UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Infections urinaires sans consultation médicale, les pharmacies peuvent réaliser des bandelettes urinaires et délivrer des antibiotiques : Ressenti des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais

Présentée et soutenue publiquement le 9 janvier 2025 à 14h00
au Pôle Formation

par Suzanne CARIN

JURY

Président :
Monsieur le Professeur Boualem SENDID

Assesseurs :
Monsieur le Docteur Pierre-Etienne MORIN
Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directrice de thèse :
Madame le Docteur Marion SIX

AVERTISSEMENT

L’université n’entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé
BU	Bandelette Urinaire
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire
DMP	Dossier Médical Partagé
ECBU	Examen Cytobactériologique des Urines
EGPRN	European General Practice Research Network
HAS	Haute Autorité de Santé
IA	Intelligence Artificielle
IPA	Infirmier(ère) en Pratique Avancée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU	Maître de Stage Universitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
USPO	Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine
VPN	Valeur Prédictive Négative

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ **1**

INTRODUCTION **3**

1. PREAMBULE 3
2. DEFINITIONS 4
   - *2.1. Cystite aiguë simple* *4*
   - *2.2. Bandelette urinaire* *5*
3. ÉPIDEMIOLOGIE 7
   - *3.1. Cystite* *7*
   - *3.2. Antibiorésistance* *7*
4. CONTEXTE DE L'ETUDE 9
   - *4.1. Difficulté d'accès au soin* *9*
   - *4.2. Plan d'aide et partage de tâches : « Ma santé 2022 »* *10*
5. LE PROTOCOLE « CYSTITE » 12
   - *5.1. Généralités* *12*
   - *5.2. Déroulé* *13*
   - *5.3. Protocole détaillé (Annexe 10)* *13*
6. JUSTIFICATION DE L'ETUDE 15

MATÉRIELS ET MÉTHODES **16**

1. TYPE D'ETUDE 16
2. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON 18
3. RECUEIL DE DONNEES 19
4. ANALYSE DES DONNEES 20
5. ASPECT ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE 21

RÉSULTATS **22**

1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON 22
2. ORGANISATION DES RESULTATS 23
3. HETEROGENEITE DES PRATIQUES MEDICALES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA CYSTITE 24
   - *3.1. La connaissance du protocole* *25*
   - *3.2. Les examens cliniques et paracliniques* *28*
   - *3.3. Les traitements* *32*
4. PERCEPTIONS MEDICALES FACE AU PROTOCOLE CYSTITE 35
   - *4.1. Adhésion et avantages perçus du protocole cystite* *35*
   - *4.2. Les préoccupations liées à la délégation de tâches et à la responsabilité* *38*
   - *4.3. Les barrières à la mise en place et à l'application du protocole* *45*
   - *4.4. Les impacts de la délégation sur la pratique professionnelle et le rôle des pharmaciens* *48*
5. MEDECINE GENERALE EN TRANSFORMATION : LE RESSENTI DES MEDECINS SUR LEUR AVENIR 50
   - *5.1. L'évolution du rôle des médecins généralistes* *51*
   - *5.2. Les défis liés à l'intensification des demandes et la délégation des tâches* *55*
   - *5.3. La charge administrative et les obstacles institutionnels* *59*
   - *5.4. Évolution de la médecine générale dans un contexte de pénurie et de désertification médicale* . *62*
   - *5.5. Une médecine générale en transformation, le ressenti des médecins sur leur évolution* *64*

DISCUSSION **67**

1. RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE 67
   - *1.1. Hétérogénéité des pratiques médicales dans la prise en charge de la cystite* *69*

1.2. Perceptions médicales face au protocole cystite *70*
1.3. Médecine générale en transformation : le ressenti des médecins sur leur avenir *71*
2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE 75
2.1. Faiblesses potentielles *75*
2.2. Conséquences possibles sur les résultats *76*
2.3. Forces pour minimiser ces faiblesses *76*
3. PERSPECTIVES 78
3.1. Conséquences pour la recherche *78*
3.2. Conséquences pour la pratique *78*
3.3. Conséquences pour l'organisation des soins *79*
3.4. Conséquences pour l'enseignement et la formation *79*
CONCLUSION **80**
LISTE DES FIGURES **81**
LISTE DES TABLEAUX **81**
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES **82**
ANNEXES **88**

RÉSUMÉ

Introduction

Dans un système de santé en mutation, les médecins généralistes se voient confier de nouvelles responsabilités et de nouveaux outils, comme le protocole cystite aiguë simple. Ce dispositif, destiné à améliorer l'accès aux soins tout en maîtrisant l'usage des antibiotiques, redéfinit leur rôle au sein des parcours de soins. Mais qu'en pensent-ils ? Entre tensions et opportunités, cette étude explore leurs ressentis et pratiques, pour mieux comprendre l'impact de ces évolutions sur leur métier et leur identité professionnelle.

Méthodes

Cette recherche qualitative s'appuie sur des entretiens ouverts réalisés auprès de 11 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, jusqu'à suffisance des données. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim, puis analysés selon une méthode phénoménologique interprétative. Cette démarche a permis d'extraire des étiquettes thématiques et expérientielles, regroupées en propriétés, puis en catégories pertinentes pour explorer les ressentis des participants.

Résultats

Les médecins interrogés témoignent d'une grande diversité d'opinions. Certains voient dans ce protocole une avancée organisationnelle et un partage des responsabilités, tandis que d'autres s'interrogent sur la qualité des soins ou ressentent une perte de contrôle sur des actes jusque-là réservés à leur expertise. Des tensions apparaissent également dans les interactions avec les pharmaciens, où des ajustements sont nécessaires pour garantir une collaboration efficace. Enfin, le protocole cristallise des enjeux plus larges liés à la transformation de leur rôle, entre technicité accrue et nécessité de préserver une relation humaine avec les patients.

Conclusion

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les formations sur ces nouvelles pratiques pour garantir leur acceptation et leur mise en œuvre efficace. Ils mettent également en avant l'importance de mieux associer les médecins aux

décisions de réforme, pour préserver la qualité des soins et renforcer la collaboration interprofessionnelle. Enfin, ce travail invite à réfléchir sur les moyens d’accompagner les généralistes face à ces évolutions, pour concilier innovation, humanité et efficacité au sein de leur pratique quotidienne.

INTRODUCTION

1. Préambule

Les infections urinaires, et en particulier la cystite aiguë simple, représentent l'une des pathologies les plus fréquentes en médecine générale (1), avec un impact considérable sur la santé publique et une demande élevée en termes de consultations (2) et de prescriptions d'antibiotiques.

Dans un contexte de rationalisation des soins et de limitation des consultations pour des pathologies bénignes, de nouveaux projets ont vu le jour (3). En particulier, les pharmacies sont désormais autorisées à utiliser des bandelettes urinaires et, dans certains cas, à délivrer directement des antibiotiques sans prescription médicale préalable (4).

Cette évolution soulève de nombreuses interrogations, notamment sur son impact sur la relation de confiance entre les professionnels de santé, la qualité des soins, et le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins du patient.

Il apparaît donc pertinent d’explorer le ressenti des médecins généralistes face à cette nouvelle pratique, en particulier en ce qui concerne la gestion de la cystite aiguë simple.

2. Définitions

2.1. Cystite aiguë simple

2.1.1. Généralités

La cystite aiguë simple est une infection urinaire qui concerne exclusivement les femmes, essentiellement bactérienne, à point de départ digestif (5).

Les germes responsables des cystites simples sont majoritairement des entérobactéries, parmi lesquelles *Escherichia coli* représente 70 à 80 %. D'autres bactéries peuvent également être en cause, comme *Staphylococcus saprophyticus* (15 %) et, plus rarement, *Proteus mirabilis* (1 à 4 %) (6).

L'évolution clinique d'une cystite aiguë peut être spontanément favorable dans 25 à 45 % des cas (7) (8), avec un risque très rare d'évolution vers une pyélonéphrite.

2.1.2. Diagnostic clinique

La cystite aiguë simple se manifeste cliniquement par des douleurs à la miction, des brûlures, des impériosités, une augmentation du nombre de mictions (pollakiurie). Peut s'ajouter aux symptômes une hématurie macroscopique terminale dans environ 30 % des cas (5).

On utilise le terme cystite aiguë « simple » en l'absence de facteur de risque de complication (5) suivant :

- Toute anomalie fonctionnelle ou organique de l'arbre urinaire
- Sexe masculin
- Grossesse en cours
- Sujet âgé > 75 ans ou > 65 ans et ≥ 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)
- Immunodépression grave, insuffisance rénale sévère (clairance < 30 mL/min)

Il faut également éliminer les signes nous orientant vers la pyélonéphrite comme la présence de fièvre ou une douleur en fosse lombaire.

Pour diagnostiquer une cystite simple, seule la bandelette urinaire est recommandée. Dans tous les autres cas, un ECBU doit être réalisé.

2.2. Bandelette urinaire

2.2.1. Généralités

Les recommandations de la SPILF concernant la prise en charge des infections urinaires, révisées en 2017, réaffirment la place de la BU dans la démarche diagnostique des cystites aiguës simples (6).

La BU est une bandelette réactive permettant de détecter, entre autres, la présence de leucocytes et de nitrites dans les urines.

La présence de leucocytes est détectée par l'identification d'une leucocyte estérase pour un seuil variant de 9 à 25 leucocytes/µL selon le type de bandelette (10).

Des nitrites peuvent être présents en cas de bactéries produisant une nitrate réductase, comme c'est le cas pour les entérobactéries et pour certains staphylocoques.

En résumé, une BU est dite :

- « + » en présence de leucocytes et / ou de nitrite
- « − » en l'absence de leucocytes et de nitrite

Pourquoi la bandelette urinaire ?

Elle tient sa force de sa VPN (Valeur Prédictive Négative) > 95 % : c'est-à-dire qu'une BU négative élimine de façon quasi certaine une cystite simple chez la femme (11).

2.2.2. Réalisation

La pratique d'une BU requiert peu de matériel : un récipient sec et propre pour le recueil d'urines (non nécessairement stérile), une bandelette réactive, une échelle colorimétrique pour l'interprétation des résultats. Le coût moyen d'une BU est de 0,40 €.

La réalisation d'une BU se fait de la façon suivante :

- Recueillir les urines du milieu de jet à l'aide du pot de recueil. La toilette périnéale est non nécessaire avant recueil car les antiseptiques peuvent faussement positiver la protéinurie (12).
- Plonger la bandelette dans l'échantillon d'urine pendant 1 seconde.
- Égoutter la bandelette sur le rebord du récipient pour éliminer le surplus d'urine.

- Laisser agir pendant 2 minutes en maintenant la BU à l'horizontale. La lecture des résultats sur les zones réactives se fait à l'aide d'une échelle colorimétrique, présente sur les boîtes.

Attention au respect du temps de lecture :

Les résultats des nitrites, pH, protéines, glucose, corps cétoniques, urobilinogène, bilirubine et sang doivent être lus après 1 minute mais pas au-delà, car les résultats peuvent devenir faussement positifs ou négatifs après un délai trop long.

Les leucocytes doivent être lus après 2 minutes, car ce paramètre a besoin de ce temps pour se positiver de manière fiable.

3. Épidémiologie

3.1. Cystite

Les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs d'antibiotiques en France (13).

Chaque année, Santé Publique France produit des indicateurs permettant d'estimer l'évolution de la consommation d'antibiotiques en ville, qui constitue plus de 90 % de la consommation totale de ces médicaments.

Dans sa consommation, l'infection urinaire communautaire représente une part importante. D'après un rapport de l'ANSM (14), elle concernerait une prescription sur sept en 2019, et correspond à une incidence estimée en France à 625 000 prescriptions par an (15).

D'après l'observatoire de la SFMG, en 2009, les consultations concernant les infections urinaires, tous types confondus, représentaient 1 % des actes, soit 4,7 consultations par mois pour un médecin généraliste (2).

Une étude plus récente fait état que la cystite constituerait 1,28 % des consultations et visites en médecine générale (étude nichée dans l'étude ECOGEN, Éléments de la COnsultation en médecine GENérale, menée entre novembre 2011 et avril 2012) (16).

3.2. Antibiorésistance

A cette demande importante s'ajoute la notion d'antibiorésistance, qualifiée de « pandémie silencieuse » par l'OMS, représentant un enjeu de santé publique majeur (17).

En effet, la surveillance de la consommation d'antibiotiques s'intègre dans la politique nationale de lutte contre l'antibiorésistance, dont les axes et les plans d'actions sont notamment définis par la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance (18).

C'est pourquoi, face à l'exacerbation croissante de l'antibiorésistance (19), il devient impératif non seulement de limiter le nombre d'antibiotiques prescrits, mais aussi de s'assurer de leur bonne utilisation. La réalisation d'une BU s'inscrit dans cette logique, en permettant de poser un diagnostic plus précis et ainsi d'éviter des prescriptions non justifiées.

En effet, la prescription d'antibiotiques doit être adaptée à la pathologie identifiée, en tenant compte des recommandations actuelles concernant le choix de l'antibiotique et la durée du traitement. Cette approche vise à éviter non seulement la surconsommation d'antibiotiques, mais aussi les prescriptions inappropriées, qui alimentent l'antibiorésistance. En agissant de manière ciblée et réfléchie, à la fois sur le choix de l'antibiotique et sa durée, on préserve l'efficacité des traitements pour les infections futures, réduisant ainsi l'impact écologique sur la flore bactérienne et la sélection de souches résistantes (20).

4. Contexte de l'étude

4.1. Difficulté d'accès au soin

La période actuelle se définit par une augmentation de la demande et une diminution de l'offre de soins, en lien avec un manque de médecins généralistes sur le territoire national.

A titre indicatif via l'atlas de la démographie médicale réalisé en 2024 par l'ordre des médecins, le taux de nouveaux médecins inscrits à l'ordre n'a augmenté que de 10 % depuis 2010 (21) (Annexe 1).

Attention, cela regroupe tous les médecins, qu'ils soient en activité régulière, retraités, ou intermittents. Si l'on s'attarde un peu plus, on note une nette diminution des médecins en activité régulière : 76,5 % en 2010 à 60,4 % en 2024 (Annexe 2).

De plus, la démographie médicale risque de faiblir davantage dans les années futures du fait du déclin prévisible des « actifs retraités », et du vieillissement des médecins (Annexe 3). A cela s'ajoute une balance entrants / sortants qui reste négative, en plus d'une année sans sortie de médecins diplômés (due à l'année de « césure » entre l'ancienne plaquette et la nouvelle année ajoutée pour les docteurs juniors).

Au 1er janvier 2024, on estimait la densité médicale à 296,4 médecins en activité pour 100 000 habitants. On comprend donc l'impact direct sur l'accessibilité aux soins pour les patients (Annexe 4).

Parallèlement, la population française ne fait que s'agrandir. Au 1er janvier 2024, la France compte 68,4 millions d'habitants, soit 0,3 % de plus qu'un an auparavant (22).

De plus, nous observons un vieillissement de la population française. Avec une espérance de vie à la naissance de 85,7 ans pour les femmes et 80,0 ans pour les hommes, elle dépasse ainsi les niveaux de 2019 (Annexe 5).

L'accroissement et le vieillissement de la population vont de pair avec une augmentation de la demande de soins (23).

4.2. Plan d'aide et partage de tâches : « Ma santé 2022 »

Pour pallier le manque de médecins généralistes et améliorer l'accès aux soins, le ministère des Solidarités et de la Santé sous l'égide d'Agnès BUZYN a mis en place le plan « Ma santé 2022 » (3). Décloisonnement et réorganisation sont les piliers de cet enjeu (Annexe 6). Il comprend de nombreuses mesures mais les plus notables consistent en la création de 1000 CPTS et la création des protocoles de coopération.

4.2.1. Les CPTS

Ce sont des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé qui se composent d'un coordinateur, de plusieurs spécialités médicales et paramédicales.

Actuellement dans le Nord, il existe 32 CPTS en cours de fonctionnement et 27 CPTS en cours de création (24) (Annexe 7). Celles-ci s'organisent avec différentes ressources en dehors ou en dedans des murs, ayant signé l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

4.2.2. Les protocoles de coopération

Ils concernent les soins non programmés et s'organisent sur ces 6 sujets :

- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine (cystite) (4).
- Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine chez le patient de 6 à 45 ans (angine) (25).
- Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine (varicelle) (26).
- Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute chez le patient de 20 à 55 ans (lumbago aigu) (27).
- Renouvellement de traitements de rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine des patients de 15 à 50 ans (28).
- Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute (entorse) (29).

Ces protocoles, établis par la HAS, sont immuables et doivent être appliqués tels quels par la structure pluriprofessionnelle qui les met en œuvre, sans possibilité de modification. La mise en place d'un protocole doit se faire dans une CPTS, par exemple, où tous les acteurs travaillent sur un logiciel en commun avec accès aux informations médicales des patients.

Le médecin « délégant » de cette structure choisit un « délégué », c'est-à-dire un autre professionnel de santé non-médecin, également membre de cette structure, pour réaliser des actes conformes au protocole.

Ces actions peuvent être : la réalisation de test diagnostique (comme la bandelette urinaire dans le protocole cystite), la prescription et délivrance de traitement (amoxicilline selon le protocole angine) ou encore l'établissement d'un arrêt de travail pour le patient, si nécessaire.

En toute logique et déontologie, tout protocole nécessite le consentement libre et éclairé des patients.

Des prescriptions-types signées par le médecin seront prêtes à l'utilisation des délégués (Annexe 8). Les pharmaciens délégués sont limités dans le choix des antibiotiques délivrés notamment pour les angines et les cystites (30).

5. Le protocole « cystite »

5.1. Généralités

Le protocole de « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'État de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans » (4) est plus facilement nommé protocole « cystite ».

Il a pour objectifs de réduire les délais de prise en charge d'une pathologie courante, de diminuer le recours à la permanence de soins et d'offrir une réponse adéquate et rapide à une demande fréquente.

Cela fait quelques années que ce protocole était en cours de création avec les pharmacies, depuis 2020 d'après l'USPO (31). En effet, après 2 ans, l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine propose un protocole cystite (32) plutôt officieux car sans arrêtés officiels publiés par notre gouvernement. Ceux-ci le seront le 17 juin 2024 (33).

Ce protocole nécessite quelques prérequis (34) :

- La connaissance, c'est-à-dire une formation obligatoire. Cette formation n'est pas gratuite. Si la pharmacie fait partie d'une CPTS, celle-ci peut aider à la subvention. C'est une formation variable en fonction des organismes formateurs. Elle comprend généralement 2 heures d'étude de documents au domicile et 2 heures de formation en présentiel avec plus ou moins un examen à la fin avec remise d'une attestation.
- Les locaux, afin d'assurer une certaine confidentialité et des toilettes propres pour réaliser la bandelette urinaire.
- Des formulaires administratifs divers et variés tels que les formulaires de déclaration pour mise en œuvre du protocole, pour dispenser et facturer le médicament, pour remplir le tableau de « reporting » pour la rémunération ainsi que pour transmettre un compte rendu au médecin via Mon Espace Santé (ou à défaut par messagerie sécurisée).

5.2. Déroulé

La patiente demande un créneau avec son médecin. Si celui-ci appartient à une structure où le protocole est en place, la secrétaire peut alors l'orienter vers le pharmacien à condition qu'il ait accès au dossier médical de la patiente pour consulter, entre autres, ses antécédents.

Si la patiente accepte, une consultation avec le pharmacien lui est proposée dans une salle assurant sa confidentialité. Le pharmacien doit ensuite consigner les données dans le dossier de la patiente.

Cette consultation est constituée de 3 parties (Annexe 9) :

- L'interrogatoire, qui permet d'écarter les diagnostics différentiels, d'identifier les profils présentant un risque de complications et de confirmer le diagnostic.
- L'examen clinique, qui comprend la prise de température, de la tension, du pouls et de la fréquence respiratoire.
- Si les résultats sont concluants, le délégué délivre les antibiotiques et conseille la patiente sur les signes de reconsultation. Sinon, un réadressage au médecin traitant sera réalisé.

5.3. Protocole détaillé (Annexe 10)

Le protocole s'applique chez les femmes de 16 à 65 ans avec leurs consentements. Les symptômes urinaires récents peuvent inclure une pollakiurie, des brûlures à la miction, une dysurie ou une urgence mictionnelle.

L'interrogatoire vise à collecter les informations suivantes et à exclure la patiente si l'un de ces éléments est identifié :

• Sexe masculin

• Age < 16 ans ou > 65 ans

• Recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadaptées

• Grossesse avérée ou non exclue

• Signes d'appel gynécologique : leucorrhées, prurit vulvaire ou vaginal

• Cystites à répétition : ≥ 3 épisodes dans les 12 derniers mois

• Épisode de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours

• Anomalie de l'arbre urinaire (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, geste chirurgical récent endoscopique ou sondage…)

• Immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, chimiothérapie, immuno-suppresseurs)

• Port d'un cathéter veineux implanté

• Notion d'insuffisance rénale chronique sévère DFG < 30 mL/min/1,72m^2 selon CKD-EPI

• Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie

• Prise de fluoroquinolones dans les 3 mois

Ensuite l'examen clinique de la patiente se réalise en 4 temps :

1. Prise de température qui doit être comprise entre 36° et 38°C.
2. Prise de la tension systolique normalement au-dessus de 90 mmHg.
3. Pouls inférieur à 100 battements par minute.
4. Fréquence respiratoire inférieure à 20 respirations par minute.

En fonction de ces critères, une bandelette urinaire est réalisée.

\+ Si celle-ci retrouve des leucocytes et / ou des nitrites positifs :

La prescription d'un antibiotique ainsi que la délivrance de conseils seront réalisées. La Fosfomycine, 3 g en sachet, en prise unique, sera l'antibiotique de 1ère intention. Si allergie alors le Pivmecillinam 400 mg, matin et soir pendant 3 jours sera préconisé (Erratum : Annexe 9 non à jour des recommandations).

S'il existe une allergie à la Fosfomycine et au Pivmecillinam, la patiente sera orientée vers son médecin traitant avec une prescription d'ECBU.

\- En cas de BU négative :

La patiente reçoit uniquement des conseils pour soulager ses symptômes (tels que le fait de ne pas se retenir d'uriner, une hydratation abondante) (Annexe 11).

Elle est aussi informée des signes qui devraient la pousser à reconsulter, comme des douleurs lombaires, de la fièvre ou la persistance des symptômes au-delà de 24 à 48 heures.

6. Justification de l'étude

Plusieurs études ont exploré le ressenti des médecins généralistes face à la délégation de certaines tâches aux pharmaciens.

Par exemple, une étude menée en novembre 2020 à l'Université de Nancy (35) a révélé que les médecins craignaient que les pharmaciens ne repèrent pas certaines complications ou ne réalisent pas des diagnostics différentiels. Ils ont aussi exprimé des préoccupations concernant le rôle commercial du pharmacien, notamment la vente de médicaments considérés comme inutiles.

Une autre étude, réalisée en octobre 2023 en Normandie (36), s'est concentrée sur le ressenti des médecins face à l'ordonnance de dispensation conditionnelle dans le cadre du TROD angine. Selon cette étude, un rôle émergent pour le médecin généraliste serait celui de « coordinateur de soins », un concept qui n'a pas été bien accueilli par les médecins. Ces derniers redoutent une fragmentation de la médecine et prônent la préservation de la relation solide entre le médecin et son patient.

Cependant, à ce jour, aucune étude n'a abordé spécifiquement la mise en œuvre du protocole cystite dans la pratique des médecins généralistes. Ce travail se propose donc de combler cette lacune. Il est essentiel de comprendre comment les médecins perçoivent cette évolution des pratiques, notamment la délégation de la réalisation des bandelettes urinaires et de la prescription d'antibiotiques en pharmacie.

Cette présente étude vise à recueillir leurs impressions et leurs préoccupations afin d'éclairer les défis liés à la mise en œuvre de cette mesure et d'explorer les implications de cette nouvelle forme de collaboration entre médecins et pharmaciens pour la gestion de la santé des patients.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Cette étude qualitative s'inspire de la phénoménologie interprétative pour explorer le ressenti des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais concernant la délivrance d'antibiotiques par les pharmacies dans le cadre du protocole cystite.

L'objectif principal est de plonger au cœur des perceptions et des expériences de ces médecins. Elle vise à comprendre comment ils perçoivent et vivent cette nouvelle délégation de tâches dans leur pratique quotidienne.

