



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Étude rétrospective quantitative du taux de reconsultation du médecin
traitant des pyélonéphrites aiguës simples diagnostiquées aux
urgences du Cateau-Cambrésis.**

Présentée et soutenue publiquement le 30 avril 2026 à 18 heures

Au Pôle Formation

Par Léo HACHE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE

Monsieur le Docteur Marc VOGEL

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Maxime LEMAY

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

Amox_ac	Amoxicilline – Acide Clavulanique
ARS	Agence Régionale de Santé
BLSE	Béta-Lactamase à Spectre Etendu
BU	Bandelette Urinaire
C3G	Céphalosporine de 3 ^{ème} Génération
CH	Centre Hospitalier
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DPI	Dossier Patient Informatisé
DPO	Data Protection Officer / Délégué à la Protection des Données
E. Coli	Escherichia Coli
ECBU	Examen Cyto Bactériologique des Urines
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante
FQ	Fluoroquinolone
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IM	Intramusculaire
IU	Infection Urinaire
MT	Médecin Traitant
PNA	Pyélonéphrite Aiguë
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction	2
1. Définitions et épidémiologie	2
2. Recommandations actuelles	3
3. Pyélonéphrite et antibiorésistance	5
4. Hypothèses	5
5. Objectifs	7
Matériel et méthodes.....	8
1. Type d'étude et conception	8
2. Contexte de l'étude	8
3. Population	8
4. Variables / recueil de données	9
5. Analyse de données.....	10
6. Analyses statistiques.....	10
6.1 Analyses univariées.....	10
6.2 Analyses bivariées.....	10
6.3 Gestion des données manquantes.....	11
6.4 Significativité.....	11
7. Cadre réglementaire.....	11
Résultats	12
1. Description de la population	12
2. Résultats principaux.....	13
3. Résultats secondaires	14
3.1 La reconsultation du médecin traitant	14
3.2 La communication ville - hôpital	14
3.3 Association entre consigne de reconsulter et reconsultation effective	15
3.4 Association entre durée initiale de l'antibiothérapie et reconsultation	16
3.5 Association entre choix de l'antibiotique initial et reconsultation.....	16
Discussion.....	17
1. Résultats principaux.....	17
2. Forces et limites	18
2.1 Forces de l'étude	18
2.2 Manque de puissance statistique	18
2.3 Biais méthodologiques, biais de sélection.....	19
2.4 Biais d'information	19
2.5 Données manquantes	19

2.6 Facteurs non explorés	20
3. Perspectives.....	20
Commentaire.....	22
Conclusion	23
Déclaration de conflits d'intérêts	24
Références bibliographiques.....	25
Annexes	27
Annexe 1 : Distinction PNA simple et à risque de complication	27
Annexe 2 : Les recommandations STROBE	28
Annexe 3 : Questionnaire téléphonique soumis aux MT	29
Annexe 4 : Accord de conformité de la CNIL, par le DPO.....	31

RESUME

Introduction

La réévaluation à 48-72 heures des pyélonéphrites aiguës (PNA) simples, recommandée par la SPILF, vise à adapter l'antibiothérapie probabiliste à l'antibiogramme afin de limiter les échecs thérapeutiques et l'antibiorésistance. Après un passage aux urgences avec un retour à domicile, cette réévaluation repose en pratique sur le médecin traitant (MT). Les données françaises concernant le taux réel de reconsultation en soins primaires sont rares, notamment dans les territoires à faible densité médicale. L'objectif principal était d'estimer le taux de reconsultation du MT après un diagnostic de PNA simple aux urgences du Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, menée sur l'année 2023. Ont été incluses les femmes majeures ayant un diagnostic principal de PNA simple suivi d'un retour à domicile. Les patientes hospitalisées, présentant des critères de complication ou sans MT renseigné ont été exclues. Les données ont été extraites du dossier patient informatisé puis complétées par un questionnaire téléphonique auprès des MT. Le critère de jugement principal était la reconsultation du MT.

Résultats

Trente-six patientes ont été incluses ; 30 ont été analysées en cas complets. 40% des patientes ont reconsulté leur MT (IC95 % [22,5 ; 57,5]). Parmi elles, 58,3 % ont bénéficié d'une désescalade antibiotique, principalement vers l'amoxicilline.

Conclusion

Près de 60 % des patientes traitées en ambulatoire pour une PNA simple ne bénéficient pas d'une réévaluation en soins primaires. Lorsqu'elle est réalisée, cette consultation conduit fréquemment à une adaptation thérapeutique.

INTRODUCTION

1. Définitions et épidémiologie

Les infections urinaires (IU) représentent l'une des pathologies bactériennes les plus fréquentes et constituent un motif quotidien de consultation, tant en médecine générale que dans les services d'accueil des urgences (SAU). En France, l'incidence des infections urinaires communautaires est estimée entre 4 et 6 millions d'épisodes par an [1]. Si la grande majorité de ces épisodes sont des cystites aiguës non compliquées, les pyélonéphrites aiguës (PNA) représentent environ 50 000 à 80 000 cas annuels [2].

La pyélonéphrite aiguë simple est une infection bactérienne du parenchyme rénal survenant chez une femme non enceinte, sans anomalie urologique connue, sans comorbidité significative ni facteur de risque de complication [3].

La pyélonéphrite aiguë est, avec les pneumopathies communautaires, l'une des principales étiologies de syndrome infectieux sévère rencontrées aux urgences. En raison de son tableau clinique souvent bruyant — associant fièvre élevée, frissons, douleurs lombaires unilatérales et signes fonctionnels urinaires — elle génère un recours fréquent aux soins non programmés. Selon les données de la littérature, les pyélonéphrites aiguës justifient une hospitalisation dans 10 à 30 % des cas [2,4]. L'incidence des PNA nécessitant un passage hospitalier est estimée à près de 20 pour 10 000 habitants en France, avec une prédominance féminine écrasante (plus de 75 % des cas) en raison des spécificités anatomiques de l'urètre féminin [2,4]. Pour les 70 à 90 % de patientes restantes, le diagnostic peut être posé aux urgences avec un retour à domicile précoce et une prise en charge ambulatoire, sous couvert d'une bonne observance du traitement et d'un suivi médical rigoureux.

2. Recommandations actuelles

La prise en charge de ces patientes a été structurée par les recommandations de bonne pratique émises par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) en 2014, puis actualisées en 2017 [3]. Ces recommandations reposent sur une stratification précise du risque, divisant les PNA en trois catégories : simples, à risque de complication et graves (ANNEXE 1).

La démarche diagnostique face à une suspicion de PNA simple repose sur la clinique, associée à la réalisation d'une Bandelette Urinaire (BU). Il est indispensable, avant toute instauration d'antibiothérapie, de réaliser un Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU) afin de permettre l'identification du germe à l'origine de l'infection [3].

Face à une PNA, l'initiation de l'antibiothérapie ne peut attendre les résultats de l'ECBU : il s'agit d'une antibiothérapie probabiliste. Les recommandations de la SPILF préconisent en première intention l'utilisation de fluoroquinolones (ciprofloxacine, lévofloxacine) par voie orale ou des céphalosporines de troisième génération (C3G, telles que le ceftriaxone ou le céfotaxime) par voie parentérale [3]. Ce choix vise à couvrir le germe le plus fréquemment incriminé dans les infections urinaires communautaires : *Escherichia Coli*, responsable de 70 à 95 % des PNA simples [3,5,6].

Le schéma suivant représente le parcours idéal d'une patiente qui présenterait une pyélonéphrite simple dans un service d'urgence, tel que décrit dans les recommandations actuelles (**Figure 1**).

