



HAL
open science

Faciliter la réalisation de la bandelette urinaire en médecine générale face aux cystites aiguës simples : étude qualitative par entretiens semi directifs

Coralie Accart

► To cite this version:

Coralie Accart. Faciliter la réalisation de la bandelette urinaire en médecine générale face aux cystites aiguës simples : étude qualitative par entretiens semi directifs. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02093845

HAL Id: dumas-02093845

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02093845>

Submitted on 9 Apr 2019

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

Par

ACCART Coralie

Née le 2 Août 1991 à Fécamp (76)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 MARS 2019

FACILITER LA REALISATION DE LA BANDELETTE

URINAIRE EN MEDECINE GENERALE FACE AUX

CYSTITES AIGUES SIMPLES :

ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI DIRECTIFS

Président du Jury : Professeur Jean-Loup HERMIL

Directeur de thèse : Docteur Serge PAULA PALMA

Membres du Jury : Docteur Emmanuel HAZARD

Docteur Emmanuel LEFEBVRE

Docteur Matthieu SCHUER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>sumombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive

Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sergueï FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Hazard.

En vous remerciant d'avoir accepté de juger cette thèse.

Vous avez su guider mes premiers pas en Médecine Générale lors de mon externat et transmettre la passion qui vous animait. Recevez ici toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Lefebvre.

En vous remerciant d'avoir accepté de juger cette thèse.

Vos travaux de recherche ont enrichi ma réflexion tout au long de ce travail. Recevez ici toute ma gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Matthieu Schuers.

En vous remerciant d'avoir accepté de juger cette thèse.

Votre aide et vos conseils au cours des tutorats de thèse m'ont été précieux. Merci de votre disponibilité et de votre gentillesse. Recevez ici toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Serge Paula Palma.

Mon cher directeur, mon cher maître.

Merci d'avoir accepté de te lancer dans cette aventure avec moi. Beaucoup de chemin parcouru depuis mon stage aux urgences ! Merci pour le temps que tu m'as accordé, pour ton sérieux, pour ta gentillesse et pour tes encouragements dans les moments difficiles.

Je ne pouvais espérer meilleur directeur.

Reçois ici toute ma reconnaissance, mon respect, et mon amitié.

A mes parents.

Merci d'avoir toujours fait de notre bonheur une priorité.

Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir soutenu tout au long de ce parcours. Vous êtes le point de départ de cette réussite.

Je vous aime.

A mes sœurs.

Merci de votre soutien et de vos rires qui ont su réchauffer mon cœur tout au long de ces années.

Je vous aime.

A mes grands-parents

Je suis très fière et émue de vivre ce moment à vos côtés.

Prenez soin de vous. Je vous aime.

A Monsieur Lucas Vincent (avec le refrain qui l'accompagne).

Mon amoureux, mon mari.

Des bancs du lycée au doctorat de médecine. Tu penses que nous avons une bonne étoile qui nous a guidé dans chaque étapes de notre vie, qu'elles soient heureuses ou non.

Moi, je sais que j'ai une bonne étoile qui veille sur moi et qui m'a construite depuis bientôt onze ans : toi.

Merci pour tout. L'avenir est à nous.

Je t'aime.

A mon rayon de soleil, ma fille : Giorgina.

Ta vie sera belle, je t'en fais la promesse.

Je t'aime.

A Alice, présente depuis le début. Fini les livres et les classeurs dans le lit. Je te laisse la place libre ! Je t'aime ma tigresse bougresse.