L'utilisation concrète de la phénoménologie interprétative dans ce travail s'articule autour de quatre axes principaux :

1. La compréhension des expériences vécues, c'est à dire du phénomène : L'étude cherche à comprendre comment les médecins généralistes perçoivent la délégation des prescriptions d'antibiotiques aux pharmaciens, notamment en termes de confiance, de collaboration, et d'éventuels impacts sur la qualité des soins pour les patientes atteintes de cystite.

2. Une approche centrée sur le sens : la signification que les médecins attribuent à cette évolution est explorée. Par exemple, certains pourraient ressentir cette délégation comme une perte de contrôle sur le parcours de soins, tandis que d'autres y verraient une solution pour alléger leur charge de travail.

3. L'interprétation des données : elle consiste à analyser les récits des médecins pour identifier les thèmes centraux, comme la confiance, la sécurité du patient, la qualité des soins ou la dynamique de collaboration avec les pharmaciens. L'interprétation permettrait de voir comment les médecins se positionnent face à cette délégation.

4. La collecte de données qualitatives : les entretiens approfondis sont la méthode privilégiée, permettant aux médecins de partager librement leurs

ressentis et leurs réflexions sur cette délégation, et de donner des exemples concrets de situations vécues dans leur pratique quotidienne.

En somme, cette approche permettrait de dégager une vision nuancée et empathique du ressenti des médecins généralistes, en révélant les significations profondes qu'ils attribuent à ce changement de pratique, et les enjeux subjectifs liés à la relation entre généralistes et pharmaciens dans le cadre du protocole cystite.

2. Constitution de l'échantillon

L'échantillon se compose de docteurs en médecine générale installés en cabinet libéral dans le département du Nord (59) ou du Pas-de-Calais (62), ayant déjà pris en charge des infections urinaires communautaires via les officines.

Pour respecter le modèle phénoménologique, l'échantillonnage sera raisonné homogène, c'est-à-dire avoir vécu cette expérience commune de la prise en charge des cystites en officine. On tendra cependant vers une diversité concernant leurs caractéristiques (jeune / âgé, seul / en groupe, etc.) et non pas sur notre phénomène étudié.

Le recrutement s'est effectué du mois juin 2024 au mois de novembre 2024.

Il s'est effectué grâce au bouche-à-oreille, associé à un effet « boule de neige », toujours en fonction des variations recherchées. Après un contact initial par mail ou téléphone, un rendez-vous en présentiel ou distanciel était convenu.

Puis le recueil des données s'est poursuivi jusqu'à ce que la suffisance des données soit atteinte, en l'occurrence lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles informations significatives ni de nouvelles étiquettes émergentes.

3. Recueil de données

Avant tout entretien, les médecins ont signé un formulaire d'information et de consentement à la participation. Celui-ci restait succinct sur le sujet pour éviter tout biais de prévarication et expliquait leurs droits, tels que la garantie d'anonymat et la confidentialité (Annexe 12).

Les entretiens étaient ouverts et compréhensifs. Le guide d'entretien se composait d'une question brise-glace et de deux questions ouvertes (avec des relances si nécessaire) (Annexe 13). Les relances ont été adaptées et ajustées progressivement au fur et à mesure des entretiens, en fonction des étiquettes émergentes et des besoins spécifiques des discussions. Ce guide fut validé par le comité de thèse de la Faculté Catholique de Lille. Son sens premier consistait à libérer la parole et le ressenti des médecins entretenus.

La constitution et l'élaboration de ce guide d'entretien a été possible grâce à des revues de la littérature. Les mots clés de la recherche étaient *general practice*, *cystitis* et *conditional dispensation*. Les premières investigations se sont faites via des moteurs de recherches tels que PubMed, SUDOC et Pépite (Lille). Zotero a permis l'organisation de la bibliographie, et le référencement a suivi le format de Vancouver.

Un entretien « test » a été réalisé avec un premier médecin afin de préparer au mieux les entretiens suivants, c'est pourquoi il n'a pas été retenu pour l'étude. Pour ceux réalisés en présentiel, avec accords écrits, un enregistrement a été fait via le logiciel « enregistreur vocal » intégré à l'ordinateur. Un seul entretien s'est déroulé en distanciel durant lequel un enregistrement via Zoom a été réalisé.

Par la suite, chacun de ces entretiens a été retranscrit de façon anonymisée dans son intégralité à l'aide d'un ordinateur portable de type ASUS Vivobook, ainsi que d'un logiciel de traitement de texte, Microsoft Word.

L'anonymat a été obtenu par la suppression de tous les noms propres (personnes, lieux) et de toute information susceptible de rompre cet anonymat. Le nom des participants a été remplacé par un code allant de MG1 (premier participant à l'entretien) à MG11 (dernier participant à l'entretien).

4. Analyse des données

Après retranscription, les entretiens ont été codés et analysés sur le logiciel Word. Les données de communication non verbale ont aussi été prises en compte.

Le codage a permis l'émergence de verbatims, d'étiquettes, de propriétés et de catégories, permettant la modélisation des résultats qui en ont découlés.

Pour les néophytes de l'étude qualitative :

Les **verbatims** font référence aux citations exactes des participants, sans modification ni interprétation de la part du chercheur.

Dans un premier temps, l'analyse consiste à trouver des **étiquettes**. Ce sont des expressions courtes utilisées pour désigner des concepts ou des thèmes qui émergent des verbatims.

Puis dans un deuxième temps, un étiquetage des données en **propriétés** a été réalisé. Les propriétés sont des caractéristiques ou des détails supplémentaires associés à une étiquette. Elles permettent d'affiner la compréhension d'un concept en précisant ses différents aspects.

Enfin, dans un troisième temps, l'organisation des propriétés entre elles a permis de construire des **catégories** regroupant plusieurs étiquettes et leurs propriétés associées, sous des thèmes ou des concepts plus larges. Elles représentent des notions globales qui émergent des données, permettant de structurer les informations de manière plus cohérente et de dégager des tendances ou des *patterns* dans les données qualitatives.

Afin d'améliorer le codage, une triangulation a été réalisée avec un interne de médecine générale formé à la recherche qualitative pour son propre travail de thèse. Celle-ci a été réalisée après chaque entretien et avant l'enregistrement du suivant afin d'anticiper la suffisance des données (jusqu'au MG9 inclus).

L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisées sur le logiciel Word et l'application Draw.io.

Cette étude a été confrontée aux 32 critères de scientificité de la grille COREQ (Annexe 14).

5. Aspect éthique et réglementaire

Le Comité de Protection des Personnes ne sera pas requis pour cette étude devant une méthodologie de référence (type MR004).

L'engagement de conformité au traitement générique à des fins pédagogiques a été confirmé par Mme Anne BUYSSECHAERT, Déléguée à la Protection des Données Personnelles, par le biais de notre dossier RGPD (Règlement Général sur la Protection de Données) avant la réalisation de l'étude, garantissant à chaque participant la protection de ses données.

Le consentement oral et écrit des participants à l'étude a été recueilli avant chaque entretien. Aucun refus n'a été constaté.

RÉSULTATS

1. Description de l'échantillon

L'échantillon était composé de onze médecins généralistes installés en cabinet, exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais, pour une répartition de 5 hommes et 6 femmes âgés de 28 à 62 ans, avec une majorité d'exercice semi-rural. Les détails concernant les participants de l'étude sont présentés dans le Tableau 1.

ID Participant	Âge	Sexe	Situation	Type d'exercice	Département d'exercice	MSU	Année d'installation	Autre	Durée d'entretien
MG1	51 ans	M	Veuf 3 enfants	Semi-rural	Nord	Oui	2009	x	35 min
MG2	34 ans	M	En couple pas d'enfant	Semi-rural	Nord	Non	2023 (2017 rempla)	x	40 min
MG3	59 ans	M	Marié 2 enfants	Semi-rural	Nord	Oui	1994	DU Homéopathie	40 min
MG4	62 ans	M	Marié 2 enfants	Rural	Pas-de-Calais	Oui	1989	Président CPTS	45 min
MG5	28 ans	F	Célibataire sans enfant	Rural	Pas-de-Calais	Non	2022	x	60 min
MG6	58 ans	F	Mariée 2 enfants	Urbain	Nord	Non	1998	Directrice CPSU Médecin expert Directrice comité médical de la DETS	35 min
MG7	61 ans	M	Célibataire	Rural	Nord	Oui	1993	DIU Mésothérapie DIU Micronutrition	25 min
MG8	32 ans	F	En couple sans enfant	Semi-rural	Pas-de-Calais	Non	2021	x	45 min
MG9	34 ans	F	Mariée 3 enfants	Rural	Pas-de-Calais	Non	2020	DU Gynécologie	35 min
MG10	32 ans	F	Mariée 1 enfant	Rural	Pas-de-Calais	Non	2020	AEUC pédiatrie pratique AEUC IVG/contraception DU Personne âgée	20 min
MG11	55 ans	F	Mariée	Semi-rural	Pas-de-Calais	Non	2002	DIU Apnée du sommeil	20 min

Tableau 1. Caractéristiques des participants de l'étude

2. Organisation des résultats

Les résultats se structurent en trois parties principales, permettant une analyse progressive et cohérente du sujet. La Figure 1. illustre cette structuration.

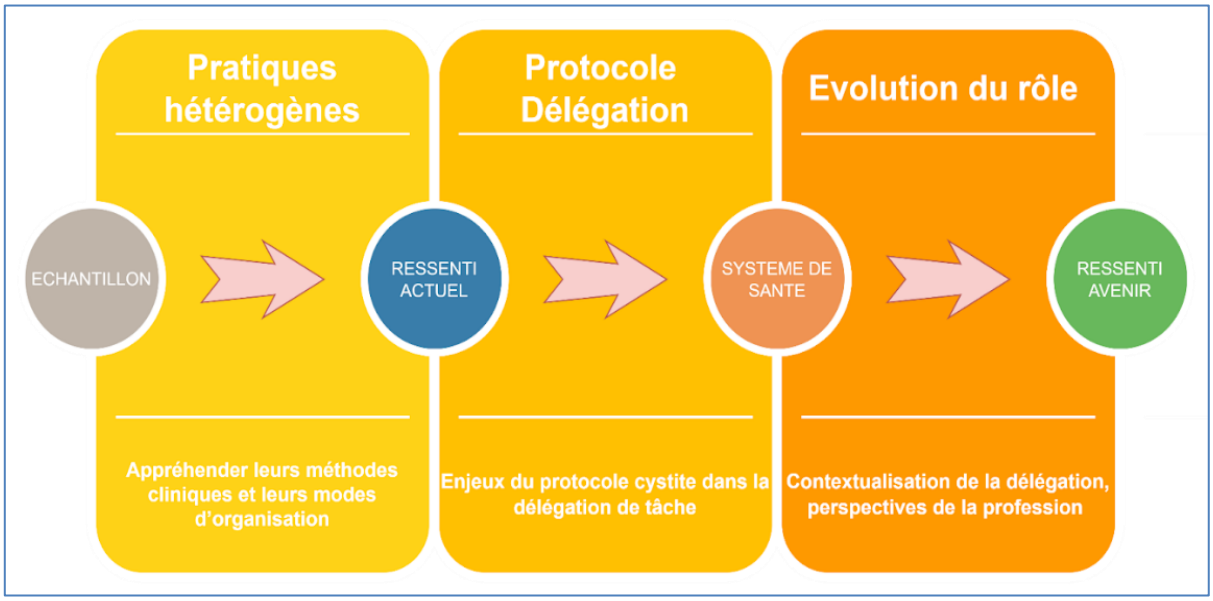


Figure 1. Organisation des résultats

La première partie s'intéresse à la prise en charge de la cystite par les médecins généralistes. Très variable selon les praticiens, elle a été étudiée afin de comprendre leurs pratiques cliniques et organisationnelles. Ces éléments contextuels permettent de mieux cerner les facteurs influençant leur ressenti, analysés dans la section suivante.

La deuxième partie explore les perceptions des médecins à l'égard du protocole cystite et de la délégation de tâches associées. Elle met en lumière les avantages, les freins et les impacts perçus de cette approche sur leur exercice.

Enfin, la troisième partie élargit la réflexion en examinant le ressenti des médecins généralistes quant à l'évolution de leur rôle dans le système de soins. Ce dernier axe permet de replacer les enjeux spécifiques de la prise en charge de la cystite dans un contexte plus global, marqué par une redéfinition des responsabilités et des attentes vis-à-vis de la profession médicale.

3. Hétérogénéité des pratiques médicales dans la prise en charge de la cystite

La prise en charge de la cystite révèle une grande diversité dans les pratiques médicales. Cette hétérogénéité se retrouve à plusieurs niveaux du parcours de soins.

L'objectif de cette section est de mettre en lumière les principaux facteurs contribuant à cette variabilité, en analysant trois domaines clés :

- La connaissance du protocole
- Les examens cliniques et paracliniques
- Les ordonnances et les traitements.

La Figure 2. illustre cette diversité des pratiques médicales.

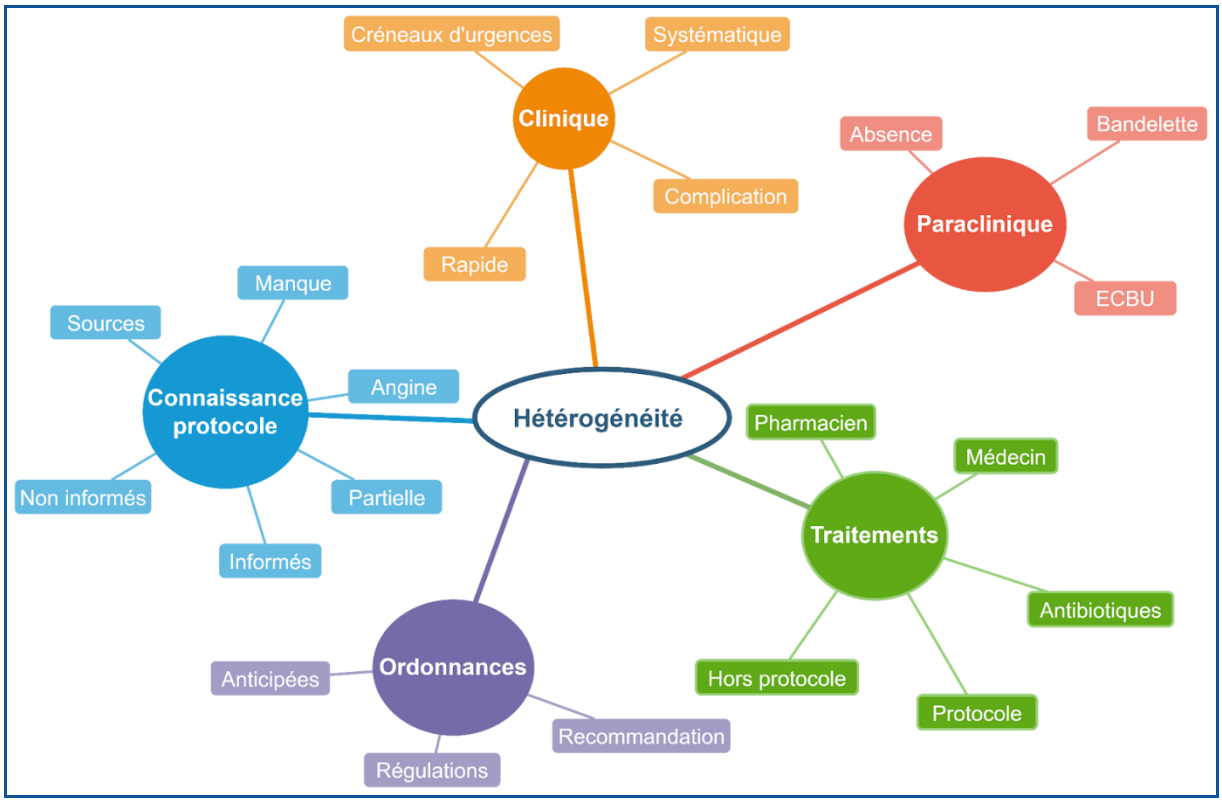


Figure 2. Hétérogénéité des pratiques médicales dans la prise en charge de la cystite

3.1. La connaissance du protocole

3.1.1. Les médecins bien informés grâce aux formations

Certains médecins sont bien informés du protocole, notamment grâce à des formations dispensées par les CPTS qui leur permettent de l'appliquer efficacement :

> *« On en parlait à la journée des CPTS. »* MG1
>
> *« On les a tous rencontrés, on les a tous formés. »* MG4
>
> *« J'ai eu le protocole de la CPTS du Grand Calais, où ils nous ont envoyé leur protocole avec la mention que nous étions informés du fait que le patient a été mis sous antibiotique après un examen. »* MG8

Ces médecins réussissent ainsi à intégrer le protocole dans leur pratique quotidienne :

> *« Oui, un protocole a été mis en place au niveau de la CPTS depuis un an. »* MG4

3.1.2. Les médecins non-informés

Cependant, de nombreux médecins dans cette étude ne connaissent pas ce protocole, ce qui les empêche de l'appliquer correctement :

> *« Non, je ne connais pas le protocole cystite. »* MG11
>
> *« Délivrance avec les pharmacies… Je n'étais pas au courant du protocole. »* MG2
>
> *« Non, je ne suis pas au courant du protocole cystite avec les pharmacies. »* MG3

Ces médecins n'ont donc pas eu l'occasion d'expérimenter son application en pratique :

> *« […] je n'ai pas de retour de patient ayant été vu par un pharmacien pour une angine ou une cystite avant de venir au cabinet. »* MG3

3.1.3. Informations partielles ou ambiguës

Certains généralistes possèdent des informations fragmentées ou mal comprises, ce qui complique l'application du protocole. Dans ces cas, il est difficile de distinguer les recommandations officielles des interprétations informelles :

> *« Je n'étais pas au courant que ce protocole était sorti, mais je pensais que ce genre de pratiques se faisait déjà depuis des années de manière informelle. »* MG2

3.1.4. Sources d'information sur le protocole

Les sources d'information concernant le protocole sont multiples et varient d'un médecin à l'autre. La source la plus fréquente est l'information transmise par les patientes elles-mêmes :

> *« […] ensuite j'ai eu la confirmation, parce que des patients m'ont dit qu'ils étaient passés par ce procédé-là… »* MG9
>
> *« J'ai appris par les étudiants ! »* MG6

Les échanges entre collègues constituent également une source importante d'informations :

> *« […] probablement par mes collègues, car dans notre maison de santé labellisée ARS, les médecins étaient informés. »* MG10

Les réseaux sociaux jouent aussi un rôle croissant dans la diffusion de l'information :

> *« Comment je l'ai appris ? Je pense que c'est par les groupes de médecins sur WhatsApp. »* MG11

D'autres sources incluent les médias traditionnels, comme la télévision et la radio, ainsi que les mails professionnels :

> *« J'avais entendu à la télé que les pharmacies allaient pouvoir délivrer des antibiotiques, comme pour les angines. »* MG6
>
> *« J'ai entendu à la radio qu'il allait y avoir quelque chose pour les infections urinaires, et ce sont les étudiants qui m'ont confirmé cela. »* MG6
>
> *« Je pense que j'ai appris cela par un mail du syndicat. »* MG7

3.1.5. Le manque d'informations claires

Dans ce contexte d'incertitude, certains médecins mentionnent un manque d'accès à des informations claires et officielles :

> *« Je n'ai pas cherché d'articles ou d'informations officielles, je me suis dit qu'on verrait bien si cela venait. »* MG9
>
> *« Je savais qu'il y avait des discussions dans la presse, mais je ne savais pas que c'était officialisé depuis novembre. Pourtant, je suis abonné à plusieurs revues professionnelles. »* MG3

De plus, ces médecins ne reçoivent aucune communication directe de la part des pharmaciens impliqués dans la délivrance des antibiotiques :

> *« Je n'ai jamais eu de retour d'une pharmacie pour me dire : "voilà comment nous procédons." »* MG6
>
> *« Je n'ai jamais eu de contact avec les pharmaciens à propos de la prise en charge des cystites. »* MG2
>
> *« Je n'ai jamais reçu de coup de fil d'un pharmacien à ce sujet. Peut-être que certains ne veulent pas, mais je ne sais pas. »* MG3

3.1.6. Comparaison avec le protocole angine

Certaines informations du protocole cystite semblent moins assimilées que d'autres, notamment en comparaison avec le protocole angine, beaucoup plus connu et ancien :

> *« On en a parlé comme pour l'angine. »* MG1
>
> *« On a appris que les pharmaciens allaient bientôt avoir la possibilité de prescrire pour l'infection urinaire, comme pour les angines. »* MG4

3.2. Les examens cliniques et paracliniques

3.2.1. Les examens cliniques

3.2.1.1. Prise en charge rapide

La prévalence élevée des infections urinaires, particulièrement chez certains profils (femme jeune, étudiante…) rend leur prise en charge fréquente en consultation :

> *« Oui, très très très fréquemment. »* MG2
>
> *« C'est fréquent ici dans le coin, surtout avec nos étudiants. Est-ce que c'est particulier parce qu'on est un centre de santé ? Mais oui, c'est fréquent, surtout les infections urinaires chez les étudiantes ! Ça, c'est vraiment un truc classique ! »* MG6
>
> *« En général, elles viennent au cabinet… Majoritairement, ce sont des femmes. »* MG3
>
> *« Des expériences [de cystite], on en a tous les jours… »* MG1

Cependant, la manière dont les médecins abordent l'évaluation clinique varie largement en fonction des praticiens et des contextes organisationnels. Certains médecins planifient ces consultations rapidement, souvent dans la journée :

> *« Elles demandent des rendez-vous rapides… On les voit dans la journée. »* MG3
>
> *« Les secrétaires sont au courant, donc on les voit toujours assez rapidement, et généralement elles ont déjà fait l'analyse d'urines, parfois même en les ayant déjà portées au labo. »* MG3

3.2.1.2. Accès aux créneaux d'urgence

Certains médecins disposent de créneaux d'urgence réguliers pour ces consultations, ce qui permet une prise en charge rapide :

> *« Tous les jours, on a des créneaux d'urgence. Bon après, faut appeler avant 11h00, sinon on s'arrange entre nous pour prendre les urgences. »* MG10
>
> *« La patiente a appelé mon secrétariat, pris un rendez-vous, et je l'ai vue sur un créneau d'urgence. »* MG9

Cependant, l'accès à ces créneaux est plus ou moins facile pour les pharmaciens, selon les habitudes et leur coordination avec les médecins :

> *« Les pharmaciens sont partenaires pour avoir accès à notre agenda de soins non programmés, et ils peuvent consulter nos plannings. »* MG4

> *« Ce n'est clairement pas le cas ici. Les pharmaciens appellent s'ils veulent, mais en général ils ne le font jamais quand ils envoient un patient chez nous [rires]. »* MG2

3.2.1.3. Examen clinique systématique ou non

Une particularité importante dans la prise en charge de la cystite est que l'examen clinique n'est pas systématique :

> *« Beaucoup de médecins n'examinent pas, ne prennent même pas la température pour une cystite. La bandelette urinaire est rarement faite en cabinet. »* MG9

Avec l'essor des téléconsultations, certaines patientes peuvent être prises en charge sans examen physique direct, le diagnostic reposant sur l'interrogatoire et les symptômes rapportés :

> *« Pour une infection urinaire, on peut faire une visio ! Il n'y a pas de température, c'est réglé. »* MG7
>
> *« La pharmacie propose des téléconsultations pour prescrire du Monuril®. »* MG1

Lorsque l'examen clinique est effectué, il est généralement rapide mais structuré :

> *« Si c'est une cystite simple, la consultation dure environ 10 à 12 minutes. Il y a une auscultation, une prise de tension, une palpation des fosses lombaires, et une BU qui est faite avant la prescription. »* MG8
>
> *« Je prends toujours la fréquence cardiaque, et si je remarque une tachycardie, je me méfie. Je palpe les fosses lombaires et l'abdomen, je prends la tension et la température. »* MG9

3.2.1.4. Exclusion des complications

Les médecins interrogés soulignent la nécessité d'exclure les complications graves, comme la pyélonéphrite aiguë, lors de l'examen clinique :

> *« Il faut s'assurer qu'il n'y a pas de signe de pyélonéphrite. »* MG5
>
> *« Si la patiente a des douleurs lombaires ou de la fièvre, je ne suis plus sur une cystite simple. »* MG6

3.2.2. Les examens paracliniques

3.2.2.1. Absence d'examens paracliniques

Certains médecins optent pour une prise en charge sans recourir aux examens paracliniques, se basant uniquement sur les symptômes cliniques rapportés par les patientes :

> *« Si j'ai des signes typiques urinaires chez une patiente sans complications ni facteurs de risque, je ne fais pas la BU et je donne Monuril®. »* MG9
>
> *« J'en faisais au début, mais plus maintenant. De toute façon, la bandelette confirme juste ce que tu sais déjà [rire]. Avec l'expérience, j'en fais plus. »* MG1
>
> *« Alors nous on ne la fait pas, la bandelette urinaire. »* MG6
>
> *« Souvent, on n'attend pas la BU et on met l'antibiotique. »* MG5

Cette approche est motivée par un souci de rapidité, compte tenu des contraintes temporelles des consultations, et par une confiance accrue dans les signes cliniques typiques :

> *« Pourquoi… ? Bonne question ! J'avoue que c'est souvent par manque de temps. »* MG2
>
> *« On en fait très peu : c'est long, les bandelettes sont souvent périmées, et elles confirment juste notre impression clinique. »* MG4
>
> *« Pour une cystite simple typique, je ne fais pas de bandelette. Ce n'est pas systématique. »* MG10

3.2.2.2. Les bandelettes urinaires (BU)

La bandelette urinaire est un outil fréquemment utilisé pour diagnostiquer la cystite. Cependant, son usage varie selon les praticiens.