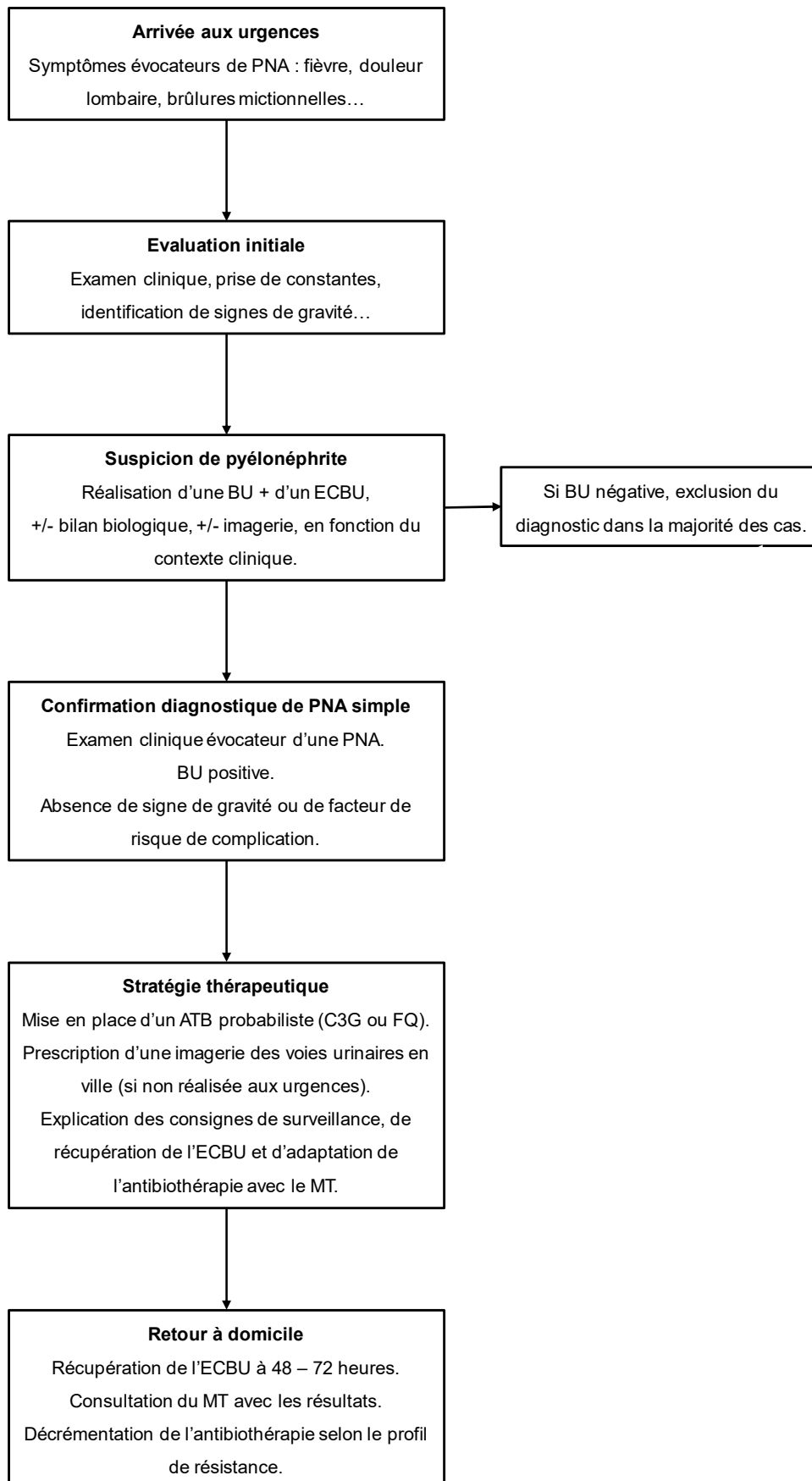


Figure 1 : Parcours d'une patiente présentant une PNA simple aux urgences

3. Pyélonéphrite et antibiorésistance

L'instauration d'un traitement à large spectre est justifiée à la phase aiguë, mais la réévaluation clinique et microbiologique à 48-72 heures est essentielle. Cette obligation de réévaluation s'inscrit dans le contexte épidémiologique actuel : la progression de l'antibiorésistance.

L'utilisation massive d'antibiotiques (notamment les fluoroquinolones et les C3G) a favorisé l'émergence de souches d'entérobactéries productrices de Bêta-Lactamases à Spectre Étendu (BLSE), capables de rendre inefficaces les pénicillines et les céphalosporines [7–11]. L'augmentation des résistances aux antibiotiques est directement liée à une augmentation de la mortalité, notamment dans le cas d'infections à E. Coli [12].

Selon les données récentes de la mission nationale PRIMO (Surveillance et prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques et des infections associées aux soins de ville et en secteur médico-social) mandatée par Santé Publique France, les taux de résistance en milieu communautaire sont préoccupants. En soins de ville, 3,0 % des souches d'E. Coli isolées d'urines sont résistantes aux C3G, dont 2,8 % par production de BLSE. Plus inquiétant encore pour la prise en charge des PNA, la résistance d'E. Coli aux fluoroquinolones atteint 12,7 % chez les patients vivant à domicile (et s'élève à près de 19 % en EHPAD) (12).

L'objectif de la réévaluation à 48-72 heures, une fois l'antibiogramme définitif obtenu, est de procéder à une désescalade thérapeutique. Il s'agit de substituer l'antibiotique probabiliste à large spectre par une molécule à spectre plus étroit (par exemple l'amoxicilline ou le cotrimoxazole) si la souche y est sensible [3]. Cette désescalade est fondamentale pour limiter la progression des BLSE [13].

4. Hypothèses

Malgré des recommandations limpides, l'application pratique de cette réévaluation se heurte à la réalité du parcours de soins. Lorsqu'une patiente consulte aux urgences pour une PNA simple, elle reçoit les premiers soins, son ECBU est prélevé, une ordonnance d'antibiotiques probabilistes lui est remise, et elle retourne à domicile [3].

Cependant, les services d'urgence, soumis à une forte tension capacitaire et organisationnelle [14], ne sont pas conçus pour assurer le suivi de ces résultats bactériologiques à distance. Le travail de la lecture de l'ECBU, de l'adaptation thérapeutique, et de l'évaluation de la réponse clinique repose quasi-constamment sur la médecine de ville, et plus particulièrement sur le médecin traitant [15].

Cette transition ville-hôpital représente une zone de rupture potentielle dans la continuité des soins. La patiente, souvent soulagée de ses symptômes dans les premières 48 heures grâce à l'antibiothérapie initiale, peut négliger l'importance d'une reconsultation, la jugeant superflue. D'autre part, la transmission physique ou informatique des résultats de l'ECBU du laboratoire hospitalier vers le médecin généraliste peut subir des délais ou des échecs. De même, la qualité de l'information et des consignes données aux patientes qui présentent une IU aux urgences pourrait être améliorée [16].

L'absence de reconsultation expose alors la patiente à deux risques : un échec thérapeutique avec risque de complication (abcès rénal, récurrence précoce, évolution vers un sepsis) si le germe s'avère résistant au traitement probabiliste [17]; ou à l'inverse, un préjudice sur l'écologie bactérienne si un traitement à large spectre (fluoroquinolones, ceftriaxone) est poursuivi pendant 7 à 10 jours alors qu'une alternative plus ciblée était possible [3].