A Lucie, même si tout cela ne t'a jamais trop intéressée. Je t'aime tite tototte.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	20
2. CONTEXTE	21
3. QUESTION	21
4 MATERIEL ET METHODE	26
4.1 LA METHODE QUALITATIVE	26
4.1.1 LA RECHERCHE QUALITATIVE.....	26
4.1.2 LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	27
4.1.3 LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	27
4.2 LA POPULATION ETUDIEE	28
4.3 LA REALISATION DES ENTRETIENS	29
4.4 LA TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	30
4.5 L'ANALYSE DES ENTRETIENS	31
5 RESULTATS	32
PARTIE 1 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	32
PARTIE 2 : RESULTATS PAR ANALYSE THEMATIQUE	34
5.1 PRATIQUES ET DIFFICULTES OBSERVEES	34
5.1.1 DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DES CYSTITES AIGUES SIMPLES.....	34
5.1.2 DES PROFILS DIFFERENTS.....	37
5.1.3 LES FREINS A L'UTILISATION DE LA BU.....	39
5.2 FACILITER ET FAVORISER L'UTILISATION DE LA BU	45
5.2.1 FACILITER LE RECUEIL URINAIRE.....	45
5.2.2 DELEGUER LA REALISATON DE LA BU.....	49
5.2.3 VALORISER FINANCIEREMENT L'UTILISATION DE LA BU.....	60
5.2.4 LIMITER LE GASPILLAGE.....	62
5.2.5 FACILITER L'ACCES AUX BU.....	65
5.2.6 AMELIORER LA FORMATION MEDICALE DES MEDECINS.....	66
5.2.7 SENSIBILISER LES PATIENTES A L'USAGE DE LA BU.....	69
5.2.8 REORGANISER LE FONCTIONNEMENT DE LA MEDECINE GENERALE.....	71
5.2.9 PRETS A CHANGER ?.....	73

6	DISCUSSION	75
6.1	PRINCIPAUX RESULTATS	75
6.2	A PROPOS DE LA METHODE.....	78
6.3	CRITERES DE SCIENTIFICITE.....	79
6.3.1	LA VALIDITE INTERNE OU CREDIBILITE	79
6.3.2	LA VALIDITE EXTERNE OU TRANSFERABILITE	80
6.3.3	LIMITES DE L'ETUDE.....	81
6.4	A PROPOS DES RESULTATS.....	82
6.4.1	UNE BU SOUS-UTILISEE : POURQUOI ?.....	82
6.4.2	LA REALISATION D'UNE BU EST-ELLE JUSTIFIEE EN MEDECINE GENERALE ?	83
6.4.3	LE ROLE DE L'ASSURANCE MALADIE.....	85
6.4.4	REORGANISER LE FONCTIONNEMENT DE LA MEDECINE GENERALE.....	91
7	PERSPECTIVES	98
8	CONCLUSION	99
	ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIFS	100
	BIBLIOGRAPHIE	103

1. INTRODUCTION

En 2014, la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) met à jour ses recommandations concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique des infections urinaires communautaires de l'adulte [1].

La cystite aiguë, affection extrêmement fréquente avec une prévalence de 30 à 50 pour milles femmes [2], représente deux millions de consultations par an en Médecine Générale [3] . Elle constitue une source importante de prescriptions d'antibiotiques en soins primaires.

Le contexte actuel d'augmentation des antibiorésistances [4] [5] justifie la réalisation d'une Bandelette Urinaire réactive (BU) afin de limiter le nombre de ces prescriptions et, par conséquent, leur impact écologique sur la flore bactérienne [6] [7] [8]. Cette mise à jour, révisées en 2017, confirme la place de la BU dans la démarche diagnostique des cystites aiguës simples [4].

En pratique, ces recommandations ne sont pas toujours suivies par les médecins généralistes [9] [10], et la BU est peu utilisée, au profit encore de l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) [11] [12] [13]. Cette attitude s'explique par l'existence, d'une part, de difficultés pratiques dans sa réalisation (manque de temps, manque d'habitude, recueil urinaire difficile, coût important, délai de péremption trop court) [14] ; et d'autre part, de doutes concernant sa fiabilité et sa légitimité pour le diagnostic de cystite aiguë simple [15] [16].

Au regard de ces éléments, il nous a paru intéressant d'explorer d'éventuelles pistes d'amélioration concernant l'utilisation de la BU par les médecins généralistes dans le cadre des cystites aiguës simples.

2. CONTEXTE

2.1. LA CYSTITE AIGUE

2.1.1. GENERALITES

La cystite aiguë est une inflammation de la paroi de la vessie d'origine infectieuse. La contamination se fait, majoritairement, par voie ascendante via l'urètre, par des germes issus de la flore digestive [2].

Les germes responsables sont majoritairement : *Escherichia Coli* (70 à 80%), *Staphylococcus Saprophyticus* (15%) et *Proteus Saprophyticus* (1 à 4%) [5].