<u>Utilisation de la BU :</u>

Certaines populations, comme les enfants, bénéficient davantage de cet examen :

> *« Chez les enfants, je la fais assez facilement. »* MG2
>
> *« C'est intéressant chez les enfants. »* MG4

La BU sert également d'outil pédagogique pour expliquer aux patientes la non-prescription d'antibiotiques :

> *« Quand la bandelette revient négative et que les femmes se plaignent, ça permet d'argumenter pourquoi on ne donne pas de traitement. »* MG3

> *« Ça limite l'auto-prescription de médicaments, surtout dans les cas de cystites à urines claires. »* MG4

Elle rassure à la fois le médecin et la patiente dans certains cas :

> *« On est très rassuré avec les nitrites, tout ça. »* MG4

Critiques envers la BU :

Certains médecins pointent ses limites : faux positifs, absence d'identification précise du germe, et courte durée de conservation :

> *« Elles étaient constamment positives, même quand il n'y avait pas d'infection. »* MG3

> *« On n'a pas beaucoup plus d'informations sur le germe. »* MG3

> *« Elles sont toujours périmées. C'est pour ça qu'ici, on n'en fait pas. »* MG6

Néanmoins certains médecins rapportent l'utilisation de bandelettes périmées :

> *« Les bandelettes périment très vite ! C'est vendu en gros lots qu'on ne finit jamais. J'en utilise parfois des périmées si la couleur n'a pas viré. »* MG9

3.2.2.3. L'examen cytobactériologique des urines (ECBU)

Certains médecins considèrent l'ECBU comme un examen indispensable dans toutes les suspicions de cystite et l'utilisent en première intention :

> *« Je fais systématiquement un ECBU, je ne passe même pas par la bandelette urinaire. »* MG5

> *« En journée, je leur demande de faire un ECBU immédiatement. »* MG3

D'autres réservent cet examen aux situations complexes ou aux échecs thérapeutiques :

> *« Je fais un ECBU en cas d'échec, par exemple quand un staphylocoque résistant est suspecté. »* MG8

3.3. Les traitements

3.3.1. Traitement initié par le pharmacien

Lorsque la patiente consulte d'abord un pharmacien, la prise en charge diffère selon qu'elle entre dans le cadre du protocole cystite ou non.

3.3.1.1. Dans le cadre du protocole cystite

Le pharmacien peut délivrer un antibiotique, généralement le fosfomycine-trométamol (Monuril®), conformément aux recommandations, après validation des critères d'inclusion. Certains médecins reconnaissent une transmission précise des informations entre pharmaciens et médecins :

> *« Donc là je l'ai dans le dossier. Par exemple, ils mettaient "positif", avec le détail : leucocytes positifs, nitrites négatifs. J'ai même la référence du test utilisé, le nom ("Uritest"), le numéro de lot de la BU et la date de péremption. Donc c'était quand même très sérieux. »* MG9

3.3.1.2. Hors cadre du protocole cystite

En dehors du protocole, les conseils des pharmaciens portent souvent sur des alternatives non-antibiotiques, comme des compléments à base de cranberry :

> *« Une jeune femme va chez le pharmacien avant les protocoles, elle ressort avec du Cys-Control®, 40 € de prescription cranberry, voilà. »* MG4
>
> *« Il y en a quelques-unes qui ont eu des traitements en pharmacie : du cranberry, des tisanes, des machins. »* MG3
>
> *« Ils vendent leur jus de cranberry et autres trucs à 20 balles la boîte. »* MG2

Cependant, certains médecins ont rapporté des cas de délivrance d'antibiotique sans prescription médicale :

> *« Plusieurs fois, j'ai vu des pharmacies délivrer de la fosfomycine sans ordonnance à des patientes. C'est relativement fréquent. »* MG2

3.3.2. Traitement initié par le médecin

Lorsque la patiente consulte directement un médecin, les pratiques diffèrent selon les habitudes du praticien, son niveau de familiarité avec les recommandations et les outils à disposition.

3.3.2.1. Choix des antibiotiques

Les traitements les plus fréquemment prescrits sont la fosfomycine-trométamol (Monuril®) et le pivmécillinam (Selexid®). Les critères influençant ce choix incluent :

La durée des symptômes :

> *« Si ça traîne un peu, on donne plutôt du Selexid®. Si c'est précoce, on donne du Monuril®. »* MG1

L'âge de la patiente :

> *« C'est plutôt pour les jeunes femmes, pas les femmes âgées polymédiquées. »* MG1
> *« Si c'est une femme jeune sans problème particulier, je donne du Monuril®. »* MG5

Les effets secondaires :

> *« Monuril®, il n'y a pas d'allergie, on peut le donner à tout le monde. L'Augmentin®, ça file la diarrhée, alors que le Bactrim®, ça ne file rien. »* MG7

3.3.2.2. Ordonnances anticipées et de régulation

Certains médecins optent pour une stratégie proactive en rédigeant des ordonnances anticipées pour les patientes à risque :

> *« Une prescription anticipée de fosfomycine, je le fais moins de 10 fois par an. »* MG9
>
> *« Chez les femmes qui en font souvent, notamment l'été ou pendant les vacances. »* MG2

Ces ordonnances sont associées à des conseils précis :

> *« Je fais une ordonnance anticipée en expliquant bien comment le prendre. »* MG6
>
> *« Je leur dis que si ça ne passe pas sous 48 heures, il faudra consulter, et s'il y a de la fièvre, également. »* MG3

Dans certains cas, une ordonnance de régulation est effectuée a posteriori :

> *« Quelqu'un me dit : "Ma fille a une infection urinaire, est-ce que je peux lui donner ça ?", je dis oui et je régularise après. »* MG1
>
> *« Le pharmacien m'appelle pour une boîte de Monuril®. Je donne mon accord oral et on régularise après. »* MG7

3.3.2.3. Appui sur les recommandations et expertises

De nombreux médecins s'appuient sur des outils actualisés comme Antibioclic ou Antibiogilar pour guider leurs prescriptions :

> « *J'utilise beaucoup Antibioclic ou Antibiogilar.* » MG5
>
> « *Ça confirme et rassure.* » MG9

Pour les cas plus complexes, les médecins n'hésitent pas à consulter des infectiologues :

> « *Pour des patients avec des germes résistants, j'appelle l'infectio de l'hôpital.* » MG9
>
> « *J'ai appelé les infectios pour savoir. Les infectios de Tourcoing.* » MG5

Enfin, ils restent attentifs aux enjeux d'antibiorésistance :

> « *Les recommandations… ça a permis un petit peu de faire baisser le niveau de pression, antibiotiques à tout va et d'utiliser des bombes atomiques pour tuer des moustiques quoi.* » MG3
>
> « *À chaque prescription, je me demande si c'est indispensable.* » MG11

Le ressenti des médecins, influencé par les dynamiques de délégation, coordination interprofessionnelle et gestion des attentes des patientes, sera approfondi dans la section suivante. Cette analyse contribuera à mieux comprendre leur posture face à l'évolution des pratiques et leur interaction avec les autres acteurs de santé, en particulier les pharmaciens.

4. Perceptions médicales face au protocole cystite

Les perceptions des médecins vis-à-vis du protocole cystite oscillent entre un sentiment d'adhésion et des réticences liées à la délégation de certaines responsabilités. Ce chapitre explore ces perceptions et les tensions qui en découlent, en exposant les avantages et les obstacles liés à l'acceptation de ce modèle. La Figure 3. illustre ces différentes perceptions des médecins.

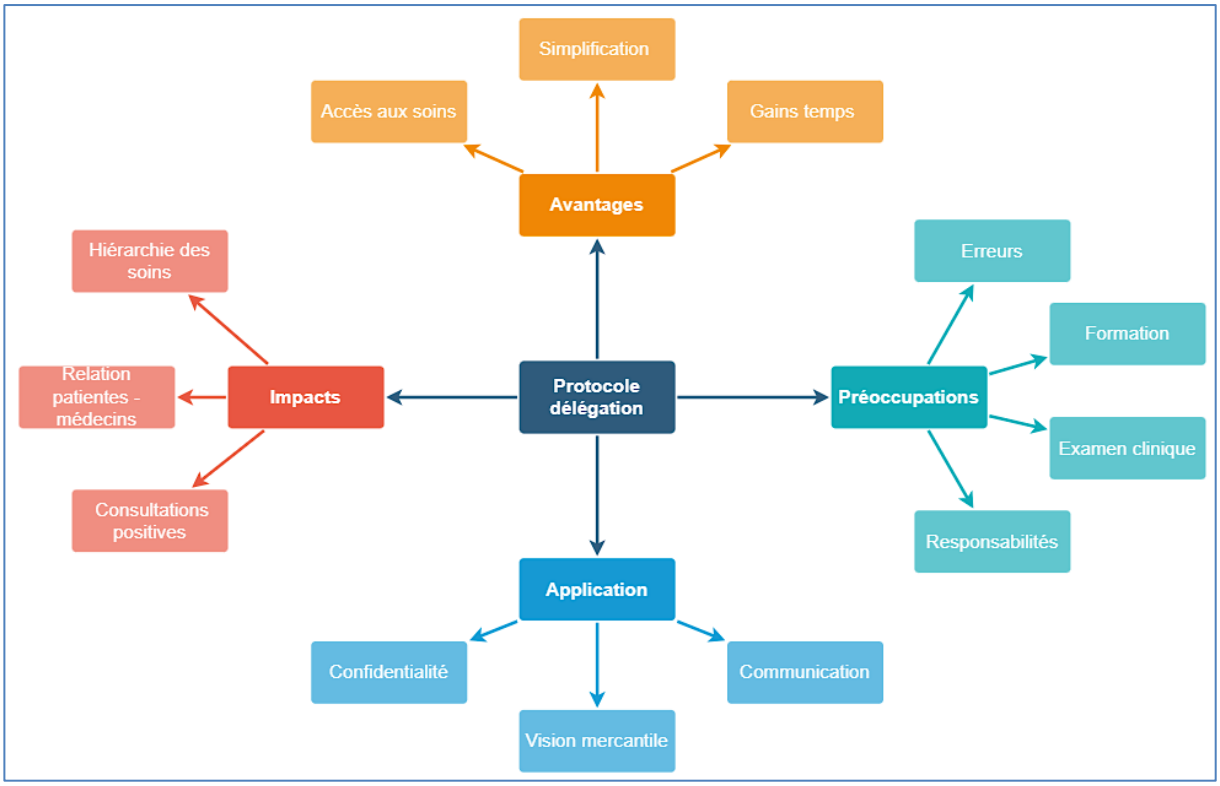


Figure 3. Perceptions médicales face au protocole cystite

4.1. Adhésion et avantages perçus du protocole cystite

4.1.1. Un intérêt marqué dans les déserts médicaux

Le protocole cystite est particulièrement apprécié dans les zones où l'accès aux soins est limité, comme les zones rurales ou les déserts médicaux :

> *« Je pense que c'est utile dans les zones où y'a pas assez de médecins, où elles ne peuvent pas consulter rapidement. »* MG3

> *« Je conçois que dans la Creuse, où il n'y a personne, hein ! »* MG1

4.1.2. Une solution pour améliorer l'accès aux soins

Le protocole cystite représente pour plusieurs praticiens une alternative bénéfique pour améliorer l'accès aux soins.

4.1.2.1. Faciliter l'accès en cas de rupture de médecin traitant

Ces déclarations montrent que le protocole cystite est une solution efficace pour les patients sans médecin traitant, leur permettant d'obtenir rapidement un traitement :

> *« C'est sûr que s'il n'y a aucune possibilité, voir le pharmacien c'est toujours mieux que rien. »* MG2
>
> *« J'ai l'impression que… [hésitation] Alors, en effet il manque de médecins ; en effet, il faut que les gens puissent trouver un endroit où on va leur fournir les choses nécessaires, je l'entends bien. »* MG5
>
> *« Pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant… de toute façon, ils n'ont pas de médecin traitant, donc il faut bien qu'ils soient traités. »* MG1

4.1.2.2. Réduire la surcharge des médecins

Certains praticiens perçoivent le protocole cystite comme une solution qui permet de libérer du temps pour les médecins, en limitant la nécessité de consultations inutiles :

> *« Avec le protocole cystite, si, en tout cas dans le volume de consultation : le but du jeu c'est de réduire le volume de consultations de premiers recours chez le médecin généraliste pour faciliter l'accès aux soins. »* MG2

4.1.3. Désengorger les urgences et fluidifier le parcours de soins

Le protocole cystite est perçu comme un moyen de désengorger les urgences, en particulier pour les cas simples de cystites qui pourraient autrement entraîner des passages inutiles aux urgences :

> *« Un vendredi soir, la cystite s'est déclenchée un midi et qu'il n'y a pas de place, elles vont pas aller aux urgences pour avoir un antibiotique quoi ! Le pharmacien c'est pas mal dans ce cas-là. »* MG5
>
> *« Les gens qui ont des cystites pas graves, qui rentrent dans les critères, ils seront contents d'avoir le protocole même s'ils n'ont pas de médecin. Sinon ils vont finir aux urgences de manière un peu débile. »* MG2

4.1.4. Ressenti positif sur la simplification de la démarche pour les patientes

Certains médecins soulignent l'avantage de la simplification du parcours de soins que représente le protocole cystite, en particulier pour les patientes qui peuvent ainsi accéder à un traitement plus rapidement :

> *« Donc moi je suis super ouvert à l'idée ! Au contraire, ça me va bien hein ! Ça simplifie la vie des gens d'une manière générale et puis ça me simplifie ma vie à moi aussi ! »* MG2
>
> *« […] parce qu'ils avaient des signes urinaires et que ça leur a permis un accès facile. »* MG9
>
> *« Moi je trouve que ça permet quand même un très gros service rendu aux patientes. J'ai eu la confirmation là avec une patiente récemment, et ça l'a bien aidé. »* MG9

4.1.5. Protocole perçu comme un gain de temps pour les patientes

Le gain de temps est perçu comme un aspect crucial par les praticiens interrogés. Il offre aux patientes une prise en charge plus rapide et plus accessible, et permet aux médecins de se libérer du temps :

> *« Donc il y a ceux qui vont directement, pour gagner du temps, à la pharmacie. »* MG5
>
> *« […] où l'étudiant se dit que ça va être plus rapide. »* MG6
>
> *« Donc voilà, je l'ai trouvée, cette délégation, importante et enfin, intéressante, on s'est libéré un peu de temps grâce à ça. »* MG9

4.1.6. Rapidité de prise en charge particulièrement appréciée par les médecins femmes

Les témoignages des médecins femmes mettent en évidence une meilleure compréhension du besoin immédiat de traitement. Cette perception souligne l'importance de la rapidité de la prise en charge pour un soulagement rapide :

> *« Parce que quand on en a eu une, on s'en rappelle ! Je sais que c'est horrible, ça peut être horrible du point de vue douleur. Je pense, je ne sais pas si un homme… Donc voilà. »* MG11
>
> *« Troisième chose : en tant que femme, je sais ce que c'est qu'une cystite et je serais bien contente que mon pharmacien me délivre un petit Monuril® assez rapidement ! »* MG10
>
> *« Alors, je veux pas faire de clichés, mais oui [rire] ! Oui je pense, parce que le fait d'avoir eu déjà des cystites douloureuses je pense qu'on se dit que c'est important de la soulager vite. »* MG9

4.2. Les préoccupations liées à la délégation de tâches et à la responsabilité

En contrepartie des bénéfices du protocole, des préoccupations émergent concernant la délégation de tâches aux pharmaciens.

4.2.1. Risques d'erreurs médicales et responsabilités accrues des pharmaciens

4.2.1.1. Inquiétudes face aux erreurs médicales

Les médecins expriment leurs appréhensions quant à la possibilité de diagnostics erronés ou de complications graves dues à une prise en charge inadaptée :

> *« On était quand même sur un diagnostic complètement erroné qui aurait pu mettre la vie de la patiente en danger sur un sepsis, quand même ! »* MG8
>
> *« Mais là ça aurait pu être une erreur médicale dramatique. Et ce n'est pas la faute du pharmacien, il a appliqué. »* MG8

4.2.1.2. La question de la responsabilité juridique

Le partage des responsabilités est également source de tension. Certains praticiens se demandent sur qui repose la faute en cas de problème :

> *« S'ils donnent l'antibiotique et qu'après ça se passe mal, sur qui va retomber la faute ? […] La famille va porter plainte contre qui ? Le médecin ? Le pharmacien ? »* MG5

Pour d'autres, la clarification des rôles est essentielle pour éviter d'être impliqué dans des litiges concernant des actes délégués :

> *« Ouais, s'il gère, il gère tout ! »* MG7
>
> *« Donc le pharmacien n'a pas dû apprécier, mais voilà ! Je pense que quand on fait son acte, on assume son acte ! Et moi quand je fais un acte et que ça se passe mal, je ne vais pas t'appeler au secours ? »* MG11

4.2.2. Doutes sur la formation des pharmaciens

Les généralistes expriment des préoccupations concernant la formation des pharmaciens, en particulier lorsqu'il s'agit de maîtriser des situations médicales complexes. Ces doutes portent tant sur la formation initiale que sur la capacité des

pharmaciens à assumer des actes médicaux nécessitant des compétences spécifiques.

4.2.2.1. Formation initiale

Les médecins soulignent les différences du nombre d'années de formation entre les médecins et les pharmaciens :

> *« Ça sert à rien de faire 10 ans d'études si c'est que pour eux, au bout de 6 ans, ils fassent la même chose. »* MG11

4.2.2.2. Des doutes sur la capacité des pharmaciens à appréhender certaines situations

Les médecins sont inquiets par la possibilité que des pharmaciens passent à côté de certains éléments cruciaux en raison d'un manque de formation spécifique :

> *« On a toujours un peu peur qu'ils passent à côté de quelque chose s'ils n'ont pas la connaissance. »* MG2

> *« Enfin bref, ça s'apprend. Je ne vois pas comment, je ne vois pas quand, le pharmacien s'est formé à ça ! Ils ont peut-être eu une petite formation, des petites préparations, peut-être... »* MG11

Cependant, cette vision est parfois nuancée par une reconnaissance du rôle spécifique de chaque profession dans le cadre des soins. Les médecins estiment que chaque professionnel a son rôle à jouer dans la gestion des traitements, même s'ils soulignent les différences de formation :

> *« Je ne les dénigre pas du tout, mais je pense : chacun son métier. Chacun son rôle dans la santé. Je pense que les pharmaciens et nous, on n'a pas la même formation. »* MG11

4.2.2.3. L'importance de la mise à jour des connaissances

Pour certains médecins, la pratique médicale repose sur une mise à jour continue des connaissances et une expérience directe avec les patients, éléments qu'ils estiment essentiels dans l'exercice de la médecine :

> *« Je n'ai pas peur de déléguer, mais il faut être formé, hein. »* MG2

> *« Et il faut que tu aies tes connaissances à jour. »* MG3

4.2.2.4. La formation pratique et technique

Certains actes médicaux, tels que la vaccination, nécessitent une formation pratique approfondie, ce que les médecins estiment être un point faible pour les pharmaciens qui n'ont pas suivi de formation pratique aussi poussée :

> *« Un autre exemple ! Le vaccin chez les pharmaciens. Moi, je me souviens quand j'ai appris à vacciner. Bah, quand tu es externe et que tu as l'aiguille dans les mains, savoir où piquer… Ce n'est pas inné. On ne pique pas un nourrisson comme un adulte. »* MG11

4.2.3. Absence d'examen clinique

4.2.3.1. La limite de l'absence d'examen clinique

Au-delà des différences de formation, une critique fréquente porte sur l'absence d'examen clinique dans la pratique des pharmaciens. Certains médecins considèrent que cette lacune limite leur capacité à avoir une vision globale de l'état de santé du patient pour assurer une prise en charge complète et cohérente :

> *« Or, je ne vois pas comment le pharmacien peut faire… un interrogatoire, oui, mais pas un examen clinique. Je pense qu'ils ne savent pas examiner un patient. »* MG11

4.2.3.2. Critique sur la réduction du patient à son symptôme

Des médecins remettent en question le fait de se contenter d'une prise en charge centrée sur des symptômes isolés, comme un test de bandelette urinaire, sans un examen clinique :

> *« Finalement, la cystite ça peut être simple, mais je ne conçois pas qu'on réduise un patient à un organe, à une bandelette urinaire faite dans un coin, et à un examen clinique qui n'est pas fait. »* MG8

Ce point de vue met en lumière la crainte que la délégation de certains actes aux pharmaciens ne réduise la prise en charge à une simple procédure technique, négligeant l'aspect global du patient.

4.2.3.3. La nécessité de l'examen clinique pour prescrire

D'autres praticiens estiment que la prescription sans un examen clinique préalable est inacceptable. Selon eux, l'incapacité des pharmaciens à réaliser un examen clinique compromet leur capacité à prescrire de manière appropriée :

> *« Je suis désolée, mais quand cliniquement tu ne sais pas examiner un patient, tu ne prescris pas. »* MG8

4.2.4. Perte de contrôle sur le suivi médical et augmentation des responsabilités du médecin

Pour certains médecins, la mise en place du protocole de prescription d'antibiotiques par les pharmaciens est perçue comme une forme de perte de contrôle sur le suivi des patients. Cela s'accompagne également d'une augmentation de leurs responsabilités, d'où une volonté de conserver une supervision directe des décisions médicales.

4.2.4.1. La question du suivi médical

L'un des principaux points de friction concerne le suivi des patients. Les médecins craignent que la délégation de la prescription d'antibiotiques aux pharmaciens complique la traçabilité des traitements, surtout lorsqu'il n'y a pas de coordination étroite entre les professionnels de santé :

> *« Et l'antibiothérapie par le pharmacien, ce qui peut être embêtant dans la cystite, c'est que si on ne fait pas partie de la même MSP ou qu'on n'a pas un échange... Si la nana elle fait cinq infections urinaires et qu'elle va à chaque fois chez le pharmacien, on ne saura pas qu'elle en a fait… »* MG7

4.2.4.2. Une responsabilité accrue pour le médecin

La délégation de la prescription pourrait également impliquer une responsabilité accrue pour les médecins, qui se retrouvent associés à des décisions prises sans un examen direct du patient :

> *« Le pharmacien me fait un petit rapport que je suis censée lire le soir, donc je suis censée prendre du temps bénévolement pour une patiente que je n'ai pas vue, pour une responsabilité qui devient la mienne, alors qu'en fait je n'ai rien demandé. »* MG8

4.2.4.3. Problèmes médico-légaux

Un autre problème majeur soulevé concerne les implications médico-légales de la prescription d'antibiotiques par les pharmaciens, surtout lorsqu'un patient a un médecin traitant. Cela place le médecin dans une situation potentiellement risquée, car il est impliqué dans le processus de soins sans avoir eu un contrôle direct sur le diagnostic ni sur la prescription :

> *« Et l'autre problème qui se pose sur cette prescription d'antibiotiques par les pharmaciens… c'est qu'ils sont très gentils, mais légalement si le patient a un médecin traitant… On se retrouve médico-légalement impliqué, que ce soit via la CPTS ou via le dossier médical partagé. »* MG7

4.2.4.4. Manque d'examen clinique direct

Enfin, le manque d'examen clinique direct est un autre frein important pour certains médecins, qui se sentent contraints de faire confiance à des informations fournies par des pharmaciens sans compétences en examen clinique :

> *« Je ne l'ai pas examiné moi-même et je dois me fier aux dires, à l'interrogatoire, de quelqu'un que je ne connais pas, qui n'a pas de pièce dédiée, et qui n'est pas médecin ! »* MG8

4.2.5. Inquiétudes liées à la gestion des complications et à la réorientation

Les préoccupations des médecins relatives à la gestion des complications et à la réorientation des patientes en cas d'incident sont un autre aspect central du débat sur la délégation des tâches aux pharmaciens. Certains praticiens s'interrogent sur la manière dont les pharmaciens réagiront face à des complications imprévues, notamment dans des situations d'urgence.