Cette problématique de rupture de suivi trouve une résonance particulière dans des bassins de population touchés par une démographie médicale déclinante. L'arrondissement du Cateau-Cambrésis, situé dans le département du Nord (Hauts-de-France), illustre cette complexité [18].

Classé en grande partie en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) par l'Agence Régionale de Santé (ARS), ce territoire souffre d'une sous-densité médicale [18]. Par conséquent, il semble légitime de s'interroger sur la capacité réelle du système de soins primaires local à absorber ces reconsultations post urgences, et sur la proportion de patientes qui se retrouvent "perdues de vue" après leur passage aux urgences du Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis pour une PNA simple.

Très peu d'études en France se sont intéressées à la quantification précise du taux de reconsultation en médecine de ville suite à un diagnostic hospitalier de PNA simple [19–21]. Il semblait donc intéressant de réaliser cette étude dans le contexte spécifique d'un territoire en tension médicale comme le Cambrésis.

5. Objectifs

Cette thèse, menée au sein du service des urgences du Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis, propose une évaluation quantitative, observationnelle et rétrospective de ce parcours de soins.

L'objectif principal de notre étude est de répondre à la question de recherche suivante : Les patientes du Catésis ont-elles reconsulté leur médecin traitant pour réévaluer l'antibiothérapie après un diagnostic de pyélonéphrite aiguë simple aux urgences du Cateau-Cambrésis en 2023 ?

Les objectifs secondaires visent à :

- Évaluer, parmi les patientes ayant reconsulté, le taux de modification ou de désescalade de l'antibiothérapie probabiliste initiale.
- Identifier d'éventuels facteurs associés à une absence de reconsultation.
- Connaître le taux de réception des résultats de l'ECBU par le médecin traitant.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude et conception

Nous avons mené une étude quantitative, observationnelle, rétrospective, sur l'évaluation du taux de reconsultation du médecin traitant après un diagnostic de pyélonéphrite aiguë simple aux urgences du Cateau-Cambrésis.

L'analyse des données a été quantitative.

Cette étude a suivi les recommandations STROBE [22] (ANNEXE 2).

Les recherches bibliographiques ont été faites en ligne en utilisant les bases de données Pubmed et Lissa.

2. Contexte de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique concernant le service des urgences du centre hospitalier du Cateau-Cambrésis.

L'étude s'intéresse aux passages aux urgences de l'année 2023.

3. Population

La population cible était l'ensemble des femmes ayant présenté une PNA simple aux urgences du Cateau-Cambrésis en 2023.

La population source était constituée des patients passés aux urgences du Cateau-Cambrésis en 2023 et pour lesquels le motif d'admission aux urgences était l'un des motifs suivants :

- brûlures mictionnelles,
- fièvre,
- douleur de la fosse lombaire ou flanc,
- douleur abdominale,
- altération de l'état général.

Ont été incluses les patientes :

- de sexe féminin,
- âgées de 18 ans ou plus,

- pour lesquelles un diagnostic de pyélonéphrite aiguë a été retenu comme diagnostic principal (diagnostic N10 de la classification CIM10 [23]) dans le dossier patient informatisé (DPI).

Ont été exclues les patientes :

- de plus de 75 ans,
- de plus de 65 ans si elles présentaient des critères de fragilité au vu des antécédents qui étaient consignés dans le DPI,
- présentant une PNA compliquée ou à risque de complication (grossesse, immunodépression, insuffisance rénale sévère, sepsis grave, anomalie anatomique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire),
- hospitalisées à la suite du passage aux urgences,
- n'ayant pas de médecin traitant renseigné dans le DPI.

4. Variables / recueil de données

Les patientes ont été incluses de manière consécutive sur la période d'étude parmi les dossiers répondant aux critères d'inclusion.

Pour chaque patiente incluse, le dossier médical informatisé a été consulté afin d'extraire des données administratives et thérapeutiques. Ces données étaient :

- l'âge de la patiente,
- le nom de son médecin traitant,
- l'antibiotique probabiliste prescrit,
- la durée de l'antibiothérapie probabiliste,
- la présence ou non de la consigne écrite de reconsulter un médecin après 48 à 72 heures,
- la présence ou non de la consigne écrite de récupérer les résultats de l'ECBU auprès du laboratoire d'analyse.

Les médecins traitants des patientes incluses ont ensuite été contactés par téléphone et ont répondu à un questionnaire standardisé (ANNEXE 3).

Le critère de jugement principal était la reconsultation, ou non, du médecin traitant après le passage aux urgences pour une pyélonéphrite aiguë simple.

L'ensemble de ces données a été retranscrit dans un tableur Microsoft Excel® (Version 2025, Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) afin de préparer l'analyse statistique.

5. Analyse de données

Nous avons calculé la proportion de reconsultation du médecin traitant après le passage aux urgences.

Aussi, nous avons cherché à analyser s'il y avait une association statistique entre :

- la présence de la consigne écrite de reconsulter le MT dans le dossier médical informatisé ET le taux de reconsultation du MT,
- le choix de l'antibiotique probabiliste initial ET le taux de reconsultation du MT,
- la durée de prescription de l'antibiothérapie probabiliste initiale ET le taux de reconsultation du MT.

6. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Jamovi ® [24].

6.1 Analyses univariées

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectif et pourcentage.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type (SD, *standard deviation*) si l'histogramme révèle une distribution d'allure symétrique, et médiane premier et troisième quartile (Q1, Q3) dans le cas contraire.

Les intervalles de confiance des proportions à 95% (IC95) sont calculés à l'aide d'une loi normale.

6.2 Analyses bivariées

L'indépendance entre deux variables qualitatives est testée à l'aide d'un test du χ^2 (avec correction de continuité de Yates si nécessaire) lorsque les conditions d'application étaient réunies, ou à l'aide d'un test exact de Fisher dans le cas contraire. L'indépendance entre une variable qualitative et une variable quantitative est testée à l'aide d'un test de Student.

6.3 Gestion des données manquantes

Les données manquantes ont été recensées et codées comme valeurs manquantes dans la base de données. Aucune procédure d'imputation n'a été mise en œuvre. Les analyses statistiques ont été réalisées sur les données disponibles pour chaque variable (analyse en cas complets).

6.4 Significativité

Les tests statistiques sont bilatéraux. Les p-valeurs sont considérées comme significatives au seuil de 5%. Les intervalles de confiance sont calculés à 95%.

7. Cadre réglementaire

Cette étude repose sur la réutilisation de données issues de dossiers médicaux et sur la réalisation d'un questionnaire téléphonique auprès des médecins traitants.

Elle a été conduite conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Conformément à la réglementation applicable aux recherches non interventionnelles rétrospectives, cette étude ne modifie pas la prise en charge des patientes.

Les données ont été pseudonymisées avec une clé de chiffrement avant analyse.

Le recueil des données a été réalisé après l'obtention de l'accord des délégués à la protection des données (DPO) de l'Université de Lille et de l'hôpital du Cateau-Cambrésis.

Le DPO de l'hôpital du Cateau-Cambrésis avait obtenu un accord de la CNIL (ANNEXE 4).

Les médecins traitants contactés ont été informés des objectifs de l'étude et leur participation a reposé sur leur accord oral.

Les données seront supprimées un an après la soutenance de cette thèse.

L'étude n'a bénéficié d'aucun financement spécifique.

RESULTATS

1. Description de la population

Le nombre réel de femmes ayant reçu un diagnostic de PNA simple aux urgences du Cateau-Cambrésis en 2023 n'est pas connu.

La **Figure 2** décrit le processus de sélection des patients analysés.