Cette affection est principalement féminine. On estime qu'une femme sur deux en sera atteinte au moins une fois dans sa vie. Le risque de cystite augmente avec l'activité sexuelle et l'âge. Ainsi, on observe deux pics de fréquence : l'un au début de la vie sexuelle, l'autre en période post-ménopausique [2].

2.1.2. DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les signes fonctionnels de la cystite aiguë sont les suivants : brûlures mictionnelles, mictions douloureuses et/ou impérieuses, pollakiurie, hématurie [4]. Ils apparaissent de façon plus ou moins brutale, isolés ou associés.

On parle de cystite aiguë « simple » en l'absence de facteur de risque de complication suivant [4] :

- Toute anomalie fonctionnelle ou organique de l'arbre urinaire
- Sexe masculin
- Grossesse en cours
- Sujet âgé
 - o > 75 ans
 - o > 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 convient également d'éliminer la présence de fièvre ou d'une douleur d'une fosse lombaire suspecte de pyélonéphrite.

2.1.3. DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

Seule la BU est recommandée pour le diagnostic de cystite aiguë simple. [4]

Le diagnostic de cystite s'intéresse à la présence de leucocyte et de nitrite [5]:

- La BU est dite « positive » en présence de leucocyte ou de nitrite
- Elle est « négative » en l'absence de leucocyte et de nitrite

Cette place de choix tient à sa forte Valeur Prédictive Négative (VPN) > 95 % : ainsi, une BU négative permet d'éliminer de façon quasi-certaine une cystite aiguë simple et amène à rechercher un autre diagnostic [4].

Parallèlement, bien que la clinique soit parfois fortement évocatrice de cystite aiguë, la pratique d'une BU améliore la précision diagnostique :

- Valeur Prédictive Positive (VPP) de cystite aiguë passant de 82% si 3 signes cliniques présents à 92% si associés à une BU positive [17]
- VPP passant de 51.1% si dysurie seule à 82.2% si associée à une BU positive [18]

2.1.4. DEMARCHE THERAPEUTIQUE

L'association de signes cliniques évocateurs et d'une BU positive permet de poser l'indication d'une antibiothérapie probabiliste [19]. L'objectif de ce traitement est de soulager les symptômes, l'évolution naturelle de la cystite menant généralement à une guérison spontanée (25-45 % des cas) et le risque de transformation en pyélonéphrite étant très faible [4].

La BU permet donc de limiter la prescription d'antibiotique aux seuls cas où elle est indiquée. Des études menées en soins primaires suggèrent que son utilisation systématique pourrait réduire de 10 % [6] à 27.5 % [8] le nombre de prescriptions d'antibiotiques [7].

L'enjeu est important compte tenu de l'évolution épidémiologique actuelle des antibiorésistances. Depuis le début des années 2000 le taux de résistance d'*E.Coli* aux fluoroquinolones a nettement augmenté et oscille entre 3 et 25% selon la présentation clinique et le terrain [4]. En cas de cystite aigue simple, ce taux est estimé à 3.5% [20]. De même, pour la prévalence des souches d'*E.Coli* productrices d'une Bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) : environ 5% de résistance, variable selon la présentation clinique et le terrain [4].

2.2. LA BU EN PRATIQUE

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.

Les BU sont conditionnées dans des boites contenant généralement 50 à 100 BU. Ces boites sont à conserver dans un endroit sec et frais (15-30°C), à l'abri de l'humidité et de la lumière.

Leur date de péremption varie entre 18 et 24 mois.

Le coût moyen d'une BU est de 0.40 euros, à la charge du praticien. Elles sont en vente en pharmacie, sur internet, sur catalogue auprès des fournisseurs de matériel médical.

La réalisation d'une BU se fait de la façon suivante [4] :

- Recueillir les urines du milieu de jet (toilette périnéale non nécessaire avant recueil) à l'aide du pot de recueil
- Immerger la bandelette réactive dans les urines pendant 1 seconde
- Eliminer l'excédent d'urine de la bandelette en l'égouttant ou à l'aide de papier absorbant
- Laisser agir pendant 1 à 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 contenant les BU et permet de rechercher : leucocyte, nitrite, sang, protéine, pH...