4.2.5.1. La gestion des complications imprévues

Un des principaux scénarios qui suscite des inquiétudes est la gestion des complications, telles que des malaises vagaux, qui peuvent survenir lors d'actes médicaux ou de traitements dispensés par les pharmaciens. Un exemple concret est l'incident où un pharmacien se retrouve à devoir gérer une patiente en détresse après une injection :

> *« Cependant, les malaises vagaux, c'est souvent ! Eh bah l'autre fois, le pharmacien qui appelle : "Au secours, madame machin est par terre, je fais quoi ? Bah pourquoi elle est par terre ? Bah je l'ai piquée et elle est par terre." Alors ce n'était pas moi, c'était mon associé qui lui a dit : "Bah t'as vacciné ? Si tu vaccines, c'est à toi de gérer." »* MG11

4.2.5.2. Répartition des responsabilités

Certains généralistes insistent sur le fait qu'en cas de complication, les pharmaciens doivent assumer pleinement la responsabilité des actes qu'ils ont réalisés, car ce sont eux qui ont effectué la tâche initiale :

> *« Il prend ses responsabilités ! Il vaccine, il y a un abcès, c'est son problème c'est pas le mien. C'est pareil pour tout. Moi j'ai rien contre le fait qu'il faille déléguer. Ça ne me dérange absolument pas, mais qu'on ne vienne pas m'embêter, car je ne suis pas responsable. »* MG7

4.2.5.3. La réorientation vers le médecin

D'un autre côté, des médecins interrogés reconnaissent que les pharmaciens sont souvent capables de détecter rapidement les signes de complications graves et d'orienter les patients vers un médecin en temps utile. Cela montre la capacité des pharmaciens à gérer certaines situations, tout en assurant une sécurité dans les processus de réorientation :

> *« Alors ça pour le coup, les pharmaciens ils savent au moins quand est-ce qu'ils doivent orienter. C'est si vous faites de la fièvre, si les douleurs remontent. Dès que ça risque de devenir grave, ça ils disent allez voir le médecin. »* MG6

4.2.6. Préférences pour la délégation d'activités administratives plutôt que médicales

Certains médecins préfèrent déléguer des tâches administratives plutôt que des tâches à forte composante médicale. Un point de vue souvent exprimé est que les tâches administratives, comme la gestion des dossiers de MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ou les certificats d'invalidité, prennent beaucoup de temps et ne sont pas perçues comme des actes médicaux à proprement parler. Les médecins estiment qu'en déléguant ces tâches à d'autres professionnels comme les pharmaciens, cela pourrait libérer du temps pour se concentrer davantage sur les soins médicaux :

> *« Ce n'est pas ça qui va prendre le plus de temps. Si on pouvait nous décharger des dossiers MDPH, invalidité et compagnie, si on n'avait pas à remplir huit pages pour raconter la même chose… »* MG3
>
> *« J'ai envie de dire, s'ils pouvaient faire les certificats, les pharmaciens et les infirmières, je serais contente ! En fait, on fait des choses qui ne nous servent à rien, nous, en tant que médecin. »* MG5

4.3. Les barrières à la mise en place et à l'application du protocole

4.3.1. Problèmes de communication et de transmission sécurisée d'informations

L'un des principaux obstacles évoqués est le manque de formalisation du partage d'informations. Les praticiens notent que les outils de communication utilisés ne sont pas toujours adaptés à leurs besoins. Cependant la plupart des médecins évoquent une communication fluide avec les pharmaciens :

> *« Après avec les pharmacies c'est relativement facile de discuter, ils nous connaissent. C'est très fluide. »* MG2
>
> *« On les connaît tous. Donc ils savent aussi qu'ils nous appellent facilement… donc on arrive à communiquer facilement. »* MG9

4.3.1.1. Utilisation des messageries sécurisées et des outils informatiques

Le recours aux messageries sécurisées, bien que recommandé pour la transmission d'informations sensibles, est souvent perçu comme une contrainte par certains praticiens. Beaucoup estiment qu'elles ne sont pas pratiques et qu'elles peuvent entraîner une surcharge de travail :

> *« Parce que les mails, les messageries sécurisées, je passe pas ma vie sur l'ordinateur. »* MG3
>
> *« Par contre, franchement, c'est le partage de l'information : il est pas du tout formalisé… »* MG2
>
> *« Quand ils ne veulent pas utiliser l'outil, en général c'est qu'il y a 2 raisons : Premièrement c'est qu'ils sont déjà sur un outil autre que le nôtre et ils préfèrent leur outil à eux, d'accord. Deuxièmement, c'est qu'il faut mettre son nez dedans derrière l'ordinateur en douceur, c'est compliqué c'est vrai, y a rien de simple on va pas dire le contraire c'est assez compliqué, et les messageries sécurisées c'est assez compliqué. »* MG4

4.3.1.2. Problèmes d'accès et de fiabilité du Dossier Médical Partagé

L'utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP) soulève plusieurs difficultés pour les praticiens, tant sur le plan de l'accès que de la fiabilité. Certains signalent des problèmes pour naviguer efficacement dans ces systèmes, limitant ainsi leur capacité

à exploiter pleinement les informations médicales disponibles pour le suivi des patients :

> *« Donc si ça se trouve ils ont mis un compte rendu sur le DMP, mais comme je ne sais pas y aller... »* MG8

À cela s'ajoutent des dysfonctionnements techniques qui rendent l'accès aux données incertain. Ces problèmes de fiabilité compromettent encore davantage l'utilisation optimale du DMP dans le cadre d'un suivi médical coordonné :

> *« Donc nous le DMP maintenant, il y a des jours où ça marche et des jours où ça marche pas. »* MG11

4.3.2. Contexte matériel et confidentialité

4.3.2.1. Problèmes liés à l'espace et à la confidentialité

L'absence de locaux adaptés pour garantir la confidentialité des consultations est un sujet de préoccupation. Les pharmaciens, selon certains médecins, sont parfois contraints de gérer des situations de manière publique, ce qui compromet le respect de la confidentialité des patients :

> *« Et ils ont surtout des problèmes de confidentialité, des locaux pas toujours très adaptés pour les cystites, faut des toilettes, faut des locaux adaptés, faut tout ça. Donc ça, ça peut poser problème. »* MG4

4.3.2.2. Consultations publiques et manque d'intimité

Il est également noté que les consultations en pharmacie ne sont pas toujours réalisées dans un espace privé, ce qui soulève des questions sur l'intimité et le respect des normes de confidentialité :

> *« Faire une consultation devant tout le monde, car en plus en pharmacie j'imagine qu'ils ne font pas ça dans un coin, je trouve ça compliqué à faire. »* MG5

> *« Et je ne sais pas si dans toutes les pharmacies ils ont une salle dédiée… Sinon c'est devant tout le monde, en sachant : "on doit faire la bandelette urinaire, tenez votre pot, allez faire pipi !"… »* MG5

4.3.3. Réserves sur une vision mercantile des pharmaciens

Certaines appréhensions concernant la motivation des pharmaciens sont soulevées par des médecins qui perçoivent leur implication dans la gestion des soins comme influencée par des objectifs commerciaux, plutôt que par un souci de santé.

4.3.3.1. Méfiance face à l'aspect commercial des pharmaciens

Certains praticiens doutent de l'impartialité des pharmaciens, estimant que leurs décisions sont souvent motivées par des intérêts financiers. Ils les considèrent comme des commerçants, ce qui soulève des inquiétudes quant à la délégation de tâches médicales :

> *« Moi je ne suis pas très favorable à déléguer aux pharmaciens. Parce que le pharmacien c'est un commerçant, derrière y'a toujours de la vente. Donc là il sait qu'il vend du cranberry et que deux jours après il délivrera du Monuril® ou autre chose. Faut pas perdre d'idée qu'avant tout c'est un commerçant. »* MG1

> *« C'est quelqu'un de commercial, c'est-à-dire qui est là pour vendre des choses aussi. »* MG5

4.3.3.2. Méfiance vis-à-vis de la pratique commerciale des pharmaciens

Certains médecins expriment leur inconfort face à ce qu'ils perçoivent comme une incitation à l'achat, ce qui pourrait influencer les décisions médicales :

> *« Les pharmaciens, ce sont des épiciers. Je ne vais pas vous mentir, je ne sais pas comment vous le traduiriez dans votre expertise. Pour moi, il y en a beaucoup qui sont des épiciers et qui vont un peu trop pousser à la vente, mais l'avoir délégué aux pharmaciens… Ils ne sont pas neutres donc ça me gêne. »* MG6

4.3.3.3. Préoccupations sur les aspects financiers du rôle du pharmacien

Les médecins expriment aussi des réserves sur le fait que les pharmaciens, en tant que prestataires de services, pourraient prioriser des considérations financières dans leur approche de la prise en charge :

> *« C'est toujours pareil, j'ai confiance aux pharmaciens, je travaille avec eux. Mais ils vont faire payer le traitement. Je ne sais pas si on peut accorder 100 % confiance aux pharmaciens qui sont quand même prestataires, et qui vendent. On pourrait commencer à vendre des traitements nous aussi du coup ? »* MG5

4.4. Les impacts de la délégation sur la pratique professionnelle et le rôle des pharmaciens

4.4.1. Rôle des pharmaciens et leur implication dans le protocole

Certaines opinions de médecins sont favorables à la collaboration interprofessionnelle, mettant en avant l'importance du travail en équipe. Ces médecins reconnaissent le rôle essentiel des pharmaciens dans la gestion des traitements, mais soulignent que le diagnostic médical doit toujours relever de la compétence du médecin.

Les retours suivants indiquent que la délégation de tâches aux pharmaciens est perçue positivement lorsque chaque professionnel maintient ses responsabilités dans son domaine d'expertise :

> *« Ils ont été d'accord de participer à ça. Et je pense que la grande majorité des pharmaciens ont répondu positivement. »* MG4
>
> *« J'ai confiance aux pharmaciens, moi je pense qu'ils font partie du jeu. »* MG3
>
> *« Il faut se servir du pharmacien qui connaît un peu son boulot, par contre, le diagnostic, ça reste au médecin. »* MG4

4.4.2. Des réactions contrastées face aux changements dans la hiérarchie des soins

Si certains médecins soutiennent la délégation aux pharmaciens, d'autres sont plus réticents et expriment des difficultés à accepter ces changements. En effet, des praticiens soulignent la surprise d'une inversion des pratiques traditionnelles, où les patients se tournent directement vers la pharmacie plutôt que d'abord vers le médecin. Ce changement remet en question la dynamique habituelle de la prise en charge des soins :

> *« Moi ce qui m'a surprise c'est que les deux patientes sont d'abord allées à la pharmacie avant d'essayer d'appeler au cabinet. Moi je voyais plutôt les choses en me disant : "si jamais le médecin n'est pas dispo, bah on va voir avec la pharmacie", et en fait là ça a été un schéma inverse. »* MG9

4.4.3. Perception des impacts sur la relation médecin-patient

Une des préoccupations majeures des généralistes concernant la délégation des tâches aux pharmaciens est l'impact sur la relation traditionnelle entre le médecin

et le patient. Certains redoutent que l'intervention accrue des pharmaciens dans la gestion des prescriptions ne dilue la confiance des patients envers leur médecin.

La participation des pharmaciens à la gestion des prescriptions pourrait entraîner une multiplication des intermédiaires, ce qui pourrait affecter la relation directe entre le médecin et le patient :

> *« Les CPTS c'est bien mais je trouve que plus on délègue plus on dilue, et les patients auront trop d'intermédiaires. »* MG5
>
> *« Je pense que les gens se confieront beaucoup moins à un pharmacien qu'au médecin. »* MG10

4.4.4. Équilibre entre délégation et la perte de consultations positives

Des médecins expriment des inquiétudes concernant la perte de consultations jugées « simples », mais néanmoins satisfaisantes sur le plan professionnel. Ils redoutent que cette délégation affecte l'équilibre entre consultations de routine et consultations plus complexes :

> *« Finalement, les trucs les plus simples aussi, qui des fois bah font plaisir aussi, de voir des trucs simples et pas que des cancers, et pas que des catastrophes. Bah on ne les voit plus ? »* MG8

Cependant, d'autres estiment que cette simplification des tâches permettrait aux médecins de se concentrer sur des cas plus complexes, et de ne pas être noyés dans des consultations jugées moins intéressantes :

> *« Moi je pense que le médecin il doit absolument se concentrer sur ce qui est son fondement et son truc, c'est-à-dire le diagnostic, en particulier le diagnostic compliqué. Il y a que le médecin qui sait faire ça. Dans les études, on est quand même habilité à avoir énormément d'informations, et le médecin c'est probablement la personne qui est capable de faire la synthèse le plus rapidement possible. »* MG4

D'autres critiquent cette vision et suggèrent que les médecins qui se concentrent uniquement sur les cas complexes pourraient être ceux qui évitent les consultations simples, voire qu'ils recherchent des défis au détriment de la diversité du travail médical :

> *« Moi le médecin qui te dit qu'il a envie de voir des trucs plus complexes, soit il n'a pas fait le tri sur les trucs simples, soit c'est un bourreau du travail et qui aime se mettre des défis. Bah fallait faire urgentiste, en fait ! »* MG8

5. Médecine générale en transformation : le ressenti des médecins sur leur avenir

Dans cette troisième partie, nous approfondirons les défis liés à l'évolution du rôle des médecins généralistes, notamment face aux pressions institutionnelles, à la complexification du travail en équipe, ainsi qu'à la crise de la désertification médicale. Nous aborderons également les perspectives de la profession, en tenant compte des tensions entre spécialisation et médecine générale et des aspirations des nouvelles générations de médecins comme l'illustre la Figure 4.

Figure 4. Médecine générale en transformation : le ressenti des médecins sur leur avenir

5.1. L'évolution du rôle des médecins généralistes

5.1.1. Ressenti sur l'évolution

Les avis des médecins généralistes sur l'évolution de leur profession varient considérablement.

Certains médecins expriment une vision positive de l'avenir, soulignant les opportunités d'amélioration :

> *« Non bah, moi je dis, je fais partie plutôt des gens optimistes. Je pense que logiquement ça devrait prendre une bonne tournure quoi. Y a pas de raison ! »* MG4
>
> *« Oh, optimiste hein, sinon je ne me serais pas ré-installée. »* MG10

D'autres, en revanche, perçoivent des défis insurmontables, s'inquiétant des pressions croissantes et d'une perte de sens :

> *« En tout cas sur le rôle et l'évolution… [triste] Je suis un peu pessimiste par rapport à ça. Parce que j'imagine que ça ne va pas aller plutôt en s'améliorant. »* MG2
>
> *« Autant faire autre chose avec moins de responsabilités, moins de pression, et pouvoir prendre le temps de voir notre famille. Si on continue comme ça on va droit dans le mur ! »* MG8

Enfin, certains médecins ne perçoivent pas d'évolution marquée, considérant leur rôle comme stable :

> *« Je vois pas trop de changement d'évolution. »* MG7

5.1.2. Technicité

L'évolution du rôle du généraliste est également marquée par une technicité croissante, notamment grâce à l'utilisation des nouvelles technologies et à l'adaptation des pratiques professionnelles.

Certains praticiens expriment que la médecine à distance devient une nouvelle réalité :

> *« Ça rend des services indéniables, moi j'ai des patients qui ont déménagé où n'y a pas de médecin donc je continue à les voir. […] C'est bien quand t'as des patients qui sont en voyage, en déplacement, ou qu'habitent pas tout près, ça rend service. »* MG3
>
> *« C'est des patients, on a pas mal de patients retraités qui voyagent en camping-car, où y a rien. Ils demandent un conseil, tu les vois en téléconsultation c'est super pratique. Ils sont rassurés, tu les connais »* MG3

La modernisation des outils médicaux joue un rôle central dans cette évolution technique, bien qu'ils soient encore perfectibles :

> *« Oui car Omnidoc ça ne marche pas encore avec les pharmaciens. Le jour où ça marchera, ça sera uniquement par Omnidoc. »* MG7

> *« Alors les logiciels se sont bien adaptés, et puis on a installé la fibre au cabinet donc ça va beaucoup plus vite. »* MG3

Enfin, l'évolution se manifeste aussi dans la transformation des cabinets médicaux :

> *« On travaille ensemble depuis le début et on est en train de devenir une MSP. »* MG1

> *« A la base on n'était que des médecins généralistes puis on s'est étoffé maintenant avec des psychologues, une gynéco, il va y avoir une orthoptiste qui va arriver. Voilà, on se développe petit à petit. »* MG6

5.1.3. Déshumanisation

L'introduction de la technologie dans la pratique médicale soulève des craintes concernant une possible déshumanisation du métier. Ce phénomène se manifeste à plusieurs niveaux : relation patient-médecin, perte d'empathie, et évolution vers une approche davantage technique.

Des médecins s'inquiètent de la réduction du patient à un objet technique :

> *« Mais par contre, aller déléguer des tâches, pour moi ça me semble dangereux. Ça va réduire le patient à un objet, ça va déshumaniser la médecine, ça déshumanise le patient. Déshumaniser le médecin traitant, pour moi ça va être une catastrophe. »* MG8

> *« L'évolution c'est qu'on va devenir une médecine déshumanisée [...] donc on s'y retrouvera pas. »* MG8

L'impact de la technologie sur la relation humaine… La téléconsultation, pour des généralistes, malgré ses avantages, ne remplace pas le contact humain :

> *« Prendre la tension ça me prend quoi, une minute ? Et je suis à côté de mon patient, il y a un contact. Ce contact physique, c'est un contact qui fait que je ne suis pas juste un médecin déshumanisé derrière son ordi. »* MG8

La déshumanisation est souvent associée à une diminution de l'empathie, essentielle en médecine générale, une médecin s'exprime sur ce sujet :

> *« L'empathie et l'importance que ça peut avoir dans la qualité des soins, notamment en médecine générale. La médecine générale c'est une prise en charge globale qui est à la fois aussi physique et psychologique. Ce sont des patients qu'on suit au long cours, avec des événements de vie. Plus t'es présent pour le patient, plus t'es empathique, plus tu améliores leur qualité de vie familiale et au travail. C'est un tout. Prendre la patiente dans son ensemble et dans son intégralité. C'est le rôle à mon sens du médecin traitant. »* MG8

5.1.4. Intégration patient

Face aux craintes liées à la déshumanisation de leur pratique, de nombreux médecins s'efforcent de privilégier une approche intégrative, visant à inclure activement les patients dans leur prise en charge.

Des généralistes revendiquent une posture davantage centrée sur l'accompagnement et la collaboration avec leurs patients, plutôt que sur un modèle paternaliste :

> *« Moi la manière dont j'envisage mon boulot en tant que tel, c'est beaucoup moins paternaliste… Moi je passe ma vie à faire des schémas, expliquer aux gens. Voilà, essayez de les intégrer dans leur prise en charge, surtout pour qu'ils prennent des choix en connaissant un peu les causes et les conséquences. »* MG2

> *« Non au contraire, ils ont plutôt tendance à mieux participer à leur prise en charge plutôt qu'à dire "oui amen" à tout ce que le médecin peut leur évoquer, leur balancer. »* MG2

Certains professionnels soulignent l'importance de sensibiliser les patients aux enjeux de prévention, un aspect qu'ils estiment central pour l'avenir de leur pratique :

> *« Un côté prévention vaccination qui est important pour passer des conseils, pour toute la prévention au niveau universitaire. »* MG6

> *« On va donc moins voir les patients et aura moins le temps pour faire autre chose. Mais c'est du temps en plus où on aurait pu faire de la prévention. »* MG5

L'éducation à la santé est également perçue comme une composante essentielle du rôle des médecins généralistes, permettant de responsabiliser les patients et d'optimiser leur suivi :

> *« Notre rôle ? Alors d'abord, normalement, on a un rôle essentiel et c'est très difficile ça en France, je me bats pour ça : c'est qu'il y a un rôle éducatif ! [...] Je crois beaucoup à l'éducation du patient, je pense que ça fait partie du traitement. Si vous n'éduquez pas le patient au niveau de la prévention à "comment comprendre, comment prendre le médicament ?". »* MG6

> *« Voilà je les ai éduqués donc ils viennent pas pour rien. C'est viral, sans aucun signe de complication, avec une évolution dont je leur ai expliqué les symptômes que je leur mets sur les ordonnances. S'ils viennent, c'est qu'il y a une raison. »* MG8
>
> *« J'aime bien éduquer les jeunes là-dessus, de façon à ce que si ça ne va pas, à ce moment-là ils viennent voir le médecin ! Je pense que notre rôle est là. Ça, c'est le monde idéal. »* MG6

5.2. Les défis liés à l'intensification des demandes et la délégation des tâches

5.2.1. Charge de travail

Les médecins généralistes témoignent d'un rythme de travail qui s'accélère, avec une diminution du temps consacré à chaque patient, ce qui impacte la qualité des soins :

> *« Et nous aussi, avant tu avais des patientèles qui étaient correctes tu pouvais prendre le temps, mais maintenant on est tout le temps ahu ahu. »* MG1
>
> *« On est là à essayer de voir le plus de monde possible, mais on aura moins de qualité. »* MG5
>
> *« Je suis désolée, mais en 10 min, le temps d'ouvrir le dossier du patient, d'aller chercher son DMP… Comment tu veux examiner, regarder le dossier du patient, check les dépistages, check les vaccins, check les problèmes, check les antécédents, check les bios et les examiner… Je suis désolée mais en 10 min je vois pas comment ça passe ! »* MG8

La diminution du nombre de praticiens aggrave cette situation. Les médecins estiment que le remplacement d'un seul collègue nécessite plusieurs recrues en raison de l'évolution des pratiques et des attentes des patients :

> *« Ils te disent qu'on augmente le nombre de médecins et du coup on n'a pas besoin. Mais non. Il faut prendre 3 médecins maintenant pour en remplacer 1. Ils avaient des patientèles à 3000 patients, maintenant nos patientèles c'est 900 à 1000 patients. Ce n'est pas le même temps de consultation, c'est pas la même patientèle et c'est pas non plus la même qualité des soins. La médecine a évolué aussi. »* MG8
>
> *« Mais sinon on sait que notre charge de travail ne va faire qu'augmenter. Moins de médecins et plus de gens, donc il faut trouver des solutions ! »* MG2

Enfin, la complexité croissante des cas consultés ajoute une pression importante sur les généralistes. Avec la délégation de certaines tâches simples aux infirmiers en pratique avancée (IPA) ou aux pharmaciens, les médecins sont souvent confrontés à des consultations plus longues et plus stressantes :

> *« On se prend une pression médico-légale parce que la médecine est complexe, le patient est complexe, tout est complexe. »* MG8
>
> *« Après si on n'a plus nos petites consultations de cystite où on ne peut pas refaire le point avec la jeune femme, et qu'on fait que des consultations à plus de 40 min avec des personnes qui ont des grosses pathologies… Bah on ne s'en sortira pas non plus. »* MG5

> *« Je vois l'IPA, je vous ai fait l'ordonnance, pas besoin de voir le médecin. Par contre, les cas complexes allez voir le médecin ! Ça veut dire quoi ? C'est à dire que nous on doit passer notre journée à voir que des cas hyper complexes, hyper lourds, hyper stressants, hyper chronophages. »* MG8

5.2.2. Coordination

La délégation des tâches s'accompagne de difficultés importantes en matière de coordination des soins.