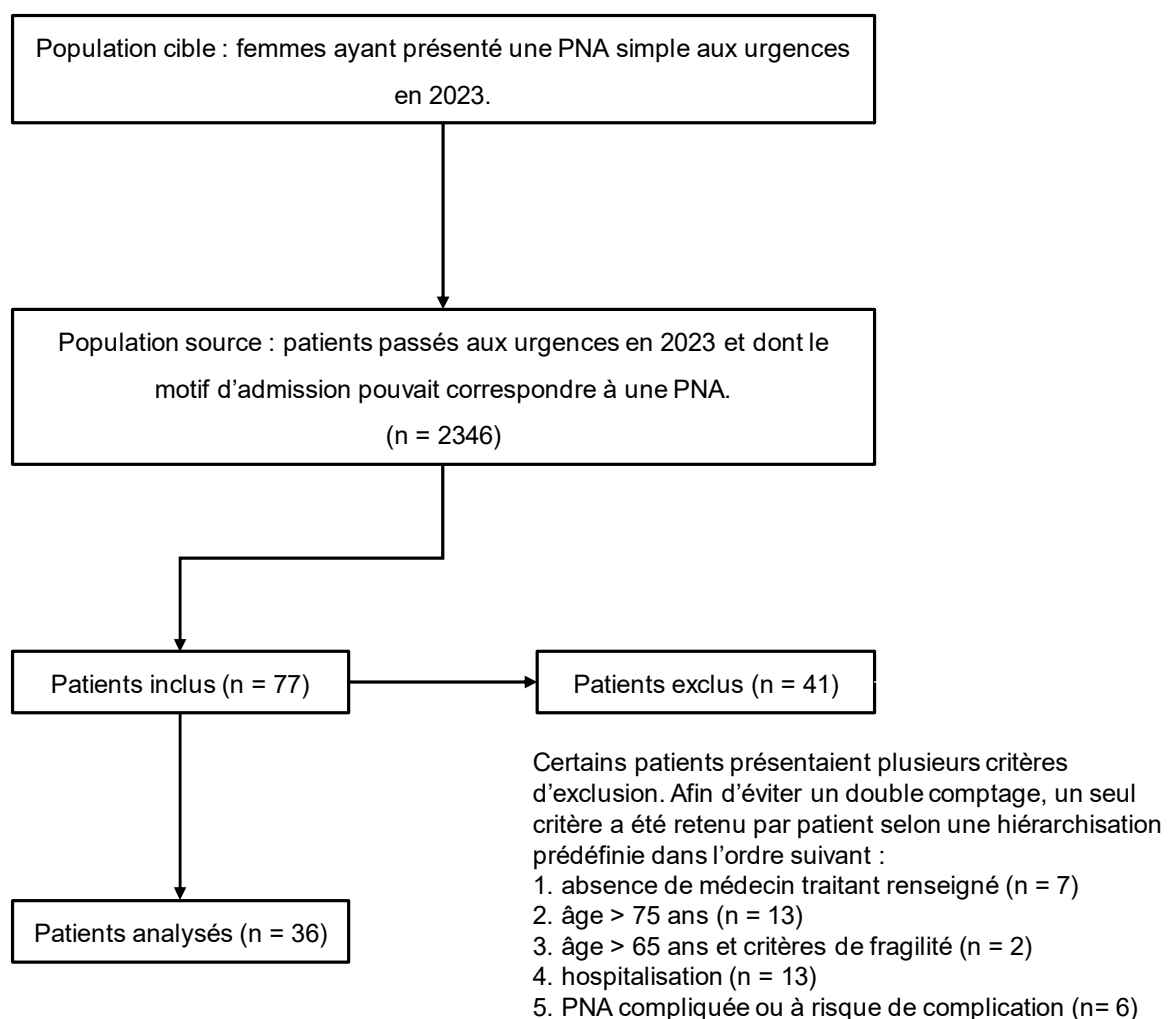


Figure 2 : Diagramme de flux

L'âge moyen des patientes analysées est de 33,3 ans (SD = 13,6).

La durée moyenne de l'antibiothérapie initialement prescrite par le service des urgences est de 7,11 jours (SD = 2,50).

La proportion de fluoroquinolones (FQ) en prescription probabiliste s'élève à 69,4 %, celle de C3G est de 25,0%.

La ceftriaxone, lorsqu'elle était prescrite, était administrée par voie intramusculaire (IM). Tous les autres antibiotiques prescrits l'étaient par voie orale.

Parmi les patientes, 23 (63,9 %) ont reçu la consigne écrite de récupérer le résultat de leur ECBU 48 à 72h après leur sortie.

A l'inverse, 20 patientes (55,6 %) n'ont pas reçu la consigne écrite de reconsulter leur médecin traitant 48 à 72h après leur retour à domicile.

Toutes les caractéristiques des patientes analysées sont reprises dans le **Tableau 1**.

Tableau 1 : Caractéristiques des 36 patientes analysées

Caractéristiques	Valeurs
Sexe féminin : n (%)	36 (100 %)
Age (année) : moyenne $\pm$ écart-type	33,3 $\pm$ 13,6
Durée ATB probabiliste (jour) : moyenne $\pm$ écart-type	7,11 $\pm$ 2,50
ATB probabiliste initial : n (%)	
Amoxicilline + Acide Clavulanique	1 (2,8 %)
Cefixime	3 (8,3 %)
Ceftriaxone	6 (16,7 %)
Ciprofloxacine	9 (25,0 %)
Fosfomycine	1 (2,8 %)
Levofloxacine	16 (44,4 %)
Consignes pour ECBU : n (%)	
Oui	23 (63,9 %)
Non	13 (36,1 %)
Consignes de reconsulter : n (%)	
Oui	16 (44,4 %)
Non	20 (55,6 %)

ATB : Antibiotique

2. Résultats principaux

L'analyse des résultats du questionnaire soumis aux médecins traitants est réalisée en cas complet. Les 6 (16,6%) patientes pour lesquelles les médecins n'ont pas répondu au questionnaire n'ont pas été analysées pour le reste de l'étude.

Les raisons de ces données manquantes sont :

- médecin retraité au moment de l'étude (n = 4 soit 11,1%)
- médecin injoignable (n = 1 soit 2,7%)
- erreur de médecin traitant (n = 1 soit 2,7%) : le médecin renseigné dans le DPI n'était pas le MT de la patiente.

Parmi les 30 patientes ayant présenté un diagnostic de pyélonéphrite aiguë simple, 12 patientes (40%, IC95 : [22,47 ; 57,53]) ont reconsulté leur médecin traitant dans les jours suivant leur retour à domicile.

3. Résultats secondaires

3.1 La reconsultation du médecin traitant

Dans l'échantillon qui a reconsulté son médecin traitant, 7 patientes (58,3%) ont bénéficié d'une désescalade thérapeutique.

Cette désescalade s'est faite au profit de l'amoxicilline dans la majorité des cas (**Tableau 2**).

Tableau 2 : Patientes ayant reconsulté leur médecin traitant

Caractéristiques	Valeurs
Antibiothérapie modifiée : n (%)	
Oui	7 (58,3 %)
Non	5 (41,7 %)
Antibiotique prescrit secondairement : n (%)	
Amoxicilline	5 (71,4 %)
Amoxicilline – Acide Clavulanique	1 (14,3 %)
Cotrimoxazole	1 (14,3 %)

3.2 La communication ville - hôpital

Concernant la réception de l'ECBU par le médecin traitant, 19 (63,3%) des médecins interrogés déclarent ne pas avoir reçu de résultat bactériologique provenant du laboratoire ou de l'hôpital.

