfléchis pour avoir des raisons qui expliqueraient que je ne le fasse pas... Je ne me posais pas la question mais maintenant je vais me la poser. Au final, dans la mesure où sur une pyélonéphrite, je vais rappeler le patient, vérifier, en plus je travaille beaucoup avec sms, là j'ai mon ordonnancier sur la table basse parce que je fais des ordonnances à mes patients quand je ne travaille pas et je leur envoie par photo. Au final, ce n'est même pas chronophage. Si je devais me donner des excuses, ce serait comme j'ai dit, le risque qu'ils ne supportent pas, le risque qu'ils ne comprennent pas... Mais c'est surtout que je n'y pense pas. C'est vrai que c'est important la santé publique, mais je suis là avant tout pour mon patient, et je suis vraiment là pour lui, même s'il est malade le dimanche, je vais le voir.

(Relance) Le fait d'être aussi proche de vos patients pourraient simplifier la désescalade ?

Oui... Finalement, ce n'est même pas compliqué à mettre en œuvre, c'est tout simple à partir du moment où on a l'antibiogramme. Au-delà de ça, si je reprends un exemple : le Clamoxyl est globalement mieux supporté, il n'y a pas de risque de tendinite. Là encore je pense à mon patient. Je me dis que c'est plus facile, si elle n'est pas allergique, c'est bien supporté, elle n'a pas de risque de tendinopathie, et elle peut aller au soleil. Finalement, à titre individuel, je peux me dire que c'est un antibiotique mieux supporté... C'est vrai, qu'on pense toujours à ses patients avant tout.

(Relance) Et pensez-vous avoir eu suffisamment accès à l'information ?

Ah oui vraiment, aujourd'hui on a les résultats très rapidement et très facilement. Le biologiste m'a appelé un peu inquiet lundi. Après pour l'ECBU on a accès à Apicrypt, c'est super simple.

(Relance) Et l'information était-elle suffisamment bien donnée par rapport à l'intérêt de cette désescalade ?

Je pense que oui. Après, quand on m'a appris il y a 15 ans, ce n'était pas comme ça. Il arrive qu'on reste sur nos vieux schémas. Moi, mon schéma c'est soigner le patient, et regarder l'antibiogramme pour voir si tu es sensible. Et c'était ça, et pas « regardez s'il y a moins fort ». C'est une notion récente mais ce n'est pas du tout ce qu'on m'a appris. Déjà, chez moi, 43 ans, il faut changer une pratique ancrée, alors pour les générations plus anciennes... Quand j'ai commencé à l'hôpital en pédiatrie, on traitait toutes les otites par Orelox ou Augmentin. C'était la recommandation. J'ai appris comme ça. Déjà le passage au Clamoxyl ça a été quelque chose. Aujourd'hui je fais moins de 1% de C3G. Après surtout Clamoxyl, Monuril et un peu Oflocet. Augmentin, c'est rare.

Entretien avec M13

(Question principale) Que pouvez-vous me dire sur l'émergence des résistances antibiotiques et sur son impact sur votre pratique quotidienne ?

Moi j'essaye au maximum de ne pas prescrire des antibiotiques pour lesquels il y a des résistances. J'essaye d'éviter les céphalosporines, les quinolones. Après je ne sais pas si cela a beaucoup changé pour les infections urinaires... Mais c'est vrai qu'on avait l'habitude de prescrire de la Noroxine, des choses comme ça, mais c'était il y a longtemps.

(Question de précision) Quelle est votre opinion sur les recommandations actuelles et sur la politique de lutte contre les résistances ?

En fait ce qui est un peu dommage, c'est qu'on ne reçoit pas les recommandations, il faut aller les chercher. C'est un peu dommage, il faudrait qu'il y ait un peu plus de diffusion. Pour le Covid par exemple, on reçoit des notes d'information régulièrement par mail. On pourrait faire la même chose pour les recommandations. L'HAS pourrait nous les envoyer pour les antibiotiques parce que ça évolue tout le temps, et c'est vrai qu'on ne pense pas tout le temps à aller regarder les nouvelles recommandations...

(Question principale) Intéressons-nous maintenant plus particulièrement aux infections urinaires de la femme. Comment raisonnez-vous dans votre pratique pour prescrire des antibiotiques ou des examens complémentaires ?