La BU est donc un examen simple dans sa réalisation et son interprétation, rapide, reproductible et peu coûteux. Or, de nombreuses études témoignent de sa sous-utilisation en cas de cystite aiguë simple par les médecins généralistes. Parmi elles, un observatoire mené auprès de 7916 patientes a montré que la BU n'était utilisée que dans 21% des cas de cystites aiguës contre 33% d'ECBU [11].

3. QUESTION

Comment favoriser l'utilisation de la BU par les médecins généralistes dans le cadre des cystites aiguës simples ?

4 MATERIEL ET METHODE

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés.

4.1 LA METHODE QUALITATIVE

4.1.1 LA RECHERCHE QUALITATIVE

La recherche qualitative est souvent définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. En réalité, ces deux types de recherches sont complémentaires, n'explorant pas les mêmes champs de la connaissance [21].

La recherche qualitative permet de recueillir et d'analyser des données verbales non quantifiables. Elle permet d'explorer et comprendre des phénomènes humains complexes plus subjectifs [22].

L'objectif de ce travail était de comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la pratique de la BU face à des cas de cystites aiguës simples et d'essayer d'émettre des solutions afin d'en faciliter la réalisation. Le choix de la méthode qualitative nous a donc paru évident : nous voulions recueillir un maximum d'idées et de concepts afin de répondre à notre question d'étude.

4.1.2 LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Les entretiens de recherches peuvent prendre différents aspects : entretiens individuels (directif, semi-directif, compréhensif), entretiens collectifs ou *focus groups* [22]. Leurs buts est de « saisir, au travers de l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue d'un individu, sa compréhension d'une expérience particulière, sa vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage » [23].

L'entretien semi-directif, dit également « semi-dirigé » est le type d'entretien le plus utilisé en recherche qualitative [24]. Il s'agit d'un entretien en face à face, entre chercheur et sujet. Il utilise un guide d'entretien utilisant une série de questions ouvertes [25]. Ce guide sert de fil conducteur à l'entretien en stimulant l'échange et la réflexion. Il donne au sujet une grande liberté de parole et d'expression d'idées et de concepts sans pour autant l'influencer dans ses réponses [23].

4.1.3 LE GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien (Annexe) a été élaboré et enrichi notamment après réalisation d'un premier entretien test. Il était détenu par l'étudiant sous format papier lors des entretiens.

Il était constitué de plusieurs parties. Une première partie permettait de recueillir des informations sur le sujet et lui exposait rapidement les principes et les modalités pratiques de l'entretien semi-directif. Une deuxième partie rappelait le thème de l'étude, sa justification et son objectif. La troisième partie du guide était composée de différentes questions : la question de l'étude puis une série de questions ouvertes soulevées par six grandes thématiques reprenant les freins à l'utilisation de la BU déjà connus.

4.2 LA POPULATION ETUDIEE

En recherche qualitative, le choix de l'échantillon dépend directement de l'objet d'étude. L'échantillon doit donc être caractéristique (et non représentatif) de la population étudiée. On parle d'échantillonnage « raisonné » ou « justifié », non probabiliste. Il consiste à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible de l'étude, ayant donc des caractéristiques communes et homogènes.[26].

Notre étude portait sur l'utilisation de la BU en Médecine Générale dans le cadre des cystites aiguës simples. La population cible était donc : les médecins généralistes. Pour une question pratique et géographique, les participants sélectionnés étaient : médecins généralistes de la région Normandie.

Afin de garantir la validité externe des résultats, il est important, une fois l'échantillon défini, d'en homogénéiser le contenu [22]. C'est-à-dire, inclure les sujets les plus divers possible dans cet échantillon. On parle également de diversification intra-groupe [26]. De fait, nous avons veillé à sélectionner des médecins généralistes, homme et femme, ayant des âges, des durées d'installation, des modes d'exercice, et des types de patientèle différents afin de constituer un groupe homogène.