Chez les patientes ayant reconsulté leur MT, le résultat d'ECBU était soit apporté par la patiente, soit obtenu directement auprès du laboratoire par le médecin traitant lors de la consultation (**Figure 3**).

De ce fait, la détention des résultats d'ECBU par le médecin traitant n'a été observée que chez des patientes ayant reconsulté.

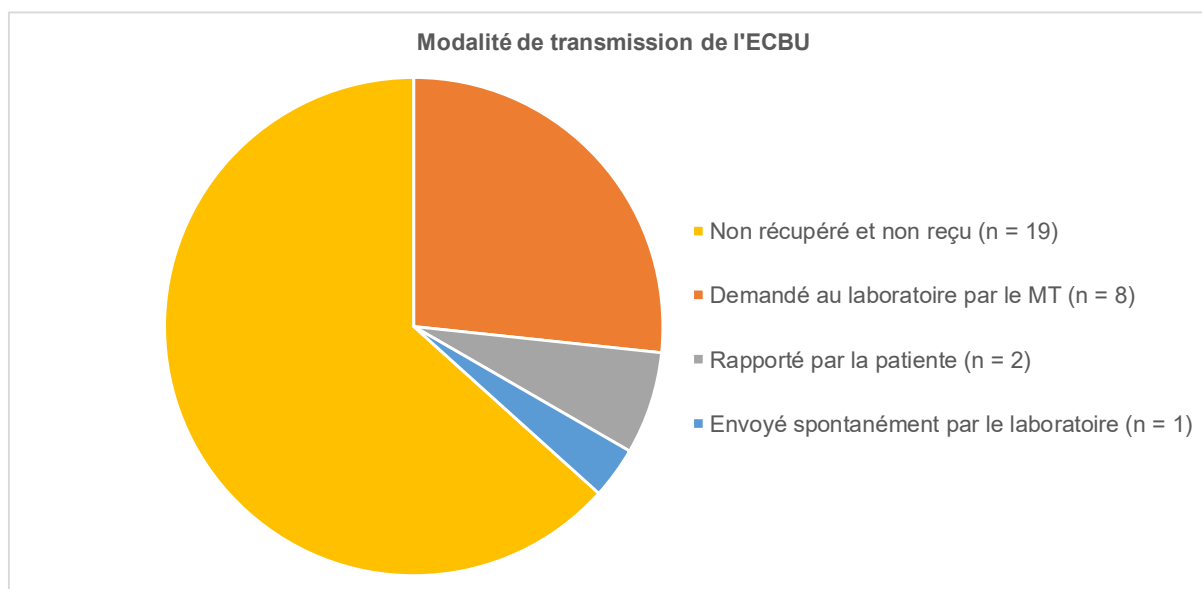


Figure 3 : Modalité de transmission de l'ECBU par les médecins traitants

Les médecins traitants déclarent avoir reçu un courrier de passage aux urgences dans 66,7 % des cas (n = 20).

Parmi les 20 médecins qui ont reçu le courrier de passage aux urgences, 14 d'entre eux (70 %) n'ont pas revu la patiente à la suite de son passage aux urgences.

3.3 Association entre consigne de reconsulter et reconsultation effective

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la consigne écrite de reconsulter le médecin traitant 48 à 72h après la sortie des urgences, et la reconsultation effective du médecin traitant (p = 0,594).

3.4 Association entre durée initiale de l'antibiothérapie et reconsultation

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la durée de la prescription initiale d'antibiotique aux urgences, et le taux de reconsultation du médecin traitant dans les jours suivant le retour à domicile ($p = 0,130$).

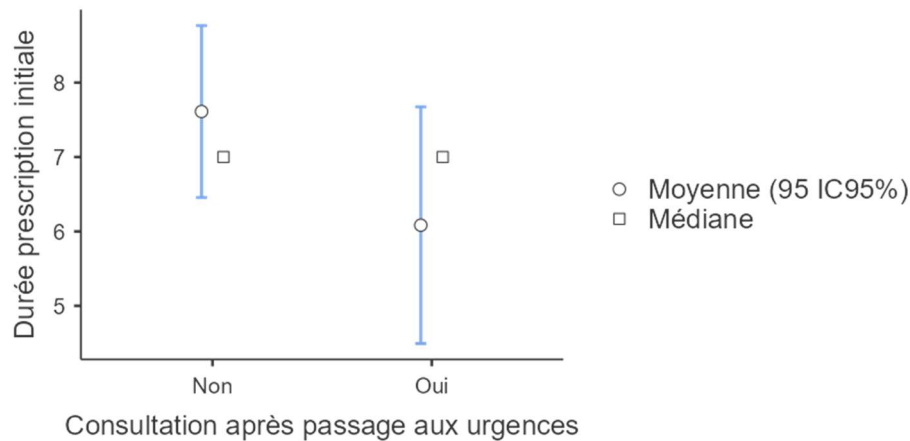


Figure 4 : Comparaison de la reconsultation en fonction de la durée de prescription initiale d'antibiotique

3.5 Association entre choix de l'antibiotique initial et reconsultation

La totalité des 6 patientes qui ont reçu de la ceftriaxone (par voie intramusculaire) en antibiothérapie probabiliste a reconsulté son médecin traitant (**Figure 5**).

Parmi elles, 5 ont bénéficié d'une désescalade de leur antibiothérapie.

La prescription initiale de ceftriaxone à la sortie des urgences est associée à un taux de reconsultation significativement plus élevé après le retour à domicile ($p < 0,001$).

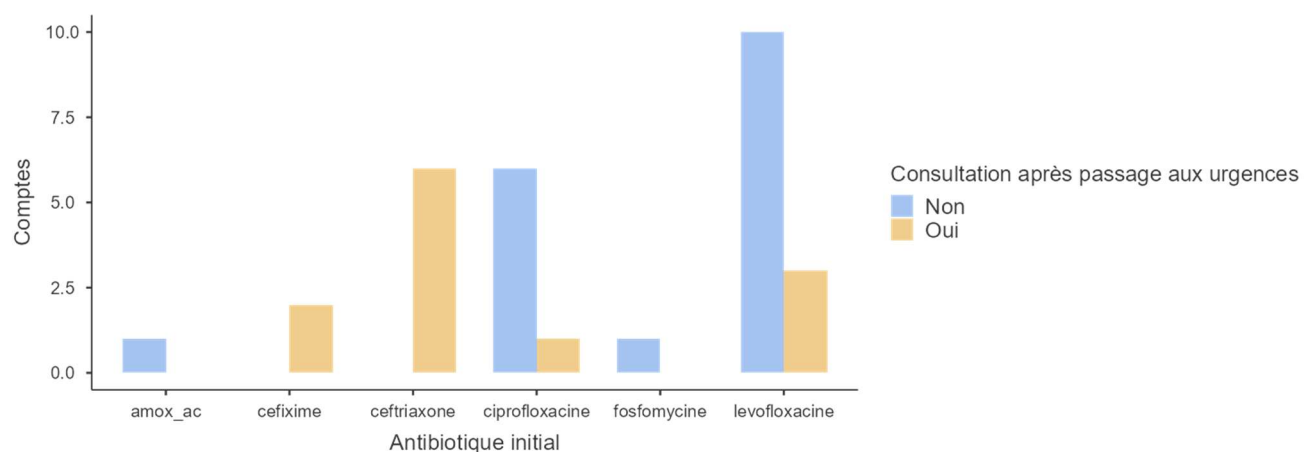


Figure 5 : Nombre de reconsultations en fonction de l'antibiotique initial

DISCUSSION

1. Résultats principaux

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de reconsultation du médecin traitant après un diagnostic de pyélonéphrite aiguë simple aux urgences avec un retour à domicile.