Je me base surtout sur le fait qu'il y ait de la fièvre ou non. Si c'est une infection urinaire non fébrile, ça dépend de l'âge de la patiente, de ses antécédents médicaux en général, et de ses antécédents au niveau urinaire. Si c'est une femme jeune sans risque particulier je ne fais pas d'ECBU et je prescris de la fosfomycine, éventuellement du Selexid. Ce sont les deux médicaments que je donne en premier intention. Je ne fais l'ECBU que s'il y a une récurrence ou s'il y a des facteurs de risque.

(Relance) Vous pensez aux critères de cystite à risque de complication ?

C'est cela. Avec l'âge et en fonction des antécédents... S'il s'agit d'une patiente sous immunosuppresseur, toutes ces choses qui peuvent nous indiquer que c'est important d'avoir le germe avant de commencer l'antibiotique.

(Relance) Vous différez donc la prise d'antibiotique dans ce cas ?

Non, je prescris l'ECBU et l'antibiotique qui reste le même si c'est une infection urinaire non fébrile. L'ECBU va me servir à savoir si la bactérie est sensible ou non à l'antibiotique que j'ai prescrit. Pour ne pas prendre de risque.

(Question principale) Dans ce contexte, comment appréhendez-vous la notion de désescalade thérapeutique dans les infections urinaires ?

C'est vrai que c'est une notion que je n'ai pas. Souvent je prescris de la Fosfomycine donc forcément il n'y a pas trop de désescalade puisque c'est en prise unique. Si j'ai prescrit Selexid, pour différentes raisons, par exemple si la fosfomycine n'a pas marché... Si le Selexid marche et que je vois que c'est sensible à l'amoxicilline, je ne vais pas le faire honnêtement. Je n'ai pas cette notion, et puis je sais que le Selexid ce n'est pas trop méchant donc je continue.

(Relance) Et pour une infection urinaire haute, comment procédez-vous ?

Là ce sera plutôt une quinolone. Mais même dans ce cas, je ne désescalade pas. Bon, il est vrai qu'on n'en voit pas tous les jours des pyélonéphrites, heureusement. On voit plus souvent des prostatites chez les hommes. Mais jusque-là je n'avais pas la notion. On se dit que vu que ça marche, on poursuit le traitement jusqu'au bout.

(Question de précision) Et que pensez-vous de l'intérêt global de ce type de démarche ?

Je trouve ça plutôt bien. Et vous voyez je n'étais pas au courant... Donc on en revient à ma première remarque, comme quoi on n'a pas toujours accès aux recommandations.

(Question principale) Quels pourraient être les freins pour vous à ce type de démarche ?

Je ne sais pas... Peut-être le patient. S'il va mieux il peut ne pas comprendre pourquoi on change d'antibiotique mais bon après on lui explique. C'est comme tout. C'est peut-être la seule chose.

(Relance) Aucun problème par rapport à vous-même ?

Non, je ne vois pas de chose compliquée en ce sens.

(Question principale) Existe-t-il des éléments qui facilitent ou pourraient faciliter la désescalade thérapeutique aujourd'hui ?

Non, je pense vraiment qu'il s'agit d'une démarche simple et facilement applicable.

(Question de précision) Que pouvez-vous me dire sur l'antibiogramme ciblé ?

J'ai entendu parler de cela, mais je me suis dit qu'il fallait approfondir la question. Ce n'est pas très clair.

(Relance) Y'a-t-il d'autres éléments qui pourraient faciliter la désescalade thérapeutique ?

Je reste sur ma première idée, il faudrait un accès simplifié aux recommandations, être mieux informés par mail par exemple.

Entretien avec M14

(Question principale) Que pouvez-vous me dire concernant l'émergence de résistance antibiotique ?

C'est du grand n'importe quoi. Mon expérience en tant que médecin de ville et ce que j'ai vu des prescriptions de mes confrères, c'est qu'il y en a encore beaucoup qui ne demandent pas de prélèvements bactériologiques et qui surtout ne sont pas au courant des dernières recommandations. Qui mettent des antibiotiques beaucoup trop importants ou des bi voire tri antibiothérapies sans justification...

J'ai l'impression qu'il y a une sensibilité à cette question qui est plus importante chez les jeunes générations, et que dans les générations un peu plus anciennes, cette question de l'épargne antibiotique n'est pas trop intégrée.