Les médecins évoquent un manque de moyens humains et matériels :

> *« Je pense que si on lui donnait les moyens, il pourrait avoir un rôle génial. Clairement, on pourrait piloter plein de trucs, si on avait de la place, des assistants, des infirmières. »* MG1
>
> *« Mais, je pense qu'on est dans une problématique où on ne peut techniquement pas accueillir les assistants, tout ça. Parce qu'on n'a pas les locaux. »* MG1

Ils déplorent également des retards dans les examens ou la prise en charge des patients :

> *« C'est compliqué d'un point de vue technique d'avoir juste les examens paracliniques en temps et en heure. Afin d'organiser relativement correctement et de manière un peu fluide la prise en charge, et que les gens ne passent pas 3 semaines à attendre un scanner. »* MG2
>
> *« Je trouve ça assez compliqué d'organiser les prises en charge. C'est compliqué d'avoir les gens au téléphone. C'est compliqué de juste trouver quelqu'un avec qui partager la prise en charge d'une manière générale. »* MG2

La communication avec les spécialistes s'avère également difficile, laissant les généralistes parfois seuls face à des situations complexes :

> *« Oui, y'en avait plus avant de dermatos, de rhumatos. Tu pouvais les avoir au téléphone, expliquer ce qu'il se passait rapidement. Et ça, ça s'est délité un petit peu à la fois [silence, nostalgie]. »* MG3
>
> *« On a de moins en moins de spécialistes, donc des fois on est un peu seul à gérer une situation en espérant que ce ne soit pas trop grave et que ça peut attendre le rendez-vous, et on essaie de se dépatouiller. »* MG8

5.2.3. Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)

Dans les nouveaux défis demandés aux généralistes, la notion d'IPA revient souvent dans les entretiens.

Les avis sur le rôle des IPA sont partagés. Des généralistes perçoivent leur apport comme bénéfique, notamment grâce à leur spécialisation :

> *« Ben il vaut mieux être traité par une infirmière qui a fait 2 ans en diabéto, qui connaît tout. Elle n'est pas médecin, d'accord, mais c'est tout quoi. Mais c'est mieux qu'un médecin généraliste qui sait tout et qui fait n'importe quoi. »* MG7

Cependant, d'autres soulignent des réticences concernant la perte de certaines responsabilités ou la création d'un manque de confiance dans le lien avec les patients :

> *« Donc il t'explique : mais c'est gentil, vous avez des assistants médicaux qui peuvent vous dégrossir tout ça. Non ! En fait, non ! La relation patient, mais c'est aussi une relation… C'est à dire que quand tu prends la tension, t'as une relation de confiance qui se crée. »* MG8

De plus leur installation en cabinet reste controversée :

> *« L'expérience d'IPA dans un cabinet médical de médecine générale, pour le moment je suis pas du tout convaincue. [...] Donc ça, je trouve ça vraiment super, mais c'est en lien plutôt avec un service hospitalier, un service ou une spécialité. »* MG9

5.2.4. Adaptation technologie

Pour terminer cette partie sur les défis, une difficulté loin d'être anodine relatée par des médecins de tout âge : la technologie.

> *« Après, c'est tout, faut s'adapter. Je pense que je deviens un vieux con, mais ça peut servir dans certains cas. »* MG1

> *« Moi l'informatique je suis de l'ancienne génération, et ça me perturbe beaucoup, quand ça marche ça va mais dès qu'il y a un truc qui coince ça me déstabilise complètement, et je suis perdu comme une poule devant un couteau. »* MG3

Ils expriment qu'ils ont besoin d'aide pour l'adaptation au logiciel :

> *« J'aurais été incapable de faire l'installation du logiciel tout seul. Si y'avait pas les jeunes associés… Je ne l'aurais pas fait. Mais là ils me l'ont installé gentiment, ils m'ont montré une fois, deux fois. »* MG3

Les pannes fréquentes des outils de gestion, notamment ceux de la Sécurité Sociale, compliquent également leur travail :

> *« Ah bah le site de la sécu est planté. Je voulais regarder un peu les pourcentages mais il plante, comme souvent [rires]. »* MG8

> *« Donc nous le DMP maintenant, il y a des jours où ça marche et des jours où ça marche pas. Moi je balance mes ordonnances sur le DMP et voilà. »* MG11

5.3. La charge administrative et les obstacles institutionnels

5.3.1. La politique, un sentiment d'exclusion et de maltraitance institutionnelle

La relation entre les médecins généralistes et les décideurs politiques est marquée par un sentiment d'exclusion, nourri par une perception d'indifférence et de déconnexion avec les réalités du terrain. Beaucoup ressentent un manque d'intégration dans les processus décisionnels, où leurs attentes et besoins ne sont pas pris en compte :

> *« Il faut avec nous, et pas sans nous. Les politiques s'en tapent… »* MG1

Un reproche fréquent est l'absence de planification sur le long terme, les politiques étant jugés davantage préoccupés par leurs objectifs électoraux :

> *« Ils cherchent juste à être réélus. C'est pour ça qu'il n'y a pas de politique de santé structurée dans le temps. »* MG1

Ce sentiment d'être délaissés alimente un pessimisme généralisé sur la capacité des autorités à améliorer leur situation :

> *« [Triste] Je suis un peu pessimiste par rapport à ça. Parce que j'imagine que ça ne va pas aller plutôt en s'améliorant. »* MG2

Une déconnexion profonde entre les décideurs politiques et la réalité de la pratique médicale est également évoquée. Les généralistes souhaiteraient une meilleure prise en compte de leurs conditions de travail :

> *« Il faudrait que les hautes autorités viennent sur le terrain et comprennent notre boulot, et notre malaise, pour trouver de bonnes solutions. »* MG11

Par ailleurs, des institutions telles que le Conseil de l'Ordre, censées être des soutiens pour la profession, sont perçues comme peu efficaces, voire punitives, plutôt qu'accompagnantes :

> *« Le Conseil de l'Ordre, on le voit un peu comme ça : "On va se faire punir". Alors qu'il devrait aider les médecins. »* MG4

Enfin, certains dénoncent une véritable « maltraitance politique », avec des réformes jugées inadaptées, déconnectées des réalités locales et impactant négativement leur quotidien :

> *« On se prend des claques dans la figure tous les trois mois, avec les politiques ! [...] Ils sont en train de passer pas mal de trucs et à chaque fois en s'en prend plein la tête. »* MG8

> *« L'État abandonne les régions rurales : pas de postes, pas de transport, pas de crèche. Pourquoi un jeune médecin viendrait s'installer là ? »* MG8

> *« Je pense qu'ils n'y réfléchissent pas très bien. On n'est pas très bien traités de base. »* MG5

5.3.2. L'administratif, une lourdeur qui freine le soin et la formation

Les démarches administratives constituent une entrave majeure à l'exercice de la médecine générale. Les médecins décrivent un décalage important entre la temporalité administrative et celle de leur activité quotidienne, marquée par l'urgence et la prise de décision rapide :

> *« Le temps administratif n'est pas le même que le temps à nous. [...] On est tout le temps dans l'action, l'adaptation. »* MG1

Cette lourdeur administrative empiète leur disponibilité, autant pour les patients que pour le temps consacré à la formation continue, pourtant indispensable :

> *« À chaque fois, on te demande de faire ça à toi, et sur ton temps de travail. [...] Donc t'as de moins en moins de temps pour les patients et pour la formation. »* MG3

Les médecins dénoncent une augmentation constante des formalités à remplir, qui n'existaient pas il y a encore quelques décennies :

> *« Je passe mon temps à remplir des dossiers MDPH, des dossiers d'invalidité, qu'on faisait pas avant. »* MG3

> *« Ça, c'est un peu détestable, ces dossiers administratifs qui te pourrissent la vie. Et ça c'est un peu lourd, quoi. »* MG3

5.3.3. Les réformes, un système inadapté aux réalités des généralistes

Les réformes successives sont souvent perçues comme éloignées des besoins réels des généralistes, et ignorantes des contraintes de leur pratique quotidienne. Beaucoup dénoncent un décalage entre les exigences imposées et les moyens mis à disposition pour les accomplir :

> *« Nos structures de tutelle, elles ne se rendent pas compte que tout ce qu'ils nous demandent, on le fait, mais en plus de l'activité qu'on a. »* MG3

La question de la rémunération revient également fréquemment, notamment en comparaison avec d'autres spécialités ou professions de niveau équivalent. Les généralistes estiment que leur rémunération ne reflète pas leur charge de travail, ni leur niveau de qualification :

> *« Ce n'est pas normal de travailler autant pour un salaire qui, rapporté au SMIC, est dérisoire. »* MG8

Le système de paiement à l'acte est particulièrement critiqué, considéré comme un frein à une organisation plus efficace et adaptée de la médecine générale :

> *« Tant qu'il y aura le paiement à l'acte, [...] impossible d'abandonner certaines tâches comme les cystites. »* MG4

Les réformes touchant à la durée des études ou à l'organisation des soins sont également perçues comme inappropriées, voire dévalorisantes :

> *« On sera exactement comme les autres spécialités, mais nos consultations ne vont pas augmenter. »* MG8

5.3.4. Non-reconnaissance et désengagement professionnel

Un autre point saillant est le sentiment de non-reconnaissance de leur travail. Beaucoup de généralistes ont l'impression que leur rôle est sous-estimé ou dévalorisé par les autorités et la société en général :

> *« On ne se sent quand même pas très valorisé… pas très reconnu. »* MG8
>
> *« Je suis très inquiète, j'ai l'impression que le rôle de médecin généraliste va complètement… Les politiques veulent faire disparaître le médecin généraliste. »* MG8

Ce manque de reconnaissance s'accompagne d'un désengagement croissant des initiatives collectives (CPTS, protocoles), souvent perçues comme des structures supplémentaires sans réel bénéfice :

> *« Par rapport aux délégations, [...] je suis spectatrice, pas investie. »* MG9

Enfin, la solidarité entre confrères, autrefois un pilier de la profession, semble s'éroder. L'individualisme croissant ajoute au sentiment d'isolement des médecins :

> *« Tout le monde est devenu individualiste, chacun dans son petit coin. »* MG4

5.4. Évolution de la médecine générale dans un contexte de pénurie et de désertification médicale

5.4.1. Une démotivation alimentée par des solutions perçues comme inadéquates

Face à la pénurie de médecins et aux déserts médicaux, une solution récurrente avancée par les décideurs est la délégation des tâches. Cependant, de nombreux généralistes jugent cette réponse inefficace et contre-productive :

> *« Mais au lieu de faire tout pour aider les jeunes médecins à s'installer, on ne fait pas ça et on va chercher chez Pierre, Paul et Jacques : donc je parle des infirmières, des kinés, sage-femmes, pharmaciens ; des substituts de médecin. »* MG11
>
> *« Faire de la délégation des tâches, certes on dit que c'est pour les déserts médicaux, mais je pense que pour régler le problème des déserts médicaux… Il faut augmenter le nombre de médecins ».* MG8

Pour eux, déléguer des responsabilités médicales à d'autres professionnels de santé n'est pas une réponse durable :

> *« Et à chaque fois, les bonnes solutions, c'est de déléguer ! Bah non ! Ce n'est pas ça. Ce n'est pas ça la solution. »* MG11

Cette stratégie de délégation, souvent perçue comme une déshumanisation de la médecine, contribue à décourager les jeunes médecins :

> *« Déshumaniser la médecine ça ne va pas donner envie de s'installer. [...] Donner des responsabilités à l'extérieur d'un médecin qui vient de s'installer, ça fait fuir ! »* MG8
>
> *« Je pense que comme on manque de médecins généralistes, au lieu d'en former davantage, au lieu de les inciter à s'installer… Eh bah on fait ça : on les incite pas du tout à s'installer. »* MG11

5.4.2. Le défi de l'installation, le manque de soutien et conditions dissuasives

L'installation en libéral est souvent perçue comme une étape complexe, mal accompagnée et peu attractive. Les démarches administratives, la gestion des patients en cas d'absence et le manque de soutien sont des obstacles majeurs :

> *« Pour la logistique à côté on n'est pas vraiment aidé, et franchement je trouvais ça galère. »* MG5

> *« Quand on est en libéral, si on part en vacances et qu'on n'a pas de remplaçant… Faut quand même qu'on les suive, les patients. »* MG5

Cette réalité pousse certains généralistes à privilégier des statuts moins contraignants, comme le remplacement ou des postes en médecine scolaire ou en prévention :

> *« Les médecins généralistes vont être de plus en plus dégoûtés. Je pense que beaucoup de médecins vont partir en médecine du travail, scolaire, prévention. Ils vont faire que des remplacements. »* MG5

5.4.3. Regroupement et travail en équipe, une lueur d'espoir

Malgré les déserts médicaux, certains généralistes trouvent des solutions dans le regroupement en équipes pluridisciplinaires ou en réseaux locaux :

> *« Ce qui est bien, c'est qu'on travaille en groupe. Après, on a plus de facilité à avoir des contacts, avec les PMI par exemple ou le planning familial. »* MG5

> *« Là, on est tous prêts à se regrouper. »* MG1

Ces dynamiques collaboratives permettent de mutualiser les ressources et de réduire l'isolement des praticiens :

> *« C'est pour ça que je fais partie de groupes WhatsApp de médecins, parce qu'on réfléchit ensemble et on discute pour trouver des solutions. »* MG11

> *« Et puis, je suis installé en association avec… deux autres médecins, des sage-femmes, en MSP. »* MG3

5.5. Une médecine générale en transformation, le ressenti des médecins sur leur évolution

5.5.1. La perte du rôle traditionnel, une médecine de famille en déclin

De nombreux médecins généralistes expriment leur inquiétude face à l'évolution de leur métier, avec une diminution des tâches simples et un recentrage sur des cas complexes. Cette transformation altère leur rôle de médecin de famille, centré sur un suivi global des patients :

> *« Et on n'est pas forcément content d'avoir que des choses compliquées. On veut voir aussi les patients, les enfants, quand ils vont bien. On est là pour faire un suivi. Si on est là que pour des grosses choses, on passe à côté quand même du rôle du médecin traitant. »* MG5

> *« Les médecins généralistes, on tend à faire de moins en moins de choses faciles à faire, que sur des cas complexes. »* MG5

Les médecins redoutent une surcharge émotionnelle et organisationnelle, car traiter uniquement des cas complexes peut être épuisant :

> *« Ça veut dire quoi ? Ça veut dire que nous, on doit passer notre journée à voir que des cas hyper complexes, hyper lourds, hyper stressants, hyper chronophages. »* MG8

Par ailleurs, ils observent une délégation croissante des actes médicaux plus simples, ce qui les éloigne encore davantage de leur rôle traditionnel :

> *« Y'aura plus de médecine de famille. On va être un chef d'orchestre. C'est bien, mais de base, on voulait rester médecin quand même ! »* MG5

> *« On va être de moins en moins médecin de famille. On va faire moins de médecine et de plus en plus à déléguer. »* MG5

Ce recul du rôle de médecin de famille est vécu comme une perte d'identité professionnelle :

> *« Quand tu as une patientèle, c'est formidable ! [Sourire] Parfois on a 4 générations en même temps. Il y a des gens que j'ai vu naître et maintenant elles sont mamans. »* MG11

5.5.2. La spécialisation, entre nécessité et désenchantement

L'évolution de la médecine générale pousse certains praticiens à se spécialiser pour répondre aux attentes croissantes ou trouver une voie plus valorisante :

> *« J'avoue, j'ai fait le diplôme d'apnée du sommeil parce que je ne suis pas très optimiste sur la médecine générale. »* MG11
>
> *« Donc oui, je suis très pessimiste. Et c'est bien pour ça que je fais de l'apnée du sommeil. Ça me désole, parce que je préfère 100 fois plus la médecine générale ! »* MG11

Ce phénomène de spécialisation est souvent perçu comme un symptôme de la perte d'attractivité de la médecine générale :

> *« Notre profession est, je trouve, de moins en moins attirante. Donc il y a de moins en moins de médecins généralistes. »* MG11

5.5.3. Le salariat, une alternative séduisante mais contraignante

Face aux contraintes du libéral, de nombreux généralistes considèrent le salariat comme une solution plus compatible avec leurs attentes, notamment pour une meilleure qualité de vie et un cadre professionnel plus stable :

> *« Je me suis dit : salariat. Avec le département, tu as des avantages, des congés, c'est très cadré. Tu fais 10h par jour pendant 3 jours et après tu es tranquille. Déjà, y'a les congés payés. »* MG5

Cependant, ce modèle impose des contraintes géographiques ou organisationnelles, ce qui peut limiter l'autonomie des médecins :

> *« C'est le département qui dit : "faut prendre des gens qui vivent sur Oye-plage". »* MG5

5.5.4. Quid de l'arrivée de l'intelligence artificielle : entre opportunité et défi

L'intelligence artificielle (IA) est perçue par certains médecins comme une révolution imminente dans leur pratique. Ils envisagent son utilisation comme un outil efficace, notamment dans des domaines précis comme la dermatoscopie :

> *« Dans moins de 5 ans, je suis persuadé, on prend une photo et l'intelligence artificielle te donne la réponse. »* MG7

Cependant, l'arrivée de l'IA ne se limite pas à une aide technique. Elle soulève des interrogations plus profondes sur l'évolution du rôle du médecin, et impose une adaptation nécessaire aux nouvelles réalités technologiques :

> *« Je pense que les IPA, c'est bien, mais l'intelligence artificielle, ça va être bien mieux. Donc l'inquiétude, elle est plus pour… Enfin, ce n'est pas de l'inquiétude. C'est peut-être une adaptation qu'il va falloir avoir, et changer ses objectifs. »* MG7

Pour les nouvelles générations, cette transformation est vue comme un bouleversement inévitable, redéfinissant la médecine telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui :

> *« Je suis plus inquiet pour vous que pour moi, parce que l'intelligence artificielle pour vous, ça va vous révolutionner des choses. Vous avez choisi la médecine et ce qui vous attend demain, ça ne va pas du tout être la même chose que nous. »* MG7

DISCUSSION

1. Résultats et comparaison avec la littérature

Les résultats de cette étude sont représentés dans la Figure 5. ci-dessous qui illustre le ressenti des médecins généralistes concernant les différents aspects du protocole cystite. Cette figure met en lumière certains éléments clés de la mise en œuvre des recommandations, les défis rencontrés et les relations interprofessionnelles entre médecins et pharmaciens.

Certains points abordés dans ce schéma récapitulatif seront détaillés et comparés aux travaux existants dans la littérature, afin de comprendre les différents ressentis et d'identifier les stratégies nécessaires pour renforcer la cohérence des soins.

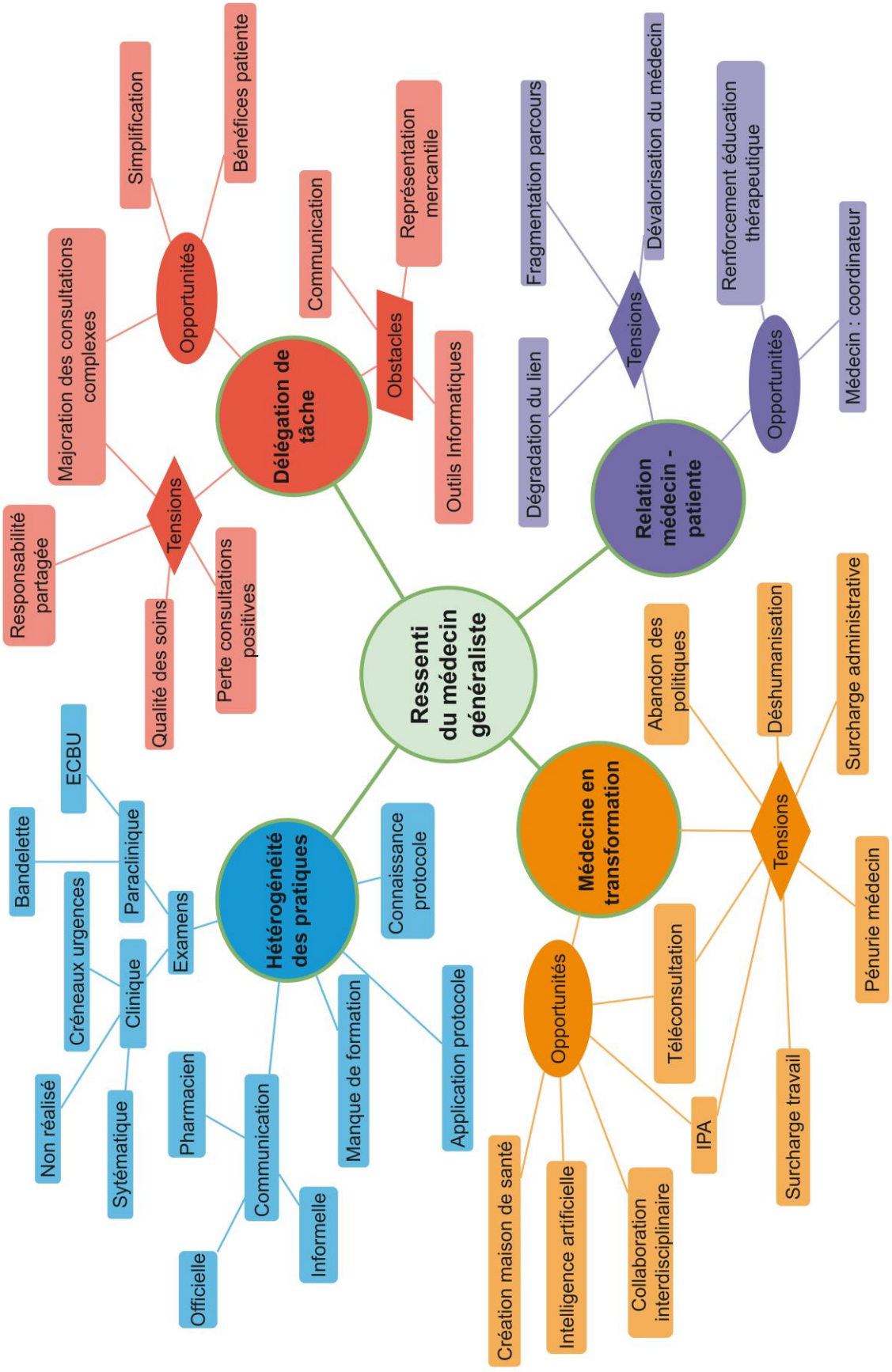


Figure 5. Le ressenti du médecin généraliste

1.1. Hétérogénéité des pratiques médicales dans la prise en charge de la cystite

Les résultats montrent une grande hétérogénéité dans la connaissance et l'application du protocole cystite parmi les médecins généralistes. Bien que certains bénéficient d'une information structurée grâce aux formations organisées par les CPTS, une part importante reste mal informée, principalement en raison d'un déficit de communication officielle. Les canaux informels, comme les échanges avec les patientes, les collègues ou les réseaux sociaux, jouent un rôle crucial mais manquent de standardisation. De plus, l'absence de retours réguliers des pharmaciens, pourtant acteurs clés du protocole, limite la coopération interprofessionnelle.

Des recherches menées en Normandie (40) montrent que des formations ciblées interprofessionnelles peuvent renforcer l'adhésion des médecins, tout en soulignant les tensions persistantes dues à une communication insuffisante. Cela corrobore mon hypothèse que des échanges réguliers et des outils numériques partagés sont essentiels pour assurer une meilleure application des recommandations. Enfin, des directives de l'OMS (41) sur les échanges continus entre professionnels renforcent l'idée que des systèmes collaboratifs efficaces peuvent garantir une meilleure cohérence des pratiques et une meilleure qualité des soins.

Ces résultats mettent en évidence des écarts significatifs entre les recommandations officielles et les pratiques réelles. Par exemple, bien que les bandelettes urinaires soient recommandées comme outil de diagnostic de première intention, leur utilisation reste variable. Selon la SPILF, *« la bandelette urinaire seule est recommandée dans la cystite aiguë simple. Dans toutes les autres situations, elle ne sert que comme aide au diagnostic ».* (43) Pourtant, en pratique, l'adhésion à ces recommandations est influencée par les habitudes des praticiens et par des contraintes organisationnelles. Ces observations s'inscrivent dans une dynamique plus large mise en lumière par les travaux de S. MERISIER (42). Dans son étude, elle examine comment ces recommandations sont appliquées dans la pratique quotidienne. Elle identifie des écarts similaires entre recommandations et pratiques réelles qu'elle attribue à des priorités cliniques variables, à des contraintes organisationnelles et à une communication insuffisante entre médecins et

pharmaciens. Ce parallèle entre mes résultats et ceux de S. MERISIER renforce l'idée que la mise en œuvre des recommandations reste un défi dans le contexte actuel.