Dans notre cohorte analysée en cas complet, 40 % des patientes ont reconsulté leur médecin traitant, ce qui signifie que 6 patientes sur 10 n'ont pas bénéficié d'une réévaluation médicale documentée en soins primaires. Ce résultat semble cohérent par rapport à une étude Néerlandaise, qui observait également l'absence de reconsultation dans 84% des cas [16].

Cela va à l'encontre des recommandations françaises [3,15] et pourrait participer à l'augmentation des résistances d'E. Coli aux fluoroquinolones et aux céphalosporines de 3e génération [11,13].

Parmi les patientes ayant reconsulté, plus de la moitié (58,3 %) a bénéficié d'une modification thérapeutique sous la forme de désescalade au profit de l'amoxicilline. Ce résultat est cohérent avec les données de la littérature. Les opportunités d'optimisation de l'antibiothérapie sont fréquentes dans les infections urinaires et la désescalade antibiotique est possible sans impact défavorable sur l'évolution clinique [25].

Un résultat particulièrement marquant concerne les résultats d'ECBU : ils ne sont pas reçus spontanément par près de deux tiers des médecins traitants.

Cette difficulté de suivi post urgences est décrite dans la littérature internationale, avec la mise en évidence de la fragilité du suivi après la sortie des urgences [16].

Par ailleurs, certains médecins ont déclaré avoir reçu le courrier de passage aux urgences sans pour autant revoir la patiente. La transmission d'information ne garantit donc pas, à elle seule, la continuité effective des soins.

Enfin, l'association statistique entre ceftriaxone IM et reconsultation est un résultat intéressant. On peut émettre l'hypothèse que la patiente soit davantage motivée à reconsulter afin de modifier le traitement, notamment en raison du caractère douloureux et contraignant des injections intramusculaires répétées.

2. Forces et limites

2.1 Forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces qui augmentent sa validité interne et externe. L'inclusion des patientes a été réalisée de manière consécutive sur une année complète, limitant les biais.

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient clairement définis, conformément aux recommandations de la SPILF [3], permettant d'étudier une population homogène de PNA simples.

Le recueil des données a reposé sur la lecture du DPI et sur un questionnaire standardisé auprès des médecins traitants, garantissant une méthode reproductible.

Il s'agit d'un travail portant sur un sujet peu exploré en France.

L'étude s'inscrit par ailleurs dans un territoire classé en Zone d'Intervention Prioritaire, apportant un éclairage pertinent sur la continuité des soins dans un contexte de tension démographique médicale.

Enfin, l'analyse statistique a été conduite selon les recommandations méthodologiques des études observationnelles (STROBE, [22]), avec description transparente des données manquantes et analyse en cas complets.

Cependant, plusieurs limites importantes doivent être discutées.

2.2 Manque de puissance statistique

La principale limite est le faible effectif, réduisant la puissance statistique et limitant la généralisation des résultats.

Aussi, le nombre exact de PNA simples vues aux urgences en 2023 n'est pas connu, ce qui empêche de définir précisément la population cible et limite la validité externe.

2.3 Biais méthodologiques, biais de sélection

Le biais méthodologique le plus important réside dans le mode de recrutement : les patientes ont été identifiées à partir du motif d'admission et non du diagnostic principal, en raison de contraintes liées au logiciel hospitalier. Certaines PNA ont pu ne pas être identifiées si leur motif d'admission ne faisait pas partie de ceux choisis pour le recrutement.

De la même façon, d'autres PNA ont pu ne pas être identifiées si leur diagnostic principal n'était pas codé N10 (CIM-10, [23]).

La reconsultation a été évaluée uniquement auprès du médecin traitant renseigné dans le dossier. Il est possible que certaines patientes aient consulté un autre médecin généraliste, une maison médicale de garde ou un spécialiste, entraînant une sous-estimation potentielle du taux réel de réévaluation médicale.

Aussi, l'étude ne comportait pas les données microbiologiques détaillées. L'absence de recueil du germe isolé et de l'antibiogramme ne permettait pas d'évaluer la pertinence réelle des désescalades observées ni de déterminer si l'absence de modification thérapeutique chez certaines patientes était justifiée.

Par ailleurs, aucun délai précis de reconsultation n'a été calculé.

L'étude ne permettait donc pas de savoir si les consultations avaient eu lieu dans la fenêtre recommandée de 48-72 heures.

2.4 Biais d'information

Le recueil des données de suivi reposait sur les déclarations téléphoniques des médecins traitants, exposant à un biais de mémorisation, un biais déclaratif et un biais de désirabilité sociale.

2.5 Données manquantes

Une analyse en cas complets a été réalisée sans imputation, ce qui peut introduire un biais si les patientes perdues différaient significativement des autres.

2.6 Facteurs non explorés

Il existe probablement des facteurs de confusion non mesurés influençant la reconsultation.

Certains de ces déterminants potentiels n'ont pas été étudiés :

- le niveau socio-économique,
- le délai d'accès à un rendez-vous avec son médecin traitant,
- la compréhension réelle des consignes par les patientes,
- etc.

Aussi, la question de la responsabilité du suivi des examens biologiques mérite d'être discutée.

En droit médical français, le médecin prescripteur d'un examen complémentaire conserve la responsabilité de la prise en compte de son résultat. En théorie, l'urgentiste prescripteur de l'ECBU demeure donc responsable de son interprétation et des suites à donner.

Toutefois, la réalité organisationnelle des services d'urgences est marquée par une forte tension capacitaire [14] et les services ne disposent généralement pas de dispositif individualisé de suivi des résultats différés.

Il existe donc un décalage entre la responsabilité juridique théorique du prescripteur et les contraintes organisationnelles réelles d'un service d'urgences.

Des études menées à l'international [26,27] suggèrent que la sécurisation du suivi microbiologique nécessite une organisation dédiée, des ressources humaines spécifiques et un système informatisé structuré.

3. Perspectives

Le manque de puissance observé dans cette étude pousse à envisager la réalisation d'un travail de recherche à plus grande échelle. Dans le Cambrésis, cela pourrait s'envisager par l'extension de cette recherche à l'ensemble du Groupement Hospitalier du Territoire (GHT), qui contient également le CH de Cambrai, ou par une période d'inclusion plus longue.

Les résultats de cette étude mettent en évidence une fragilité dans la continuité des soins après un diagnostic de PNA simple aux urgences. Plusieurs axes d'amélioration peuvent être envisagés.

En effet, ce travail suggère que la réévaluation ne peut reposer uniquement sur l'initiative du patient ou du médecin traitant. La mise en place d'un système de transmission des résultats d'ECBU vers le médecin traitant, ou d'un programme structuré de suivi des patientes au sein du service d'urgences pourrait limiter les patientes perdues de vue.

Les expériences internationales reposant sur des équipes dédiées à ce système montrent une amélioration significative de l'adaptation à l'antibiogramme [26,27].

Une telle organisation permettrait également de clarifier la question de la responsabilité du suivi des examens bactériologiques prescrits.

La programmation systématique d'un rendez-vous de contrôle chez le médecin traitant avant la sortie des urgences pourrait également être explorée. On peut imaginer la mise en place de créneaux de consultations dédiées aux suivis post urgences dans les agendas des médecins d'un territoire. Elle pourrait s'articuler autour des CPTS (Communauté Professionnelles Territoriales de Santé), en particulier dans les territoires classés en Zone d'Intervention Prioritaire, où l'accès rapide au médecin traitant peut être limité.