(Question de précision) Pouvez-vous me décrire les implications des résistances dans votre pratique ?

Dans ma pratique, ce que j'aimerais bien avoir, c'est un laboratoire de biologie de garde ou d'astreinte sur la permanence de soins. Quand je travaille en maison médicale de garde ou à SOS médecin, quand une personne se présente avec une infection urinaire, on est un peu coincé. Dans certaines situations, on est obligé de mettre des antibiotiques à l'aveugle en cas de refus d'aller aux urgences, ce qui est quelque chose qui n'est pas acceptable. En dehors de cette situation, j'essaye au maximum de faire des prélèvements et de ne pas mettre d'antibiotique à l'aveugle... De ne pas mettre des antibiotiques non adaptés à la demande de mes patients.

(Question de précision) Au cours des différentes années de votre exercice, la politique de diminution de la prescription a-t-elle influé sur votre prescription ?

Je pense que oui... Après j'ai été en formation au cours des dernières années, donc les politiques de diminution font que j'ai été formé de cette manière... J'ai le ressenti d'être très vigilant sur ce sujet. Et surtout, si on peut assimiler à cette politique les outils informatiques type antibioclik alors oui. Cet outil facilite grandement ma prescription et oriente mes pratiques.

(Question principale) Au cours de la prise en charge des infections urinaires de la femme en ville, comment raisonnez-vous pour prescrire ou ne pas prescrire des antibiotiques et/ou des examens complémentaires ?

En période ouvrable, je prescris systématiquement un ECBU... Pour la prescription de l'antibiotique, je fais en fonction de l'outil antibioclik pour la prescription de l'antibiotique probabiliste. Il est noté qu'on ne doit pas toujours mettre d'antibiotique probabiliste en parfois attendre l'antibiogramme avant de traiter. Dans ma pratique, je mets les antibiotiques de manière systématique en probabiliste et je demande au patient de reconsulter pour que j'adapte l'antibiotique. Mon ressenti par rapport à ça c'est que les patients ne reviennent pas, c'est assez rare... Les patients ne reviennent pas pour la désescalade thérapeutique.

Ensuite, si je suis en période non ouvrable, je suis très embêté. Car en fonction du contexte, si je suspecte une pyélonéphrite chez quelqu'un de fragile ou pas, j'adresse aux urgences. Je vous avoue que cela m'est déjà arrivé de traiter des cystites chez la femme sans demander d'ECBU car sur le plan clinique ce n'était pas tolérable par la patiente.

Dans les infections urinaires chez la femme, dans les recommandations, ils disent qu'il faut attendre l'antibiogramme si l'infection est bien tolérée... Moi je traite de manière systématique en probabiliste avant, mais je fais toujours le prélèvement. Par peur d'une complication chez mes patients. Ce qui me motive c'est la peur que mon patient s'aggrave ou ne consulte pas et laisser trainer les choses. Si je donne l'analyse sans l'antibiotique, je me dis qu'il peut ne pas faire le prélèvement, ne pas revenir me voir et que cela se dégrade par un retard dans la prise en charge. Disons que je suis assez cynique sur la compliance des patients et sur l'adhésion à cette seconde consultation. Si je prescris en probabiliste systématiquement, je me dis qu'au pire du pire ça passe.

(Question principale) A ce stade, comment intégrez-vous la notion de désescalade thérapeutique dans votre prise en charge, c'est-à-dire le fait de passer d'un antibiotique à spectre plus étroit après réception de l'antibiogramme ?

Pour le coup, je vais sur antibioclic que je trouve formidable. Je regarde les recommandations en fonction de la documentation. Si je suis au cabinet, je rappelle la patiente si elle n'a pas pris le rendez-vous. Je ne redemande pas forcément de consultation. Même si je demande au patient d'en reprendre une avec les résultats. Si ce rendez-vous n'a pas été pris, j'appelle le patient, je laisse un message vocal si je n'arrive pas à l'avoir et je laisse une ordonnance en salle d'attente pour la désescalade.

(Question de précision) Quelle est votre perception quant à l'utilité globale de cette démarche sur les résistances antibiotiques ?