Ces écarts sont visibles dans la prescription des traitements, qui varie selon le premier point de contact du patient. Les pharmaciens, qui délivrent la fosfomycine-trométamol conformément aux recommandations du protocole, appliquent des traitements standardisés. En revanche, les médecins ajustent leurs prescriptions en fonction de plusieurs facteurs, notamment la durée des symptômes, le profil des patientes et les comorbidités associées. Des outils comme Antibioclic sont utilisés dans les cas complexes pour optimiser les décisions thérapeutiques. Cette diversité des choix thérapeutiques reflète l'hétérogénéité des pratiques médicales. Cette dynamique est également soutenue par l'étude de M. H. LE NGUYEN (44), qui révèle des divergences dans les préférences des médecins et des pharmaciens concernant la dispensation des traitements pour les cystites.

1.2. Perceptions médicales face au protocole cystite

Les résultats montrent que les médecins généralistes considèrent le protocole cystite comme un outil essentiel pour faciliter l'accès aux soins, notamment dans les zones médicalement sous-dotées. Il est perçu comme une manière efficace de désengorger les urgences et d'accélérer le diagnostic et le traitement des patientes. L'étude de C. BARBIER (36) sur l'ordonnance de dispensation conditionnelle à destination des pharmaciens, mise en place pour les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) concernant l'angine, démontrent des bénéfices similaires en matière d'accessibilité.

Cependant, des préoccupations demeurent concernant la délégation des tâches, en particulier en matière de responsabilité médico-légale et d'absence d'examen clinique systématique. Les médecins généralistes expriment des craintes sur la qualité des décisions médicales prises par les pharmaciens, estimant que ces décisions peuvent ne pas respecter les standards cliniques nécessaires pour garantir la sécurité des patientes. L'étude de M. BERNARDIN (35) sur les perceptions des médecins généralistes concernant la délégation des tâches aux pharmaciens parvient à des résultats similaires. Cette recherche révèle une résistance des médecins à la répartition des responsabilités, soulignant les défis liés au rôle émergent du

pharmacien en tant que « coordinateur des soins », souvent mal accepté dans les pratiques quotidiennes.

Les obstacles techniques et relationnels jouent un rôle déterminant dans l'adhésion des médecins généralistes au protocole cystite. Des difficultés telles qu'un accès restreint au Dossier Médical Partagé (DMP) et des systèmes de messagerie sécurisée inefficaces limitent la fluidité des échanges interprofessionnels. L'étude de S. JOGESSUR (2021) (45) éclaire ces défis concernant l'utilisation du DMP. Bien que ce système de partage des données médicales présente des avantages considérables, son adoption demeure limitée en raison de plusieurs facteurs. Parmi eux, nous retrouvons le manque d'interopérabilité, des mises à jour complexes des informations, et des tâches administratives non rémunérées, qui constituent des freins majeurs pour son intégration au quotidien. Les médecins déclarent que l'intégration du DMP avec leurs outils médicaux est souvent difficile et peu fluide. Ces résultats enrichissent mes propres observations sur les problèmes liés aux outils numériques et sur les défis de la communication interprofessionnelle.

De plus, des préjugés sur les motivations des pharmaciens entravent la coopération. En effet, l'étude de C. LE BORGNE (2021) (46) montre que la représentation des médecins concernant les pharmaciens constitue un frein à une communication fluide. Cette perception, souvent marquée par des doutes sur des motivations commerciales, compromet la confiance nécessaire à une collaboration efficace. Pour une meilleure mise en œuvre du protocole, il est essentiel de dépasser ces préjugés et de renforcer les relations interprofessionnelles en valorisant les rôles complémentaires des médecins et des pharmaciens dans le parcours de soins des patientes.

1.3. Médecine générale en transformation : le ressenti des médecins sur leur avenir

Un des principaux défis identifiés dans ma thèse est la surcharge administrative, qui entraîne une perte significative d'autonomie professionnelle pour les médecins généralistes. Cette charge s'exprime notamment à travers des obstacles concrets pour la mise en œuvre du protocole cystite. Par exemple, l'accès au Dossier Médical

Partagé (DMP) ou à une messagerie sécurisée est souvent limité ou peu optimisé. Ces outils, essentiels pour assurer un suivi efficace des patientes et coordonner les soins, ne sont pas toujours fonctionnels ou bien intégrés dans la pratique quotidienne, ce qui freine l'adoption et l'efficacité du protocole.

En parallèle, certains médecins interrogés envisagent le passage au salariat comme une solution à cette surcharge. Cependant, l'étude de M.-O. HAMON (2018) (47) nuance cette idée : bien que le salariat permette une meilleure coordination des décisions médicales grâce à une organisation structurée, il réduit l'autonomie des médecins dans leurs choix thérapeutiques. Cette perte d'autonomie peut être problématique dans un contexte où la flexibilité et la personnalisation des soins sont nécessaires pour respecter les recommandations, comme celles du protocole cystite, à des situations cliniques variées.

Enfin, S. MANAKLI (48) souligne que les contraintes administratives telles que la gestion de la sécurité sociale, la mise à jour des dossiers médicaux, les transmissions interprofessionnelles absorbent une grande partie du temps des médecins. Cela limite leur capacité à se consacrer pleinement aux consultations et freine leur participation à des échanges interprofessionnels indispensables. Ces lourdeurs bureaucratiques nuisent à la fluidité des recommandations thérapeutiques et à la coordination entre professionnels de santé.

Il est crucial que des solutions organisationnelles soient développées pour réduire cette bureaucratie et faciliter des interactions plus efficaces entre professionnels de santé, tout en préservant une communication centrée sur les besoins des patients.

La prise en compte des besoins des patients et leur autonomisation représentent également une autre dimension cruciale. Plusieurs médecins interrogés dans ma thèse ont exprimé le désir d'impliquer activement les patients dans leur propre parcours de soins, une perspective qui renforce l'adhésion thérapeutique et la qualité du suivi des soins. C. ATTALI et P. MAZABRARD dans leur article *« Du médecin savant au médecin compétent. Une analyse des limites du modèle paternaliste en médecine générale »* (2015) (49), soutiennent qu'une communication authentique et la prise en compte des expériences subjectives des patients améliorent l'adhésion

thérapeutique et assurent un suivi plus efficace. Ils plaident pour une vision où le patient devient un acteur actif de sa santé, et non un réceptacle passif des décisions médicales.

Cependant, avec le protocole cystite, l'intégration des patients devient plus difficile. La décentralisation des tâches médicales et le recours accru aux systèmes numériques et organisationnels éloignent parfois les médecins du suivi individualisé des patients. Cela réduit leur capacité à comprendre pleinement les besoins émotionnels et sociaux des individus. L'autonomisation du patient doit donc être réaffirmée, malgré les contraintes organisationnelles. Il ne suffit pas de redistribuer des tâches entre professionnels ; il est essentiel que les décisions médicales restent centrées sur l'individu, avec des échanges humains authentiques et un engagement continu entre les médecins et leurs patients.

La déshumanisation des soins constitue enfin une conséquence des dynamiques organisationnelles et administratives mises en place dans le cadre du protocole cystite. Les médecins généralistes, pris dans des considérations administratives et techniques, ressentent une déconnexion des échanges humains essentiels, avec une perte de la qualité des relations médecin-patient. A. DŽAKULA (2023) (50) montre dans son étude que des systèmes organisationnels trop axés sur des aspects numériques peuvent entraîner une fragmentation des soins, où la relation humaine passe au second plan.

Ma thèse révèle également une perception marquante où certains médecins estiment que le protocole réduit le patient à un objet technique ou à un organe, une vision dépersonnalisée qui traduit une déshumanisation croissante dans la relation médicale. En considérant le patient uniquement comme un ensemble de symptômes ou une entité biologique, les médecins perdent la capacité d'établir des relations de confiance authentiques, nécessaires pour saisir les dimensions émotionnelles et sociales des soins. Cela signifie que les décisions médicales risquent d'être guidées principalement par des considérations techniques ou administratives, au détriment d'une approche centrée sur l'individu et son contexte de vie.

Il est donc impératif de rétablir une communication authentique et centrée sur le patient, en préservant les relations humaines essentielles pour une médecine

générale de qualité. Cela implique une meilleure communication interprofessionnelle, des systèmes organisationnels qui soutiennent la proximité médecin-patient, et des pratiques médicales fondées sur une approche globale et empathique des individus, au-delà des aspects techniques et administratifs de la médecine.

Il est temps de reconnaître et d'accompagner le vécu complexe des médecins face au protocole cystite, en dépassant les contraintes administratives, les tensions interprofessionnelles et la déshumanisation, afin de préserver leur engagement, leur autonomie et la qualité des soins qu'ils aspirent à offrir.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Faiblesses potentielles

2.1.1. Biais d'échantillonnage

Bien que j'aie constitué l'échantillon de manière raisonnée pour garantir une hétérogénéité des expériences liées à la prise en charge des cystites via les officines, la limitation géographique (Nord-Pas-de-Calais) et le recours au bouche-à-oreille pour le recrutement peuvent réduire la diversité des profils inclus. Je reconnais que cela peut limiter la généralisabilité des résultats à d'autres régions ou à des contextes différents. De plus, je suis consciente que le mode de recrutement pourrait avoir favorisé l'inclusion de médecins ayant des opinions déjà formées, qu'elles soient plus favorables ou critiques vis-à-vis du protocole cystite.

2.1.2. Méthodologie qualitative

J'ai opté pour une approche phénoménologique interprétative afin de capturer la richesse des ressentis des participants. Cependant, je reconnais que cette méthodologie repose sur une subjectivité inhérente, tant dans la collecte que dans l'analyse des verbatims. Je sais que mon propre cadre de référence et mes interprétations peuvent avoir influencé les thèmes que j'ai extraits et analysés.

2.1.3. Temporalité de l'étude

J'ai mené cette étude dans un contexte précis, celui de l'année 2024, où le protocole cystite est encore relativement récent. Les ressentis des médecins pourraient évoluer à mesure que le protocole s'intègre davantage et que les pratiques se stabilisent. Je suis consciente que cette étude capture un instantané des perceptions et qu'une analyse longitudinale serait nécessaire pour suivre l'évolution de ces ressentis dans le temps.

2.2. Conséquences possibles sur les résultats

2.2.1. Représentativité incomplète des ressentis

Je sais que l'échantillon restreint et géographiquement limité pourrait ne pas refléter pleinement la diversité des ressentis des médecins généralistes dans d'autres contextes. Par exemple, les médecins exerçant en milieu semi-urbain pourraient avoir des perceptions différentes de ceux en milieu urbain.

2.2.2. Difficulté à transposer les résultats dans d'autres contextes

Je reconnais que les conclusions que j'ai tirées sont fortement ancrées dans le contexte local du Nord-Pas-de-Calais. Dans des régions où le protocole cystite est mieux intégré, où les pratiques des pharmaciens sont différentes, les perceptions pourraient être variées. Cela pourrait limiter la portée des résultats dans des contextes nationaux ou internationaux.

2.3. Forces pour minimiser ces faiblesses

2.3.1. Profondeur de l'analyse

J'ai choisi la méthodologie phénoménologique pour approfondir la compréhension des ressentis des médecins, et je pense que cela enrichit les résultats de l'étude. Grâce à la triangulation des données, réalisée en collaboration avec un interne en médecine générale, j'ai pu renforcer la validité des résultats en veillant à leur cohérence et à leur suffisance. De plus, j'ai rigoureusement suivi les critères de la grille COREQ tout au long du processus, ce qui, à mon avis, a permis d'assurer la qualité et la rigueur méthodologique de l'étude.

2.3.2. Richesse des données

En utilisant des entretiens ouverts guidés par un guide validé, j'ai pu recueillir des données détaillées sur les perceptions des médecins. Ces entretiens m'ont permis d'accéder à des nuances et des subtilités qu'une méthode quantitative aurait eu du mal à capter. Je pense que cette approche qualitative donne une vision profonde et nuancée du phénomène étudié.

2.3.3. Pertinence du sujet

J'ai choisi d'explorer un domaine encore peu documenté, celui de la délégation des prescriptions d'antibiotiques dans le cadre du protocole cystite. Je suis convaincue que cette étude pose des bases importantes pour de futures recherches et ouvre des perspectives sur des thématiques telles que l'évolution du rôle des médecins généralistes ou la collaboration interprofessionnelle.

3. Perspectives

3.1. Conséquences pour la recherche

Cette étude souligne l'importance de poursuivre les recherches pour approfondir les implications de la délégation de certaines tâches, comme la prescription d'antibiotiques, sur l'efficacité des soins et les relations interprofessionnelles. J'estime qu'élargir la population étudiée pour inclure d'autres acteurs, tels que les pharmaciens ou les infirmiers en pratique avancée (IPA) serait essentiel. Ces recherches permettraient de confronter leurs perceptions à celles des médecins généralistes, ce que je n'ai pas pu explorer ici, mais qui me semble crucial pour mieux comprendre les dynamiques en jeu.

L'exploration d'autres protocoles, comme celui de la varicelle, pourrait également offrir des perspectives intéressantes. Comparer des dynamiques professionnelles dans des contextes variés apporterait une richesse supplémentaire à l'analyse. J'espère que ces approches pourront ouvrir la voie à des pratiques plus adaptées aux différents contextes de soins.

3.2. Conséquences pour la pratique

Les résultats de cette étude soulignent l'importance de renforcer les relations entre médecins et pharmaciens pour favoriser une mise en œuvre fluide des protocoles de délégation. Je pense que, pour compléter les outils pratiques comme des fiches récapitulatives ou des guides d'accompagnement, il serait pertinent de promouvoir des initiatives relationnelles.

Une bonne pratique pourrait être de systématiser la présentation des professionnels de santé lors de leur installation, qu'il s'agisse de médecins ou de pharmaciens. Cette démarche, simple mais symbolique, pourrait instaurer un climat de collaboration dès le départ. En complément, l'organisation de rencontres interprofessionnelles dans un cadre convivial – soirées, après-midi rencontres ou ateliers – serait une opportunité pour renforcer les liens humains au-delà des aspects purement techniques ou administratifs. Ces initiatives rappellent les « café santé » organisés dans certaines régions, qui permettent aux professionnels de se rencontrer dans un cadre informel et de discuter des enjeux locaux ou des pratiques partagées.

Cette approche place le relationnel au cœur des dynamiques inter-professionnelles, avec pour objectif final une amélioration de la qualité des soins.

3.3. Conséquences pour l'organisation des soins

Dans une perspective organisationnelle, mes conclusions suggèrent qu'il est crucial de revoir les mécanismes actuels de diffusion et d'appropriation des protocoles. Par exemple, la mise à disposition de supports numériques accessibles ou d'applications dédiées pourrait aider à une meilleure compréhension des recommandations.

Un accompagnement des professionnels de santé, notamment lors de changements importants dans leurs pratiques, serait essentiel pour limiter les résistances et encourager une adoption harmonieuse. Cela pourrait passer par des formations continues ciblées, associées à des suivis réguliers pour évaluer l'impact des protocoles sur le terrain.

3.4. Conséquences pour l'enseignement et la formation

Enfin, en ce qui concerne la formation, il serait utile d'intégrer des approches interdisciplinaires dès les études de médecine et de pharmacie. Des rencontres entre étudiants des deux filières, à travers des cas pratiques en collaboration, pourraient initier une culture de coopération dès le début de leur carrière. À l'échelle professionnelle, des séminaires post-universitaires mettant en scène des scénarios collaboratifs et des échanges de bonnes pratiques renforceraient cette dynamique.

L'intégration des protocoles de délégation comme celui pour la cystite soulève des enjeux à la fois pratiques et relationnels dans le système de soins. La mise en œuvre de solutions favorisant à la fois la formation, le relationnel et l'accompagnement dans l'adoption de ces nouveaux rôles pourrait transformer ces défis en opportunités. En renforçant la collaboration interprofessionnelle, il serait possible d'améliorer non seulement la qualité des soins mais aussi le bien-être des professionnels impliqués.

CONCLUSION

Cette thèse explore les ressentis des médecins généralistes face au protocole cystite et à la délégation des tâches en pharmacie, reflétant une réalité aussi variée que les pratiques et connaissances des soignants eux-mêmes. Loin d'être homogènes, les avis recueillis témoignent de la richesse et de la complexité de la médecine générale aujourd'hui.

Un élément central se dégage : la délégation n'est pas un processus évident. Elle soulève des tensions, non seulement dans l'organisation des soins, mais aussi dans les identités professionnelles et la perception du rôle des médecins généralistes. Ces enjeux ne peuvent pas être réduits à un débat manichéen.

Ce travail a profondément transformé ma perception de la pratique médicale. J'ai pris conscience que la pratique de chaque médecin lui est personnelle et singulière, et que nos rôles s'adaptent sans cesse aux transformations du système. Ce constat m'a aussi permis d'aborder le protocole cystite avec un regard plus nuancé, reconnaissant à la fois ses limites et ses opportunités.

Pour mes lecteurs, j'espère deux choses. Pour ceux qui ne sont pas dans le domaine médical : une meilleure compréhension du côté humain et des dilemmes auxquels les médecins sont confrontés. Pour mes collègues et les futurs professionnels de santé : une invitation à s'interroger sur leurs pratiques, leurs formations et la manière dont ils transmettent leur savoir.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Organisation des résultats
Figure 2. Hétérogénéité des pratiques médicales dans la prise en charge de la cystite
Figure 3. Perceptions médicales face au protocole cystite
Figure 4. Médecine générale en transformation : le ressenti des médecins sur leur avenir
Figure 5. Le ressenti du médecin généraliste

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques des participants de l'étude

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) K. HIDER_MLYNARZ La consommation des antibiotiques en France de 2000 à 2020. Rapport de l'ANSM. Juillet 2023.

(2) Observatoire de la Médecine Générale. Ressource électronique. Données de 2009. Disponible sur : http://omg.sfmg.org/content/donnees/donnees.php

(3) ARS. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins. 11 mars 2021 [cité 26 janv 2023].
Disponible sur : sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/

(4) République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » [Internet]. 6 mars 2020. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697967

(5) F. BRUYERE, J.-P. BOITEUX, « Épidémiologie, diagnostic et traitement des cystites aiguës isolées ou récidivantes de l'adulte » EMC - Urol. 2011;4(3):1-11.

(6) F. CARON, T. GALPERINE, C. FLATEAU et al. « Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. » Med Mal Infect. 2018;48(5):327-358. doi:10.1016/j.medmal.2018.03.005.

(7) M. E. FALAGAS, I. K. KOTSANTIS, E. K. VOULOUMANOU, P. I. RAFAILIDIS. « Antibiotics versus placebo in the treatment of women with uncomplicated cystitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. » J Infect. 2009;58:91-102.

(8) P. LITTLE, M. V. MOORE, S. TURNER, K. RUMBSBY, G. WARNER, J. A. LOWES et al. « Effectiveness of five different approaches in management of urinary tract infection: randomised controlled trial. » BMJ. 2010;340:c199.

(9) Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). « Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. » 2015. Disponible sur :
www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-spilf.pdf

(10) Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). « Rapport final du contrôle du marché des tests urinaires sur bandelette utilisés dans le cas de suspicion d'infection urinaire. » 2015.
Disponible sur : ansm-rapport-bandelettes-utinaires-nov2015-2.pdf (sante.fr)

(11) P. LITTLE, S. TURNER, K. RUMSBY, R. JONES, G. WARNER, M. MOORE et al. « Validating the prediction of lower urinary tract infection in primary care: sensitivity and specificity of urinary dipsticks and clinical scores in women. » Br J Gen Pract. 2010;60:495-500.

(12) J. KRANZ, R. BARTOLETTI, F. BRUYERE et al. « European Association of Urology Guidelines on Urological Infections: Summary of the 2024 Guidelines. » Eur Urol. 2024;86(1):27-41. doi:10.1016/j.eururo.2024.03.035. Table 9.
Disponible sur : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38714379/

(13) Santé Publique France. « Consommation d'antibiotique en secteur de ville en France : tendance à la baisse en 2023. » Communiqué de presse. 6 novembre 2024. Disponible sur :
https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/consommation-d-antibiotiques-en-secteur-de-ville-en-france-tendance-a-la-baisse-en-2023

(14) K. HIDER-MLYNARZ « La consommation des antibiotiques en France de 2000 à 2020. » Rapport de l'ANSM. Juillet 2023.

(15) B. FOXMAN « Epidemiology of urinary tract infections: Incidence, morbidity, and economic costs. » Dis Mon. 2003;49(2):53-70.

(16) H. de LARY de LATOUR « Les Infections urinaires en médecine générale : prévalence et prise en charge diagnostique. » Données de l'étude ECOGEN.

(17) OMS. « Le monde risque de sombrer dans une ère post-antibiotiques : le moment est venu de prendre des mesures énergiques » [Internet]. WHO. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur :
https://www.who.int/mediacentre/commentaries/antibioticresistance/fr/
https://www.anses.fr/fr/antibiotiques-antibioresistance-pandemie-silencieuse

(18) Ministère de la Santé. « Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance. » Janvier 2022.
Disponible sur :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf

(19) A. CASSINI, R. STRAUSS et al. « Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. » The Lancet Infect Dis. 2019;19(1):56-66.

(20) M. ETIENNE, E. LEFEBVRE, N. FREBOURG, H. HAMEL, M. PESTEL-CARON, F. CARON « Antibiotic treatment of acute uncomplicated cystitis based on rapid urine test and local epidemiology: lessons from a primary care series. » BMC Infect Dis. 2014;14:137.

(21) Ordre National des Médecins. « Atlas de la démographie médicale en France. » Paris; 2024 janv p18.

(22) INSEE. Bilan démographique 2023 - Insee Première - n° 1978. « En 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse. » [cité 16 janv 2024]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004

(23) M. TENAND « Vieillissement démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ? Informations sociales. » 2014;183(3):74-82. Disponible sur : https://doi.org/10.3917/inso.183.0074

(24) ARS. « Les communautés territoriales de santé. » 12 avril 2023. Disponible sur : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-2

(25) République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». Légifrance [Internet]. [cité 23 déc 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697956

(26) République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » [Internet]. § mars 2020. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041704192

(27) République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4

semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». [Internet]. mars 6, 2020. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697989

(28) République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». [Internet]. mars 6, 2020. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697978

(29) République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». [Internet]. mars 6, 2020. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697993

(30) République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Traitement des verrues plantaires par les équipes pluri-professionnelles » [Internet]. mars 6, 2020. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697993

(31) USPO. Protocole national de coopération. CPTS (cystite, angine, varicelle, rhino-conjonctivite allergique) [Internet]. Disponible sur : https://uspo.fr/protocole-de-cooperation-cpts/

(32) USPO. Protocole national de coopération. Protocole Cystite. 05 avril 2022. [Internet]. Disponible sur : https://uspo.fr/wp-content/uploads/2023/03/23-2023-04-05-protocole-cystite.pdf

(33) Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0142 du 18/06/2024. [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049734400

(34) URPS pharmaciens Hauts-de-France. « TROD cystite à l'officine ». [Internet]. Disponible sur : https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/action/trod-cystite/

(35) M. BERNARDIN « Représentation des médecins généralistes sur la délégation de tâches médicales aux pharmaciens : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Lorraine » [Internet]. Nancy ; 2020. Disponible sur : https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298107

(36) C. BARBIER « Perception par les médecins généralistes normands de l'ordonnance de dispensation conditionnelle à destination du pharmacien dans la réalisation du test rapide d'orientation diagnostique de l'angine. » Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04387089 [Internet]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04387089/document

(37) B. SENDID, S. NSEIR « The Changing Landscape of Invasive Fungal Infections in ICUs: A Need for Risk Stratification to Better Target Antifungal Drugs and the Threat of Resistance. »J Fungi (Basel). 2022;8(9):946. doi:10.3390/jof8090946. Disponible sur : https://www.mdpi.com/2309-608X/8/9/946

(38) C. ALPHAND « Étude de la sensibilité des bactéries aux antibiotiques prescrits en première intention par les médecins généralistes dans les infections urinaires communautaires. » DUMAS [Internet]. 2016 [cité 2024 Déc 4]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas01293414:contentReference[oaicite:0]{index=0}.

(39) S. MEDJAHED « État des lieux sur l'antibiothérapie et les mesures associées des cystites simples, à risque de complications et récidivantes par les médecins généralistes de Picardie selon les recommandations de la SPILF 2018. » DUMAS [Internet]. 2022 [cité 2024 Déc 4]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas03887323:contentReference[oaicite:1]{index=1}.

(40) Université de Normandie. « Impact des formations ciblées interprofessionnelles sur l'adhésion des médecins au protocole cystite. » *Journal des Pratiques Médicales*. 2021;14(3):145-58.

(41) Organisation Mondiale de la Santé. « Approches stratégiques pour une prescription responsable des antibiotiques. » *OMS – Rapport Santé Publique*. 2021;14(3):145-58.