L'association observée entre la ceftriaxone intramusculaire et la reconsultation ouvre également une piste de réflexion intéressante. Il pourrait être pertinent d'analyser si la voie d'administration influence réellement le comportement des patientes.

Enfin, une étude complémentaire prospective intégrant un questionnaire directement adressé aux patientes permettrait de mieux comprendre les déterminants de la reconsultation ou de son absence : perception de la gravité, compréhension des consignes, difficultés d'accès au médecin traitant, amélioration clinique précoce ou contrainte liée à la voie d'administration... Cette approche centrée sur l'expérience patient viendrait enrichir l'analyse actuelle.

Commentaire

Bien qu'inexistant dans la langue française académique, le terme « reconsultation » a été utilisé afin de désigner la consultation secondaire d'un médecin après un premier recours hospitalier.

Ce terme, fréquemment employé dans la littérature médicale francophone, permet de distinguer clairement la consultation initiale aux urgences du suivi ambulatoire secondaire.

Son usage ne vise qu'à faciliter la compréhension de ce travail.

CONCLUSION

Dans notre étude, près de 60% des patientes rentrées à domicile après une pyélonéphrite aiguë simple diagnostiquée aux urgences ne bénéficient pas d'une réévaluation clinique ou bactériologique par leur médecin traitant. Pourtant, lorsqu'elle est réalisée, cette consultation conduit fréquemment à une adaptation du traitement antibiotique.

Ces résultats révèlent une fragilité dans la continuité des soins entre l'hôpital et la médecine de ville, dans un contexte marqué par la progression de l'antibiorésistance et la tension démographique médicale.

DECLARATION DE CONFLITS D'INTERETS

L'auteur et le directeur de thèse déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cette thèse.

Les liens d'intérêts sont consultables en ligne sur le site transparence.sante.gouv.fr

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Elkharrat D, Arrouy L, Benhamou F, et al. Épidémiologie de l'infection urinaire communautaire de l'adulte en France. *Infect. Urin.*, Springer, Paris; 2007, p. 1–20. https://doi.org/10.1007/978-2-287-48617-3_1.
- [2] Boissier R, Savoie PH, Long J-A. [Epidemiology of urological emergencies in France]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol* 2021;31:945–55. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2021.07.004>.
- [3] Caron F, Galperine T, Flateau C, et al. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. *Médecine Mal Infect* 2018;48:327–58. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.03.005>.
- [4] Grammatico-guillon L, Laurent E, Vallée M, et al. FUrTIHF 2 : pyélonéphrites aiguës hospitalisées en France 2014-2019 : étude en vie réelle des prises en charge et devenir. *Médecine Mal Infect Form* 2022;1:S9. <https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.043>.
- [5] Bruyère F, Vidoni M, Péan Y, et al. [Bacteriological analysis of more than 600 febrile urinary infections managed in a community health network]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol* 2013;23:890–8. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2013.03.009>.
- [6] Bosch-Nicolau P, Falcó V, Viñado B, et al. A Cohort Study of Risk Factors That Influence Empirical Treatment of Patients with Acute Pyelonephritis. *Antimicrob Agents Chemother* 2017;61:e01317-17. <https://doi.org/10.1128/AAC.01317-17>.
- [7] Abushaheen MA, Muzahed null, Fatani AJ, et al. Antimicrobial resistance, mechanisms and its clinical significance. *Dis--Mon DM* 2020;66:100971. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2020.100971>.
- [8] Baran A, Kwiatkowska A, Potocki L. Antibiotics and Bacterial Resistance—A Short Story of an Endless Arms Race. *Int J Mol Sci* 2023;24:5777. <https://doi.org/10.3390/ijms24065777>.
- [9] Hines MC, Al-Salamah T, Heil EL, et al. Resistance Patterns of Escherichia coli in Women with Uncomplicated Urinary Tract Infection Do Not Correlate with Emergency Department Antibigram. *J Emerg Med* 2015;49:998–1003. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.06.028>.
- [10] Hooton TM. Fluoroquinolones and resistance in the treatment of uncomplicated urinary tract infection. *Int J Antimicrob Agents* 2003;22 Suppl 2:65–72. [https://doi.org/10.1016/s0924-8579\(03\)00238-3](https://doi.org/10.1016/s0924-8579(03)00238-3).
- [11] Talan DA, Takhar SS, Krishnadasan A, et al. Fluoroquinolone-Resistant and Extended-Spectrum β -Lactamase-Producing Escherichia coli Infections in Patients with Pyelonephritis, United States(1). *Emerg Infect Dis* 2016;22:1594–603. <https://doi.org/10.3201/eid2209.160148>.
- [12] Daneman N, Fridman D, Johnstone J, et al. Antimicrobial resistance and mortality following E. coli bacteremia. *EClinicalMedicine* 2023;56:101781. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101781>.
- [13] Lemenand O, Thibaut S, Coëffic T, et al. Résistance aux céphalosporines de 3e génération, aux carbapénèmes et aux fluoroquinolones des isolats urinaires de Escherichia coli en soins de ville : tendances 2017-2021 en France. *Bull Épidémiologique Hebd* 2023;458–64.
- [14] Demoly E, Deroyon T. Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013. *Études Résultats - DREES* 2025:8p.

- [15] Choix et durées d'antibiothérapies : Pyélonéphrite aiguë de la femme. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722914/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapies-pyelonephrite-aigue-de-la-femme (accessed February 25, 2026).
- [16] Tuinte R a. M, van Zanten MD, Takamura T, et al. Follow-up of patients with urinary tract infections discharged from the emergency department: a mixed methods study. *J Antimicrob Chemother* 2024;79:1688–96. <https://doi.org/10.1093/jac/dkac169>.
- [17] Yoon C, Park SY, Kim B, et al. Relationship between the appropriateness of antibiotic treatment and clinical outcomes/medical costs of patients with community-acquired acute pyelonephritis: a multicenter prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 2022;22:112. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07097-9>.
- [18] Arrêté du 9 mai 2025 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. n.d.
- [19] Chantrel G. Relais ville-hôpital: le cas des pyélonéphrites aiguës. Thèse d'exercice. Université du droit et de la santé, 2016.
- [20] Sentis M. Antibiothérapie dans les infections des voies urinaires hautes et optimisation des relations ville/hôpital. 2018.
- [21] Darolles J. Evaluation de la prise en charge des pyélonéphrites aiguës simples aux urgences du CHU de Toulouse et son suivi en ambulatoire · Thèses de l'Université de Toulouse · UTthème. Toulouse, 2018.
- [22] Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev* 2015;15:34–8. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>.
- [23] International Classification of Diseases (ICD) n.d. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (accessed February 27, 2026).
- [24] The jamovi project (2025). jamovi. (Version 2.7) [Computer Software]. n.d. <https://www.jamovi.org/> (accessed February 27, 2026).
- [25] Khasawneh FA, Karim A, Mahmood T, et al. Antibiotic de-escalation in bacteremic urinary tract infections: potential opportunities and effect on outcome. *Infection* 2014;42:829–34. <https://doi.org/10.1007/s15010-014-0639-8>.
- [26] Dumkow LE, Kenney RM, MacDonald NC, et al. Impact of a Multidisciplinary Culture Follow-up Program of Antimicrobial Therapy in the Emergency Department. *Infect Dis Ther* 2014;3:45–53. <https://doi.org/10.1007/s40121-014-0026-x>.
- [27] Wu JY, Balmat R, Kahle ML, et al. Evaluation of a health system-wide pharmacist-driven emergency department laboratory follow-up and antimicrobial management program. *Am J Emerg Med* 2020;38:2591–5. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.12.052>.