Je n'en suis pas persuadé car je me dis que le germe a déjà été exposé à l'antibiotique pour lequel on ne voulait pas créer de résistance. Et surtout, dans les faits, je ne suis pas sûr que cela soit fait par tous les médecins et que tous les patients retournent à la pharmacie alors qu'ils ont déjà un antibiotique qui fonctionne et qui les a soulagés. Sur le papier, c'est très beau. Dans les faits cela n'est pas assez réalisé et je pense que ce n'est pas efficace dans la lutte contre l'antibiorésistance.

(Question principale) Quels sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans votre pratique pour réaliser cette désescalade ?

Le fait qu'en permanence de soin je n'ai pas accès à un laboratoire. Deuxièmement, c'est la compliance des patients. Il y a des patients qui ne vont pas accepter de revenir en consultation ou de changer d'antibiotique. Qui veulent leur antibiotique immédiatement et qui après ne veulent pas en changer.

Le manque de temps, car il suffit que l'on soit lundi, avec un 8h 20h à la consultation, et je ne vais pas forcément prendre le temps de rappeler le patient pour lui expliquer qu'il faut qu'il désescalade l'antibiotique.

(Question principale) Quels sont les moyens qui pourraient être mis en place selon vous pour faciliter la désescalade ?

Des laboratoires d'astreinte, qui permettraient de faire de la bactériologie les week-ends et les nuits. Je reviens sur ma réponse précédente mais selon moi, on ne peut pas faire ce que l'on veut aux patients, et je ne sais pas ce que l'on pourrait trouver comme levier pour inciter les patients à bien faire les ECBU et contrôler leur antibiotique à 2 jours. Peut-être leur faire une prescription d'antibiotique seulement pour 3 jours... le temps d'avoir les résultats de

l'antibiogramme. Sauf que les antibiotiques sont vendus par boîte de 14, donc on ne peut pas le faire. Dans l'idéal, il faudrait donner les antibiotiques pour 3 jours uniquement le temps d'avoir les résultats mais ce n'est pas faisable aujourd'hui. Ceci permettrait d'éviter qu'il y ait des antibiotiques qui traînent dans la nature ou que les patients puissent se traiter seul.

Peut-être qu'un rappel... une meilleure formation pour certaines personnes qui ne sont pas au fait de ce type de prise en charge serait utile.

(Relance) Vous pensez que les recommandations sont difficiles à appliquer ?

Les recommandations sont claires, mais elles ne sont pas faites par des personnes qui travaillent en ville. Notre métier, c'est de faire concorder le technique et l'humain. Elles sont claires pour moi mais je ne pense pas qu'elles sont claires pour mes patients.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission.

Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Titre. Désescalade antibiotique chez la femme avec infection urinaire : comment y parvenir ?

Introduction. La désescalade antibiotique est un moyen d'épargne des molécules à large spectre et de lutte contre l'antibiorésistance. Pourtant, cette démarche est insuffisamment réalisée. L'objectif de cette étude est d'explorer la perception et la pratique de la désescalade thérapeutique dans les infections urinaires féminine, et de rechercher d'éventuels moyens de la promouvoir.

Matériel et méthodes. 14 médecins exerçant en Occitanie ont été interviewés à l'aide d'un questionnaire semi-directif. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats. La désescalade thérapeutique reste méconnue. La réévaluation antibiotique est axée sur la vérification de la sensibilité à l'antibiotique prescrit ; le changement dépend plutôt de la galénique et de la tolérance. La désescalade antibiotique oppose une réticence avec risque perçu d'effet indésirable voire de résistance au second antibiotique. Les difficultés de formation, d'accès aux sources et la charge de travail des médecins jouent un rôle freinateur. La question de l'observance du patient se pose également. L'absence de valorisation de la réévaluation antibiotique ouvre la voie vers une prise en charge disparate, surtout en l'absence de secrétariat. Le conditionnement des antibiotiques constitue un frein à la bonne pratique de la désescalade. L'optimisation d'accès à la biologie et la collaboration avec le pharmacien sont des leviers pour la désescalade.

Conclusion. Démarche méconnue en médecine générale, la désescalade thérapeutique pourrait trouver sa place en optimisant les moyens techniques et de formation, et en favorisant la coopération des professionnels de santé.

Mots-clefs : Désescalade antibiotique, infection urinaire, antibiorésistance, médecine générale