La méthode qualitative n'impose pas de nombre fixe ou préétabli d'entretiens à réaliser. Les entretiens sont menés jusqu'à saturation des données : moment où le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier la réalisation de nouveaux entretiens [26]. Les données de la littérature concernant la recherche qualitative indique que, généralement, la saturation des données est atteinte après avoir réalisé entre 15 et 20 entretiens [24]. Nous avons donc débuté la collecte de données avec pour objectif de réaliser une quinzaine d'entretiens, nombre arbitraire et non ferme.

4.3 LA REALISATION DES ENTRETIENS

Les médecins généralistes ont été sollicité pour un entretien par l'étudiant et par téléphone. Le thème de l'étude leur était énoncé de la façon suivante : « Nous parlerons de l'utilisation de la BU en Médecine Générale ». Le mode d'entretien ainsi que sa durée prévisible de quinze minutes environ leurs étaient précisés.

Les entretiens ont été réalisés par l'étudiant seul au cabinet des médecins généralistes. Préalablement, l'étudiant recueillait l'accord du médecin pour enregistrer la conversation et lui précisait que les données seraient anonymisées après transcription écrite de l'entretien. L'enregistrement était effectué à l'aide d'un dictaphone numérique. Le but était d'avoir accès à l'ensemble du discours du médecin et de pouvoir facilement et fidèlement transcrire par la suite ces données par écrit.

Au début de l'entretien, l'étudiant demandait au médecin de se présenter succinctement. Le contexte de l'étude ainsi que son objectif étaient exposés par l'étudiant et la question suivante était posée : Comment favoriser l'utilisation de la BU par les médecins généralistes dans le cadre des cystites aiguës simples ?

4.4 LA TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été transcrits in extenso, c'est-à-dire en totalité, mot pour mot. Les silences, les sourires, les différents tons utilisés etc. ont également été transcrits.

Le but était de rester fidèle au discours verbal et non-verbal de chaque sujet et de produire un matériel de travail – appelé *corpus* – permettant une analyse en plusieurs étapes. Cette étape est fondamentale pour assurer la richesse et la validité des résultats.

Les noms des médecins interviewés ont été remplacés par des lettres (A, B, C etc.) afin de garantir l'anonymisation.

Le logiciel d'écoute des enregistrements sur PC était : Lecteur Windows Media version 12.0.16299.15. Le logiciel utilisé pour la transcription était : Microsoft Word 2016. La durée moyenne de transcription était de trois heures.

4.5 L'ANALYSE DES ENTRETIENS

Les entretiens semi-directifs ont fait l'objet d'une analyse dite de contenu. Elle se définit comme « un examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci » [25].

Le logiciel de traitement de texte Word 2016 a été utilisé pour réaliser cette analyse qui procède de plusieurs étapes [21] :

- Première étape consistant à se familiariser avec les données des verbatims à travers une lecture simple.
- Deuxième étape, le codage des données se définissant comme « une transformation de celles-ci en une première formulation signifiante (ou code) dont le sens reste banal et proche du sens commun » [25].
- Troisième étape consistant à catégoriser, c'est-à-dire regrouper les données codées en catégories ayant un sens plus général et plus large. Des catégories constituées émergent les principaux thèmes des résultats.

5 RESULTATS

PARTIE 1 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Au total, 17 entretiens semi-directifs ont été mené auprès des médecins généralistes de la Région Normandie entre septembre 2017 et mars 2018.

L'échantillon était constitué de 12 hommes (71%) et 5 femmes (29%).

L'âge moyen des médecins généralistes rencontrés était de 51 ans. 24% avaient plus de 60 ans, 53% avaient entre 40 et 60 ans et 23% avaient moins de 40 ans.

Parmi les 17 médecins généralistes rencontrés, 3 exerçaient seul en cabinet (18%), 14 exerçaient en cabinet de groupe (82%). 35% déclaraient une activité urbaine, 30% une activité rurale et 35% une activité semi-rurale.

Sur les 17 médecins interrogés, 8 affirmaient utiliser la BU (47%), contre 9 non-utilisateurs (53%).