ANNEXES

Annexe 1 : Distinction PNA simple et à risque de complication

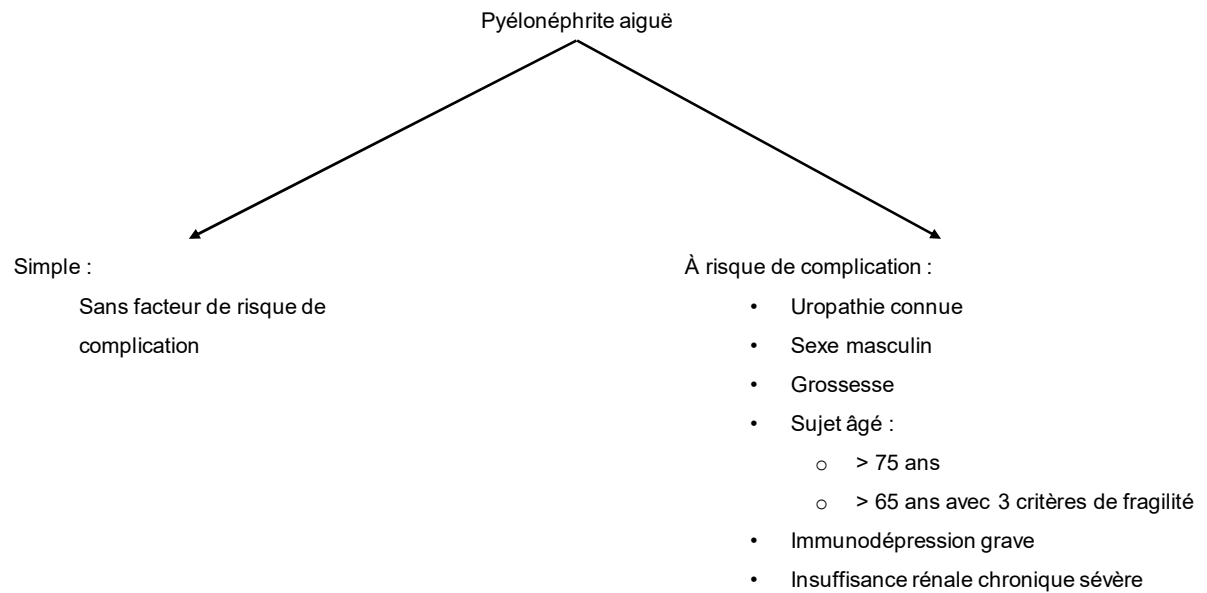


Figure 6 : Distinction entre PNA simple et à risque de complication

Annexe 2 : Les recommandations STROBE

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses

Continued on next page

Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Annexe 3 : Questionnaire téléphonique soumis aux MT

Questionnaire téléphonique aux médecins traitants des patientes concernées :

Bonjour, je suis Léo HACHE, interne en médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la réévaluation ambulatoire des patientes ayant reçu un diagnostic de pyélonéphrite simple aux urgences du Cateau Cambrésis en 2023.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier s'il est possible d'améliorer la prise en charge des pyélonéphrites simples dans le Catésis et s'il est pertinent de mettre en place un protocole pour augmenter le taux de réévaluation ambulatoire.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez accepter de poursuivre cet appel téléphonique et répondre aux questions que je vais vous poser.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 2 ou 3 minutes.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, d'effacement, de retrait de consentement / opposition, de limitation, de portabilité.

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de ma thèse.

Afin de préserver l'anonymat de ce questionnaire, veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.

Merci à vous.

1. La patiente « X née le 01/01/1900 » vous a-t-elle consulté après son passage aux urgences du « 01/01/1918 » ?
 - Oui
 - Non

Si non, passage direct à la question 5.

2. Avez-vous modifié l'antibiothérapie prescrite par le médecin urgentiste ?
 - Oui
 - Non
3. Si oui, par quel antibiotique ?
 - Réponse libre.
4. Quelle a été la durée totale d'antibiothérapie prescrite ?
 - Réponse libre (en jour)
5. Comment avez-vous obtenu les résultats de l'ECBU ?
 - Envoyés spontanément par le laboratoire
 - Demandés au laboratoire
 - Recherche sur le DMP (dossier médical partagé)
 - Apportés ou envoyés par le patient
 - Non récupérés
 - Autre : réponse libre
6. Avez-vous reçu un courrier de passage aux urgences concernant cette patiente ?

Merci beaucoup pour votre participation.

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : leo.hache.etu@univ-lille.fr

Annexe 4 : Accord de conformité de la CNIL, par le DPO

Référence CNIL :

2224411 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 30 novembre 2021

Monsieur Philippe PARADIS
CENTRE HOSPITALIER LE CATEAU
DIM
28 BOULEVARD PATURLE
59360 LE CATEAU CAMBRESIS

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : CENTRE HOSPITALIER LE
CATEAU
Service : DPARTEMENT
D'INFORMATION MÉDICALE
Adresse : 28 BOULEVARD PATURLE
CP : 59360
Ville : LE CATEAU CAMBRESIS

N° SIREN/SIRET : 265906925 00010
Code NAF ou APE : 8610Z
Tél. : 0327846665
Fax. : 0327846645

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 1 décembre 2021

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

AUTEUR : Nom : HACHE

Prénom : Léo

Date de soutenance : 30/04/2026

Titre de la thèse : Étude rétrospective quantitative du taux de reconsultation du médecin traitant des pyélonéphrites simples diagnostiquées aux urgences du Cateau-Cambrésis.

Thèse - Médecine - Lille - 2026

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : pyélonéphrite ; antibactériens ; médecins généralistes ; service des urgences médicales ; prévention secondaire.

Résumé :

Introduction : La réévaluation à 48-72 heures des pyélonéphrites aiguës (PNA) simples, recommandée par la SPILF, vise à adapter l'antibiothérapie probabiliste à l'antibiogramme afin de limiter les échecs thérapeutiques et l'antibiorésistance. Après un passage aux urgences avec un retour à domicile, cette réévaluation repose en pratique sur le médecin traitant (MT). Les données françaises concernant le taux réel de reconsultation en soins primaires sont rares, notamment dans les territoires à faible densité médicale. L'objectif principal était d'estimer le taux de reconsultation du MT après un diagnostic de PNA simple aux urgences du Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis.

Matériel et méthodes : Étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, menée sur l'année 2023. Ont été incluses les femmes majeures ayant un diagnostic principal de PNA simple suivi d'un retour à domicile. Les patientes hospitalisées, présentant des critères de complication ou sans MT renseigné ont été exclues. Les données ont été extraites du dossier patient informatisé puis complétées par un questionnaire téléphonique auprès des MT. Le critère de jugement principal était la reconsultation du MT.

Résultats : Trente-six patientes ont été incluses ; 30 ont été analysées en cas complets. 40% des patientes ont reconsulté leur MT (IC95 % [22,5 ; 57,5]). Parmi elles, 58,3 % ont bénéficié d'une désescalade antibiotique, principalement vers l'amoxicilline.

Conclusion : Près de 60 % des patientes traitées en ambulatoire pour une PNA simple ne bénéficient pas d'une réévaluation en soins primaires. Lorsqu'elle est réalisée, cette consultation conduit fréquemment à une adaptation thérapeutique.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs : Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE

Monsieur le Docteur Marc VOGEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Maxime LEMAY