(42) S. MERISIER « Le médecin généraliste et les infections urinaires basses communautaires (cystites simples), chez la femme de 15 à 75 ans : évaluation des pratiques professionnelles en fonction des nouvelles recommandations du SPILF de juin 2014. » *DUMAS - Dépôt Universitaire des Mémoires Après Soutenance*. 2018;10(2):56-67.

(43) Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Recommandations pour le diagnostic et le traitement des infections urinaires communautaires. *SPILF – Guide Clinique*. 2017;45(2):123-35. p. 10.

(44) M. H. LE NGUYEN. « Dispensation sous protocole en cas de cystite aiguë : préférences des pharmaciens et médecins » [mémoire de master]. Grenoble : Université Grenoble Alpes; 2020.

(45) S. JOGESSUS « Motivations et freins à l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes » [mémoire de master]. Pôle Formation; 2021. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05586789.

(46) C. LE BORGNE « Perception des étudiants en médecine générale et pharmacie officinale de la communication médecin-pharmacien en soins primaires » [mémoire de master]. Université [non spécifiée]; 2021. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05586789.

(47) M.-O. HAMON « Les déterminants de la reconversion des médecins généralistes libéraux vers un mode de pratique salariale dans la région Occitanie » [mémoire]. Médecine humaine et pathologie. 2018. Disponible sur : ⟨dumas-02973935⟩.

(48) S. MANAKLI « Impact du système de soins dans la qualité des prises en charge en médecine générale : point de vue des médecins généralistes picards » [mémoire]. Médecine humaine et pathologie. 2019. Disponible sur : ⟨dumas-02269976⟩.

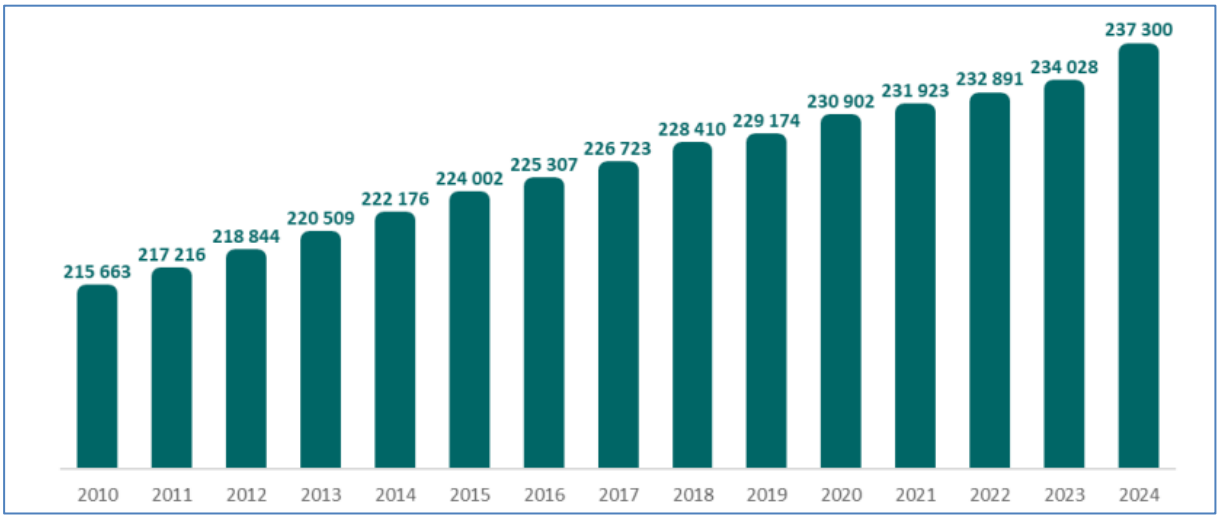
(49) C. ATTALI, P. MAZABRARD « Du médecin savant au médecin compétent. Une analyse des limites du modèle paternaliste en médecine générale : Commentaire. » *Sciences sociales et santé*. 2015;33(4):67-72. doi: 10.1684/sss.2015.0404.

(50) A. DŽAKULA, D. VOČANEC, K. LONČAREK « Fragmentation, dehumanization, commodification: crisis of medicine. » *Croatian Medical Journal*. 2023;64(3):208-10. doi: 10.3325/cmj.2023.64.208.

ANNEXES

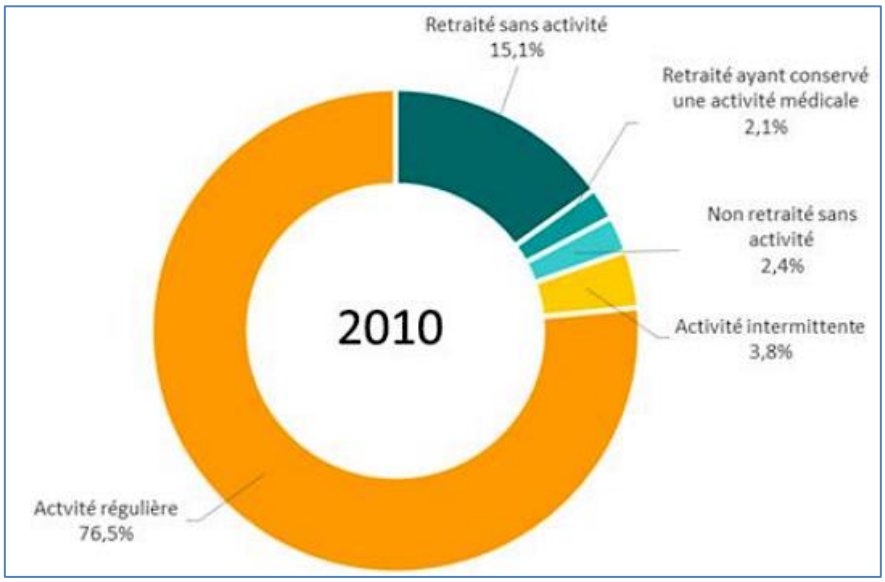
Annexe 1. Évolution de l'effectif des médecins en activité depuis 2010

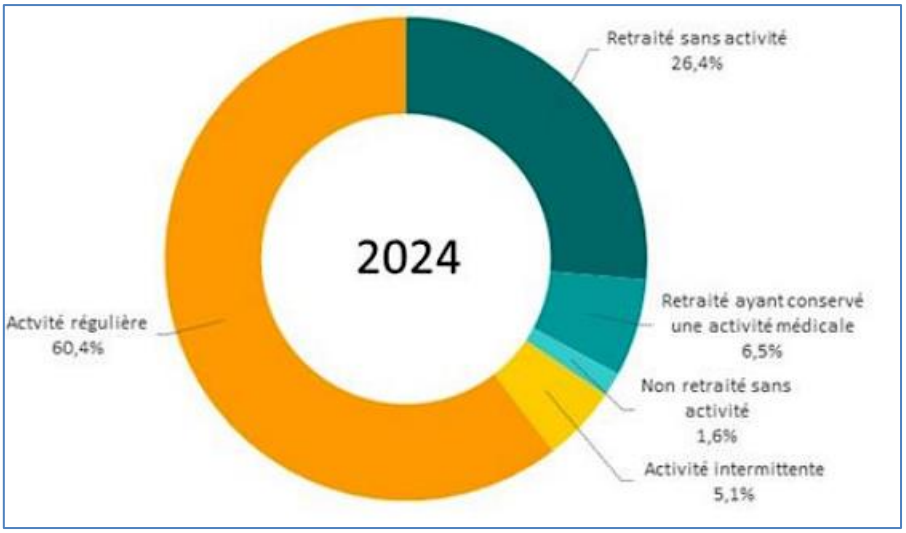
Ordre National des médecins. « Atlas de la démographie médicale en France » Paris; 2024 janv p.18.



Annexe 2. Répartition des inscrits selon leur statut d'inscription en 2010 et 2024

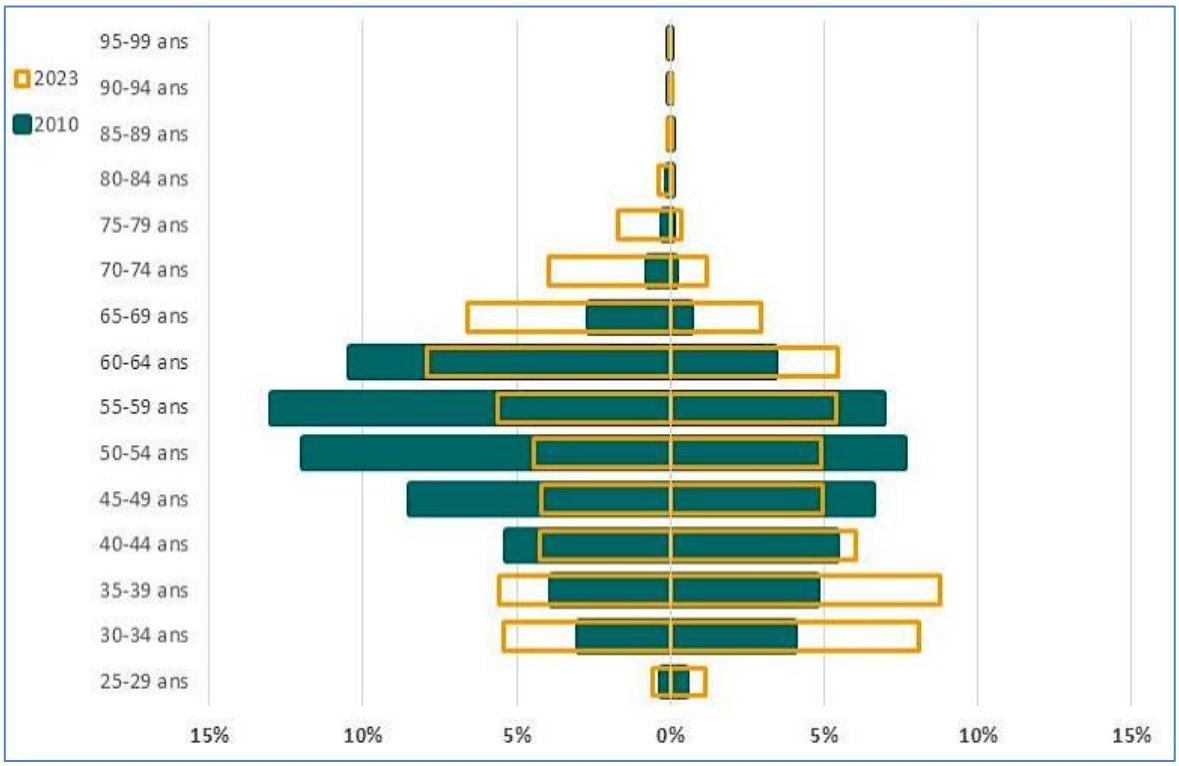
Ordre National des médecins. « Atlas de la démographie médicale en France » Paris; 2024 janv p. 16. Figure présentant les inscrits selon leurs statut d'inscription en 2010 et 2024.





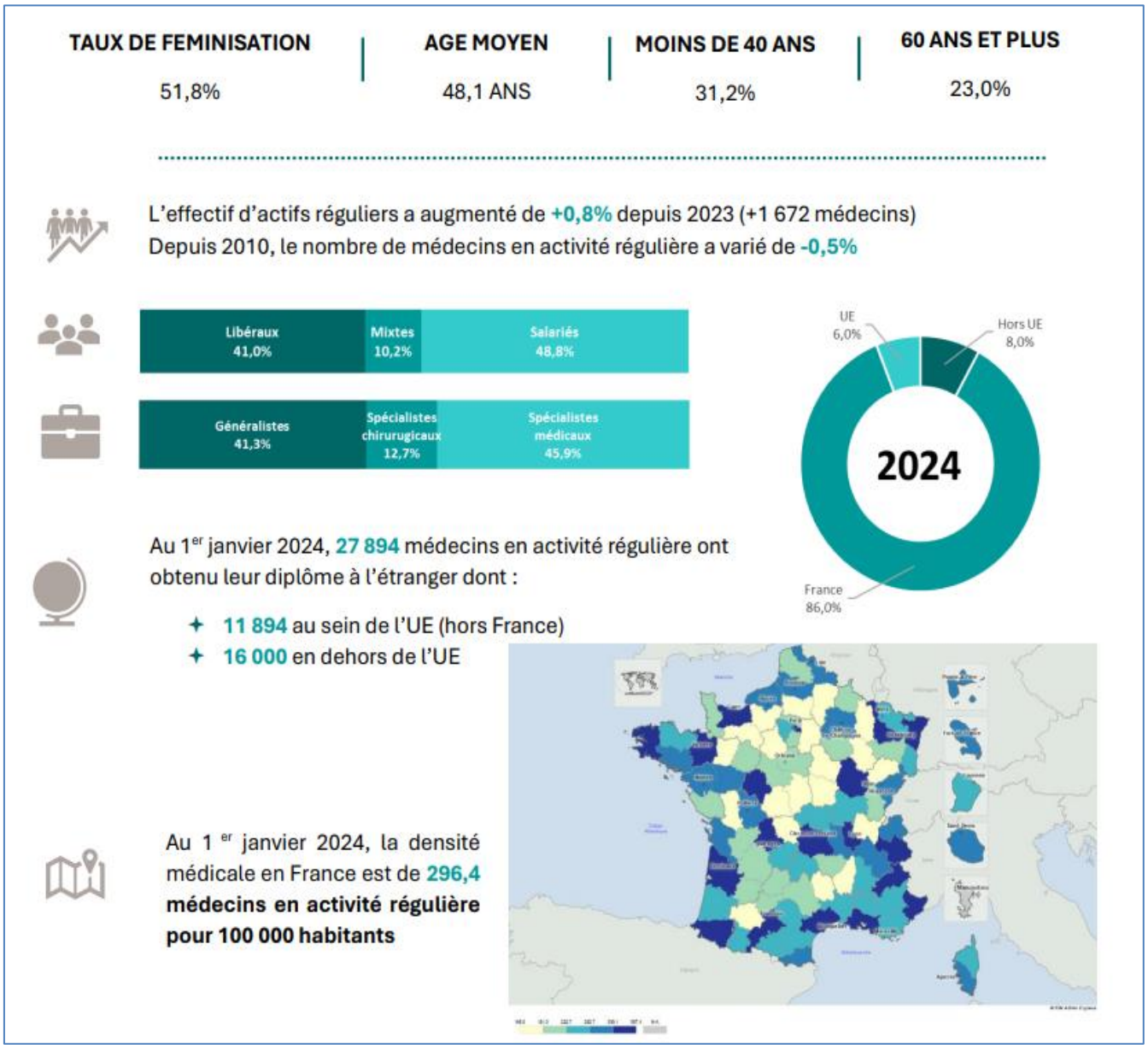
Annexe 3. Répartition par sexe (homme à gauche / femme à droite) et âge comparée des médecins en activité entre 2010 et 2024 (en %)

Ordre National des médecins. « Atlas de la démographie médicale en France » Paris; 2024 janv p. 26.



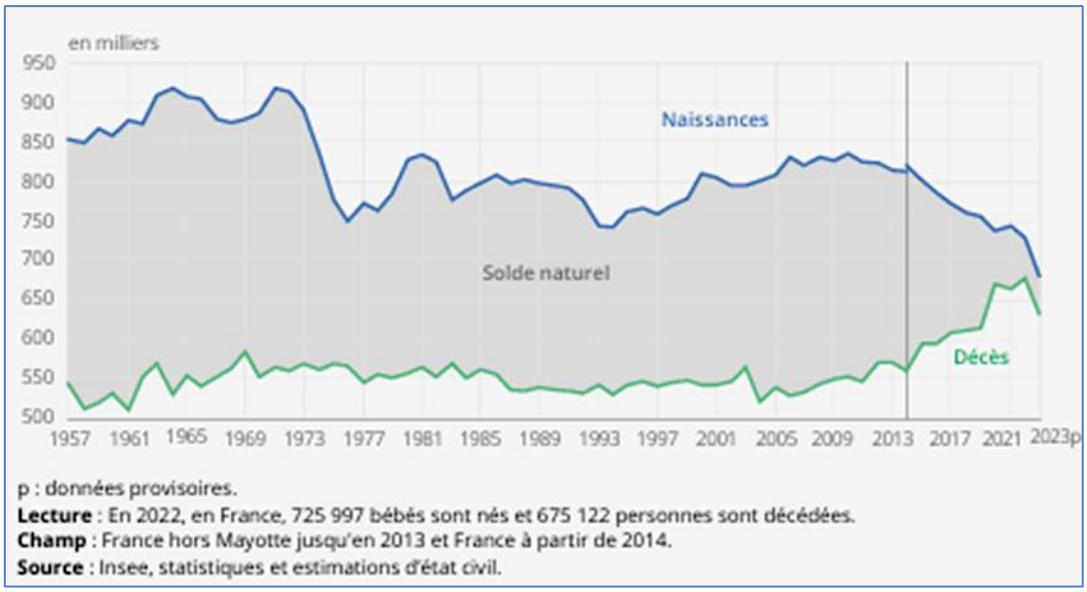
Annexe 4. Chiffres clés : médecins en activité régulière au 1er janvier 2024

Ordre National des médecins. « Atlas de la démographie médicale en France », « Chiffres clés - Médecins en activité régulière au 1er janvier 2024 ». Paris; 2024 janv p. 143.



Annexe 5. Nombre de naissances, de décès et solde naturel depuis 1957

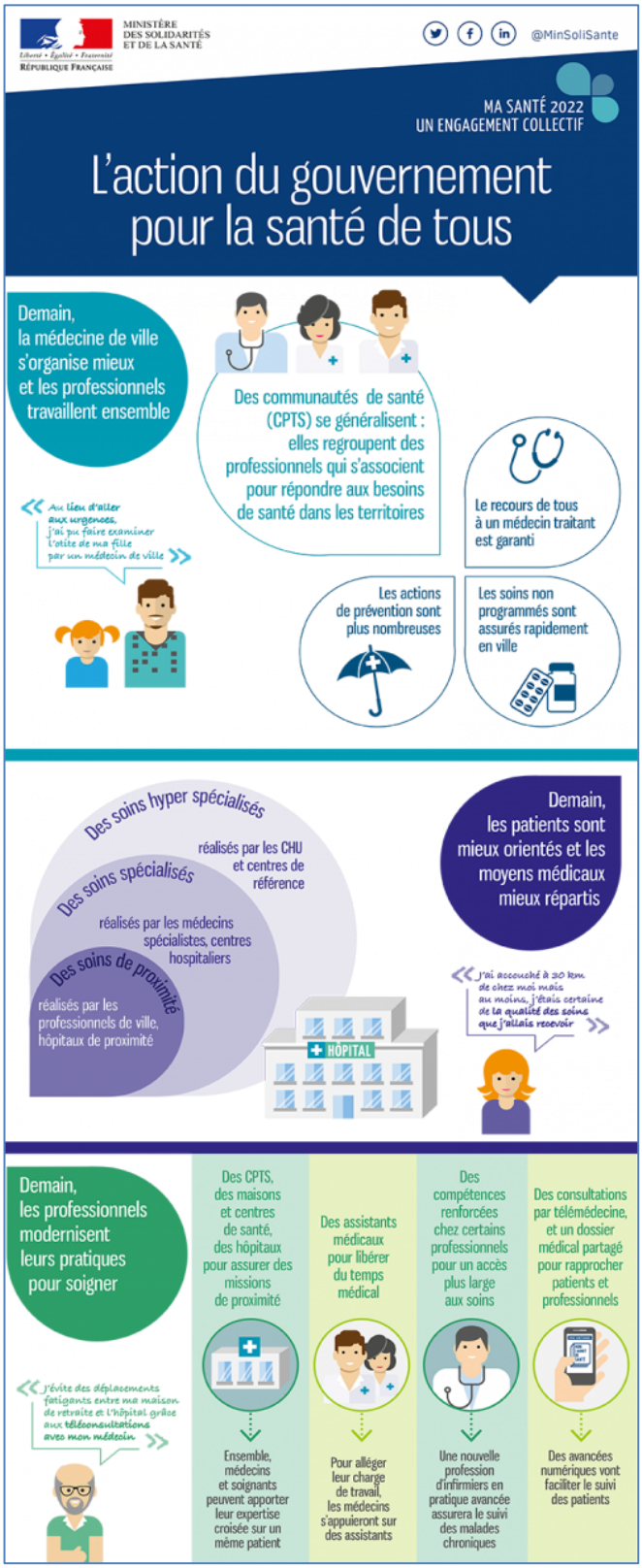
INSEE. 2024 [cité 16 janv 2024]. Bilan démographique 2023 - Insee Première - n° 1978 « En 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse ».



p : données provisoires.
Lecture : En 2022, en France, 725 997 bébés sont nés et 675 122 personnes sont décédées.
Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2013 et France à partir de 2014.
Source : Insee, statistiques et estimations d'état civil.

Annexe 6. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins

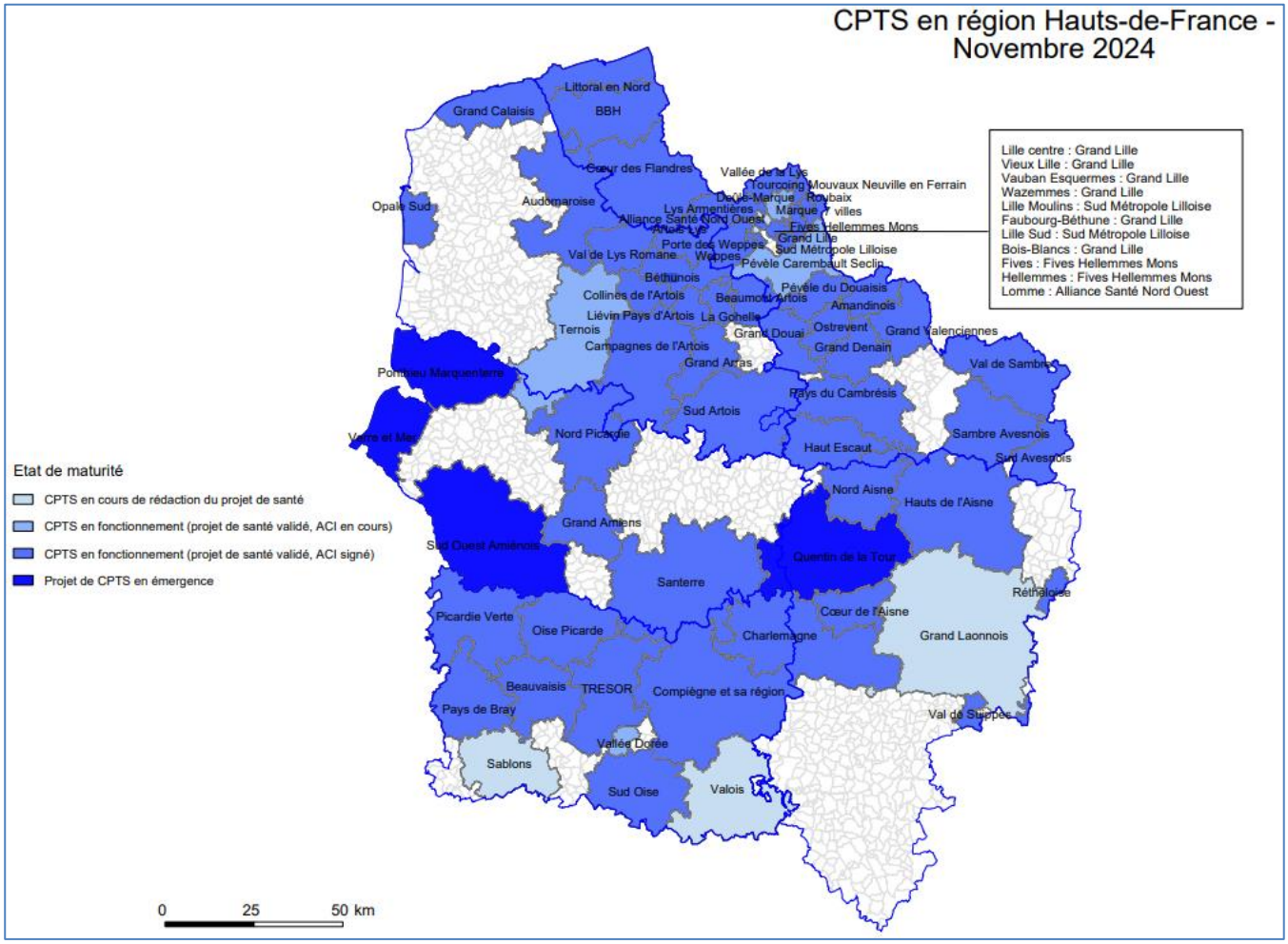
ARS. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins. 11 mars 2021 [cité 26 janv 2023].