Les principales caractéristiques des médecins généralistes rencontrés sont exposées dans le tableau suivant :

	Sexe	Age	Durée d'installation	Mode d'exercice	Patientèle	Utilise la BU
Docteur A	Femme	48 ans	17 ans	Groupe de 2 Médecins Généralistes	Urbaine	Oui
Docteur B	Femme	43 ans	8 ans	Groupe de 2 Médecins Généralistes	Urbaine	Non
Docteur C	Homme	57 ans	29 ans	Seul	Semi-rurale	Non
Docteur D	Homme	68 ans	43 ans	Groupe de 3 Médecins Généralistes	Rurale	Non
Docteur E	Femme	37 ans	5 ans	Groupe de 3 Médecins Généralistes	Semi-rurale	Non
Docteur F	Homme	64 ans	36 ans	Groupe de 3 Médecins Généralistes	Semi-rurale	Non
Docteur G	Femme	48 ans	20 ans	Groupe de 2 Médecins Généralistes	Semi-rurale	Oui
Docteur H	Femme	34 ans	2 ans	Groupe de 7 MG, cabinet pluridisciplinaire	Urbaine	Non
Docteur I	Homme	32 ans	4 ans	Groupe de 7 MG, cabinet pluridisciplinaire	Urbaine	Oui
Docteur J	Homme	58 ans	30 ans	Groupe de 7 MG, cabinet pluridisciplinaire	Urbaine	Non
Docteur K	Homme	63 ans	39 ans	Groupe de 2 Médecins Généralistes	Semi-rurale	Oui
Docteur L	Homme	57 ans	29 ans	Groupe de 3 Médecins Généralistes	Rurale	Oui
Docteur M	Homme	51 ans	23 ans	Groupe de 2 Médecins Généralistes	Rurale	Oui
Docteur N	Homme	56 ans	20 ans	Groupe de 2 MG, cabinet pluridisciplinaire	Semi-rurale	Oui
Docteur O	Homme	65 ans	36 ans	Seul	Rurale	Non
Docteur R	Homme	31 ans	1 an	Seul	Rurale	Oui
Docteur S	Homme	59 ans	29 ans	Groupe de 4 Médecins Généralistes	Urbaine	Non

PARTIE 2 : RESULTATS PAR ANALYSE THEMATIQUE

L'analyse des 17 entretiens semi-directifs nous a permis de produire un grand nombre de données et de faire apparaître différentes thématiques. Premièrement, nous exposerons les pratiques et difficultés observées chez les médecins généralistes face à l'utilisation de la BU dans les cas de cystites aiguës simples. Secondairement, nous présenterons les solutions exprimées afin de palier à ces difficultés et favoriser l'utilisation de la BU dans cette même indication.

5.1 PRATIQUES ET DIFFICULTES OBSERVEES

5.1.1 DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DES CYSTITES AIGUES SIMPLES

5.1.1.1 Un diagnostic clinique facile

Diagnostiquer une cystite aiguë simple ne semblait pas difficile pour les médecins généralistes rencontrés : les symptômes sont typiques et laissent peu de place au doute.

« Ça pique, ça brûle, ça serre, j'ai mal au ventre, j'ai pas mal au dos, j'ai pas de fièvre : c'est une cystite jusqu'à preuve du contraire. » (Docteur H)

« Il y a des patientes pour lesquelles, au vu des symptômes on a pas de doute » (Docteur G)

5.1.1.2 Utilisation de la BU

Pour beaucoup, la réalisation de la BU est jugée **inutile quand les signes cliniques sont typiques** :

« Quand il y a vraiment tous les symptômes, quand il y a tous les faisceaux, quand il y a une forte probabilité, je fais pas de BU » (Docteur R)

Dans ce cas, les médecins prescrivent un traitement antibiotique d'emblée sans réaliser de BU :

« Si c'est une cystite d'une jeune femme qui n'est pas enceinte, qui n'a pas eu de complication particulière, je fais un traitement d'emblée. » (Docteur K)

La BU semble, en revanche, avoir **un intérêt dans certains cas** :

*« Quand il y a des doutes ou autre, j'ai facilement recours à la BU. »
(Docteur R)*

« Un doute entre quelque chose de gynéco ou urinaire. » (Docteur H)

« Quelqu'un qui aurait eu pas mal d'infections urinaires coup sur coup, quelqu'un qui aurait eu une infection urinaire il y a 8-15 jours et qui récidive, là peut-être oui. » (Docteur F)

5.1.1.3 Utilisation persistante de l'ECBU

Devant des cas suspects de cystites aiguës simples, **le recours à l'ECBU**, soit à la place de la BU, soit en plus de celle-ci, **reste fréquent**.