Annexe 7. Cartographie des CPTS en région Hauts-de-France

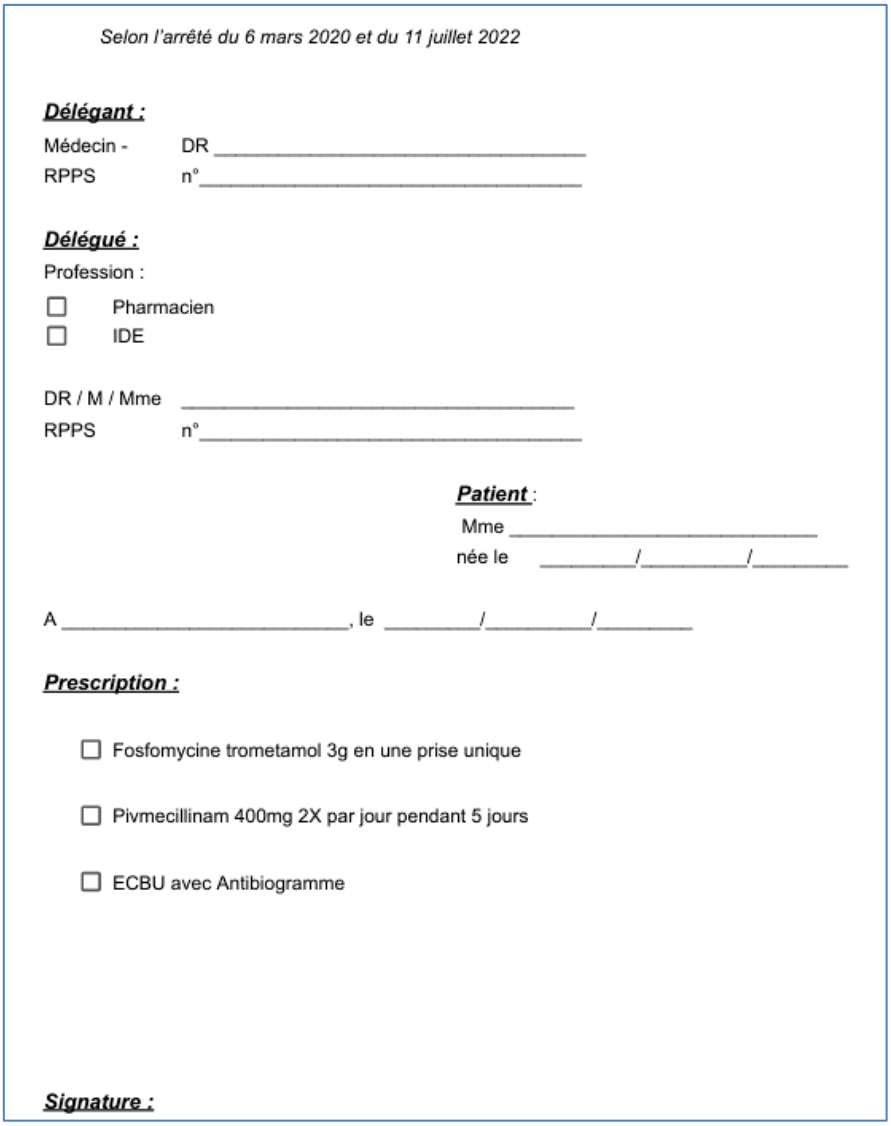
PAPS. Cartographie des CPTS en région Hauts-de-France. 5 novembre 2024.

https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/consulter-la-carte-des-cpts-et-projets-de-cpts-en-hauts-de-france



Annexe 8. Ordonnance vierge du protocole de Blériot

CPTS Blériot « Protocole de coopération pollakiurie / brûlure mictionnelle » Ordonnance type. Annexe 3. Oct 2023 (pdf).



Selon l'arrêté du 6 mars 2020 et du 11 juillet 2022

Délégant :

Médecin - DR _____

RPPS n°_____

Délégué :

Profession :

☐ Pharmacien

☐ IDE

DR / M / Mme _____

RPPS n°_____

Patient :

Mme _____

née le _____/_____/_____

A _____, le _____/_____/_____

Prescription :

☐ Fosfomycine trometamol 3g en une prise unique

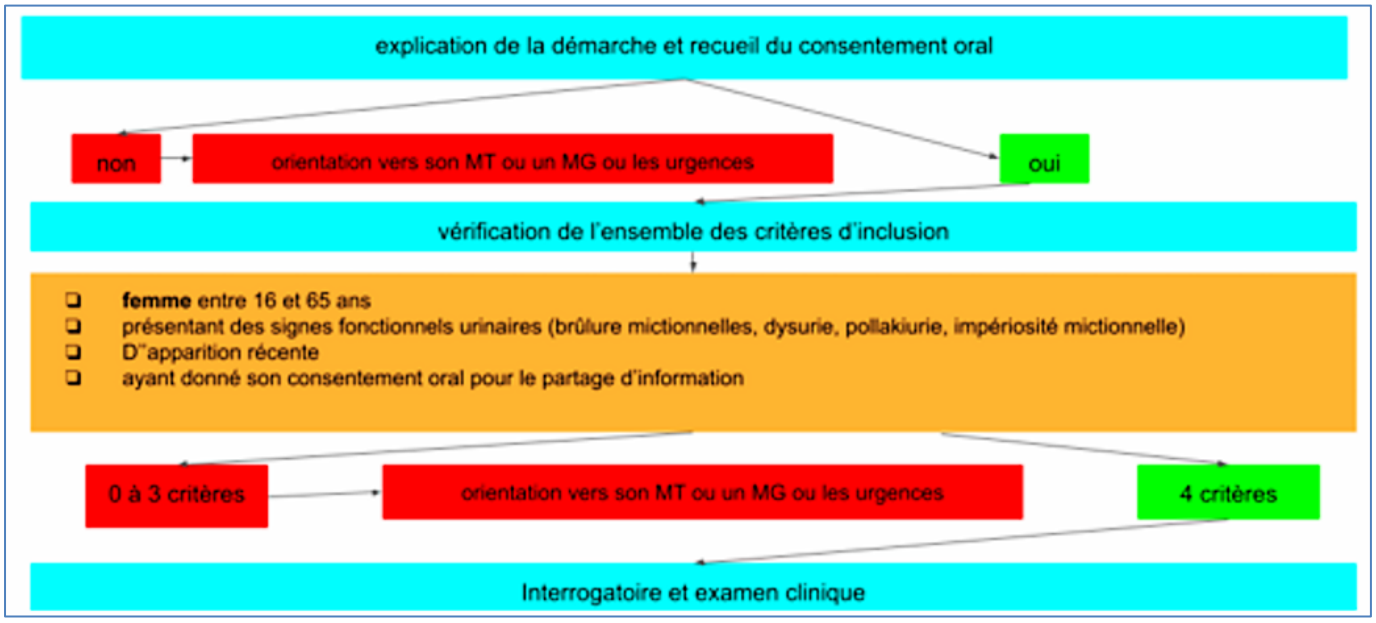
☐ Pivmecillinam 400mg 2X par jour pendant 5 jours

☐ ECBU avec Antibiogramme

Signature :

Annexe 9. Arbre décisionnel prise en charge patient du protocole de Blériot

CPTS Blériot « Protocole de coopération pollakiurie/brûlure mictionnelle » Prise en charge du patient selon l'arbre décisionnel. Oct 2023 (pdf) [erratum antibiothérapie pivmecillinam : 3 jours].



interrogatoire : (Complémentés de l'historique pharmaceutique (par la carte vitale) si possible et avec l'accord du patient.)

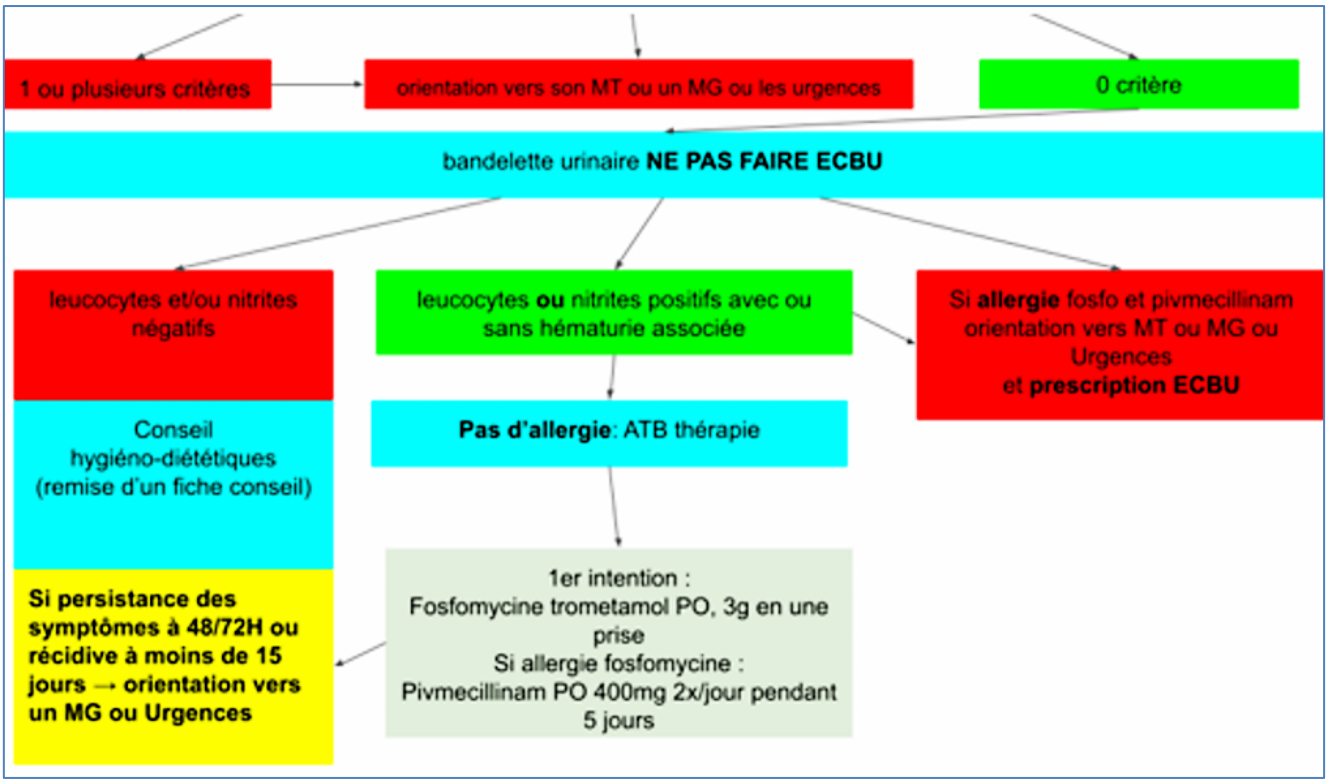
- Grossesse avérée ou non exclue
- Signes digestifs : nausée, vomissement, diarrhée, douleur abdominale diffuse
- Signes fonctionnels : douleurs iliaques et/ou lombaires
- Signes gynécologiques : leucorrhée, prurit vulvaire ou vaginal
- Antécédent de 3 cystites sur les 12 derniers mois
- Antécédent de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours
- Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
- Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, quelle qu'elle soit (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte urologique récent
- Immunodépression grave : due à une pathologie (VIH) ou un traitement médicamenteux (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie…)
- Insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30mL/min, ou grade 4 et 5)
- Port d'un cathéter veineux implanté
- Prise de fluoroquinolones les 3 mois précédents

examen clinique :

- Fièvre (temp. > 38°C) ou hypothermie (temp. < 36°C)
- Tension artérielle: systolique <90
- Fréquence cardiaque: >100
- Fréquence respiratoire: >20

durant la prise en charge :

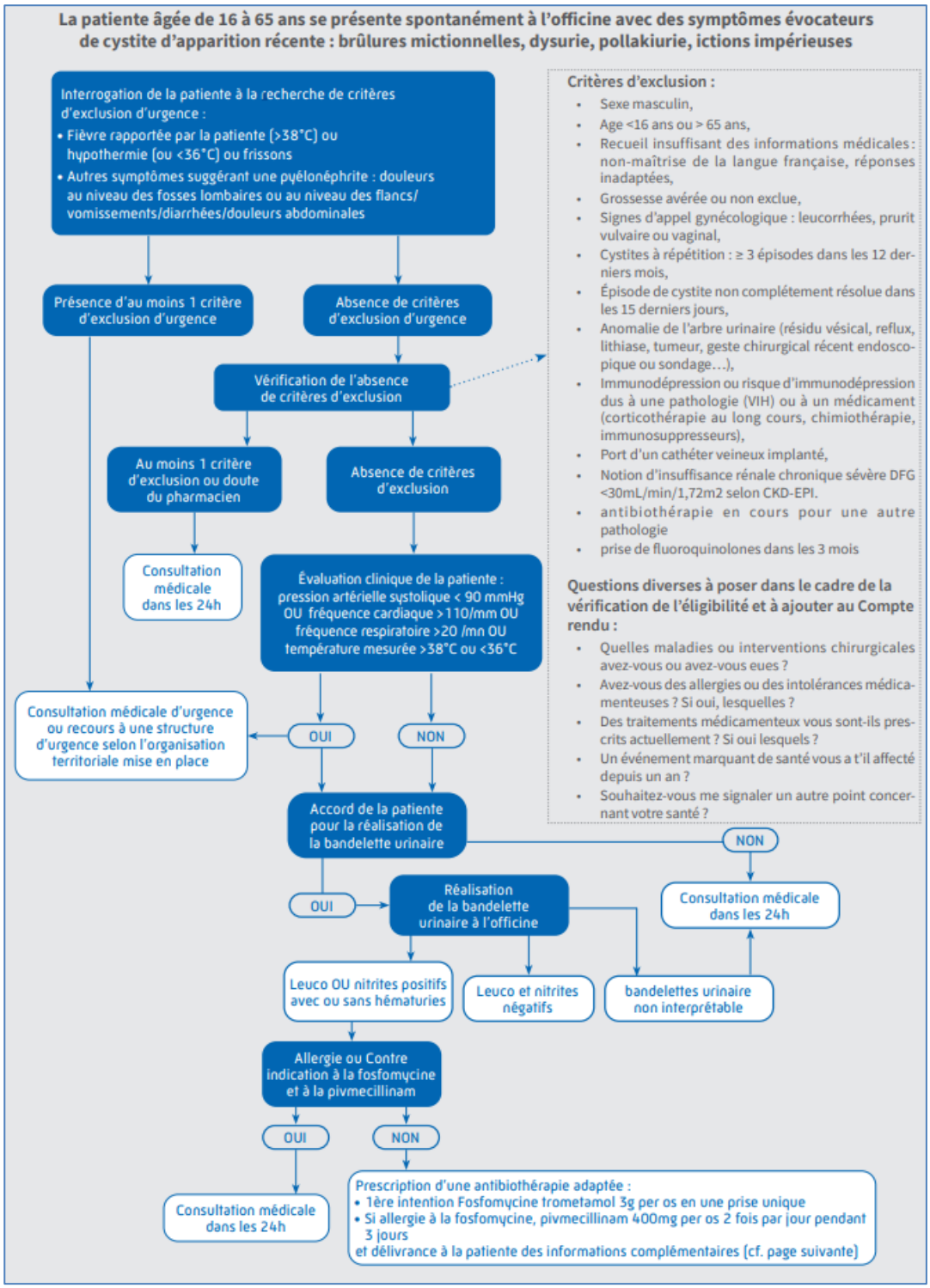
- Patiente ou représentant légal refusant le protocole
- Doute du délégué


1 ou plusieurs critères
orientation vers son MT ou un MG ou les urgences
0 critère
bandelette urinaire NE PAS FAIRE ECBU
leucocytes et/ou nitrites négatifs
leucocytes ou nitrites positifs avec ou sans hématurie associée
Si allergie fosfo et pivmecillinam orientation vers MT ou MG ou Urgences et prescription ECBU
Conseil hygiéno-diététiques (remise d'un fiche conseil)
Pas d'allergie: ATB thérapie
Si persistance des symptômes à 48/72H ou récidive à moins de 15 jours → orientation vers un MG ou Urgences
1er intention :
Fosfomycine trometamol PO, 3g en une prise
Si allergie fosfomycine :
Pivmecillinam PO 400mg 2x/jour pendant 5 jours

Annexe 10. Protocole de l'Assurance Maladie

Assurance Maladie. « Prise en charge à l'officine de la femme présentant une gêne fonctionnelle urinaire. » Juin 2024.

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo_bandelettes_urinaires-pharmacien.pdf



Annexe 11. Fiche conseil du protocole de Blériot

CPTS Blériot « Protocole de coopération pollakiurie/brûlure mictionnelle » Fiche Conseil. Oct 2023 (pdf).

ANNEXE 4 : Fiche conseil

Que faire pour éviter les infections urinaires et prévenir les récidives de cystite ?

Buvez beaucoup d'eau et des liquides non alcoolisés (volumes au moins égal à 1,5 litre / jour)
Urinez dès que vous en sentez le besoin : ne vous retenez pas !!!
Lorsque vous urinez, faites le complètement afin d'éviter qu'il persiste un résidu d'urine dans votre vessie, propice à la multiplication d'éventuelles bactéries

Ne prenez pas de douches vaginales
N'utilisez pas de produit d'hygiène intime parfumés
N'utilisez pas de bains moussants

Essuyez vous d'avant en arrière après être allé aux toilettes car, si l'urine est stérile, les selles contiennent de nombreux germes
Luttez contre la constipation
Si l'infection survient après les rapports sexuels, urinez tout de suite après chaque rapport et évitez l'usage de spermicides

Portez des sous vêtements en coton
Evitez les pantalons moulants

Consultez votre médecin en cas :

- d'aggravation dans les 24H (fièvre, douleur lombaire)
- de persistance des symptômes à 24/48H

Annexe 12. Formulaire d'information et de consentement à la participation. Mars 2024

Faculté de Médecine, Maïeutique, Sciences de la Santé
56 rue du Port 59046 LILLE

Nom de l'étudiant : CARIN
Prénom de l'étudiant : Suzanne
Contact : suzanne.carin1@lacatholille.fr

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE, SCIENCES DE LA SANTÉ

Information pour participation à une étude médicale

Bonjour Madame, Monsieur,

Suzanne Carin, interne de médecin générale, je me permets de vous solliciter dans le cadre de la thèse. Je réalise un travail de recherche médicale qualitative, c'est-à-dire que je vais discuter avec vous de votre vécu sur un sujet.

Pour éviter des biais, je ne peux vous donner que quelques mots concernant mon sujet : infections urinaires…

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'un entretien et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements et, le cas échéant, au CPP

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur. Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière pseudonymisée. Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil de 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 et aux articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès de la personne qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par l'investigateur et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait à …… Le……

Document fait en 2 exemplaires, dont 1 remis à la personne interrogée.

Annexe 13. Grille d'entretien extraite du dossier CRDMM. Mars 2024.

- Grille d'entretien :

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE, SCIENCES DE LA SANTÉ

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle qualitative.

Pour ce faire, je vais donc réaliser un entretien qui sera enregistré via un dictaphone. Ce travail de thèse est conforme à la MR004.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, en me contactant
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectué
- Que les enregistrements seront détruits dès la fin des travaux
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès d'un comité d'éthique

Etes-vous d'accord pour participer à cette enquête ?
Etes-vous prêt pour démarrer l'entretien ?

(*Question brise-glace*)

1) Pouvez-vous vous présenter brièvement ?

   Mon travail de recherche porte sur le « ressenti des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, dans le cadre des infections urinaires, de la réalisation des bandelettes urinaires à l'ordonnance de dispensation conditionnelle d'antibiotique en pharmacie. »

2) Pourriez-vous me raconter une de vos expériences avec les pharmacies concernant leur prise en charge de la cystite ?
   Relances : ressenti (conflits ? confiance ?) responsabilité, temps accordé, communication avec les pharmacies, la prescription conditionnelle et la réalisation de la BU

3) Pour finir, que pouvez-vous me dire sur l'évolution du rôle du médecin généraliste, dans notre système de santé ?

FMM 2024-03 8

Annexe 14. Grille COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur	Quel auteur a mené les entretiens individuels ?	Suzanne CARIN.
2. Titre académique	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Étudiant en troisième cycle en DES de médecine générale.
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Étudiant en troisième cycle en DES de médecine générale.
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme.
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative.

Relation avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	MSU
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Pas d'information, hormis celles présentent dans le mail d'invitation.
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt.

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorique	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse s'inspirant de la phénoménologie interprétative.

Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage homogène, basé sur l'expérience de la prise en charge des cystites en officine, avec diversité selon caractéristiques personnelles (âge, situation). Recrutement de juin à novembre 2024, débuté avec les MSU et élargi via bouche-à-oreille.

11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone et courriel.
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11 participants.
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	1 refus, 2 abandons.
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet des médecins interrogés ou au domicile du participant via visioconférence ou appel téléphonique.
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes outre les participants et les chercheurs ?	Non.
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présentées dans le Tableau 1.

Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet des médecins interrogés ou au domicile du participant via visioconférence ou appel téléphonique.
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes outre les participants et les chercheurs ?	Non.
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présentées dans le tableau 1.

Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, testé lors d'un entretien-test.
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non.
19. Enregistrement audio / visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio sur ordinateur.
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et / ou après l'entretien individuel ?	Oui, prises sur un cahier de terrain.
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Cf. Tableau 1.

22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation après 11 entretiens.
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et / ou correction ?	Oui.

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'enquêteur et un autre étudiant de troisième cycle en médecine générale.
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non.
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou à partir des données ?	À partir des données recueillies.
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Excel
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non.

Rédaction		
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes et résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui.
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui.
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui.
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui.

AUTEUR : Nom : CARIN **Prénom :** Suzanne
Date de Soutenance : 09/01/2025
Titre de la Thèse : Infections urinaires sans consultation médicale, les pharmacies peuvent réaliser des bandelettes urinaires et délivrer des antibiotiques : Ressenti des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais
Thèse - Médecine - Lille 2025
Cadre de classement : Médecine Générale
DES + FST ou option : Médecine Générale
Mots-clés : Médecins généralistes ; cystitis ; dispensation conditionnelle ; officine

Résumé :

Introduction : Dans un système de santé en mutation, les médecins généralistes se voient confier de nouvelles responsabilités et de nouveaux outils, comme le protocole cystite aiguë simple. Ce dispositif, destiné à améliorer l'accès aux soins tout en maîtrisant l'usage des antibiotiques, redéfinit leur rôle au sein des parcours de soins. Mais qu'en pensent-ils ? Entre tensions et opportunités, cette étude explore leurs ressentis et pratiques, pour mieux comprendre l'impact de ces évolutions sur leur métier et leur identité professionnelle.

Méthodes : Cette recherche qualitative s'appuie sur des entretiens ouverts réalisés auprès de 11 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, jusqu'à suffisance des données. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim, puis analysés selon une méthode phénoménologique interprétative. Cette démarche a permis d'extraire des étiquettes thématiques et expérientielles, regroupées en propriétés, puis en catégories pertinentes pour explorer les ressentis des participants.

Résultats : Les médecins interrogés témoignent d'une grande diversité d'opinions. Certains voient dans ce protocole une avancée organisationnelle et un partage des responsabilités, tandis que d'autres s'interrogent sur la qualité des soins ou ressentent une perte de contrôle sur des actes jusque-là réservés à leur expertise. Des tensions apparaissent également dans les interactions avec les pharmaciens, où des ajustements sont nécessaires pour garantir une collaboration efficace. Enfin, le protocole cristallise des enjeux plus larges liés à la transformation de leur rôle, entre technicité accrue et nécessité de préserver une relation humaine avec les patients.

Conclusion : Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les formations sur ces nouvelles pratiques pour garantir leur acceptation et leur mise en œuvre efficace. Ils mettent également en avant l'importance de mieux associer les médecins aux décisions de réforme, pour préserver la qualité des soins et renforcer la collaboration interprofessionnelle. Enfin, ce travail invite à réfléchir sur les moyens d'accompagner les généralistes face à ces évolutions, pour concilier innovation, humanité et efficacité au sein de leur pratique quotidienne.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Boualem SENDID
Assesseurs : Monsieur le Docteur Pierre-Etienne MORIN
Madame le Docteur Sabine BAYEN
Directeur de thèse : Madame le Docteur Marion SIX