« On essaie de faire un ECBU avant et de mettre un traitement après »

(Docteur O)

« Si la bandelette est positive, 9 fois sur 10 on va faire un ECBU quand même » (Docteur S)

Cette attitude se justifiait surtout en cas de cystite répétée :

« Quand j'ai des cystites à répétition, je vais vérifier toujours à la bandelette et je fais quand même un ECBU de contrôle pour voir si s'en est des vraies ou si c'est des cystalgies » (Docteur L)

Par ailleurs, l'inquiétude quant à l'émergence d'antibiorésistance ainsi que des doutes sur la fiabilité de la BU expliquaient ce recours persistant à l'ECBU :

« J'ai quand même tendance à être très très ECBU, du fait de l'antibiorésistance que l'on voit apparaître » (Docteur C)

« - L'ECBU est plus fiable selon vous ? – Oui » (Docteur D)

5.1.2 DES PROFILS DIFFERENTS

Au fil des entretiens, nous avons pu identifier deux profils de médecins généralistes vis-à-vis de la BU.

1.1.1.1 Médecins utilisateurs

Ces médecins sont des utilisateurs convaincus :

« Moi la bandelette, j'ai du mal à m'en passer. », « ça rend des services quand même » (Docteur L)

« Moi je trouve ça pratique » (Docteur M)

La BU ne leur posait pas de problème en termes de réalisation pratique :

« Pour moi il n'y a pas de frein à faire une bandelette » (Docteur G)

*« La bandelette urinaire en pratique c'est pas compliqué à faire »
(Docteur E)*

Ils considéraient cet examen comme **facile, rapide à réaliser, et peu cher**.

Un des médecins généralistes pratiquant systématiquement une BU devant une suspicion de cystite aiguë simple, citait également **l'enjeu de santé publique** à réaliser cet examen :

« Limiter les coûts de santé », « Eviter de faire des choses qui vont provoquer des résistances aux antibio... et trop coûteuses » (Docteur G)

5.1.2.1 Médecins non utilisateurs

Certains des médecins généralistes interrogés ne pratiquaient pas de BU mais, paradoxalement, **ils semblaient convaincus de son utilité** :

« C'est évident que ça serait une bonne chose de faire une bandelette urinaire avant » (Docteur J)

« C'est vrai que ça serait une bonne idée » (Docteur O)

Ils semblaient, d'ailleurs, pour la plupart, **avoir connaissance des recommandations** sur ce sujet :

*« L'indication de la bandelette c'est vraiment pour des cystites simples »
(Docteur C)*

« Dans les textes on doit le faire » (Docteur H)

Et ils avaient conscience que cet examen pouvait être **utile à leur démarche diagnostique et thérapeutique** :

« Ça éviterait peut-être qu'il y ait des prescriptions d'antibiotiques un petit peu excessives et pas toujours les meilleures. », « ça nous évitera de traiter des choses totalement inutiles. » (Docteur C)

« Ça nous permettrait de savoir si on a une suspicion d'infection ou pas », « Si ça peut éviter un ECBU pour rien » (Docteur O)

Nous étions donc face à des **médecins généralistes convaincus** de l'utilité de la BU face à une suspicion de cystite aiguë simple, **sans mise en pratique** :

« Je suis convaincu mais je ne mets pas forcément en pratique mes convictions » (Docteur S)

5.1.3 LES FREINS A L'UTILISATION DE LA BU

Quel que soit le profil des médecins généralistes vis-à-vis de la BU – utilisateur ou non – beaucoup d'entre eux exprimaient des difficultés dans sa réalisation pratique.

5.1.3.1 Le manque de temps

Il constituait l'un des principaux freins à l'utilisation de la BU. Le problème du retard dans le flux de consultations était également cité.

« C'est plus un manque de temps qu'autre chose. » (Docteur H)

« Des fois c'est moi qui n'ai pas le temps » (Docteur A)

5.1.3.2 Le recueil urinaire difficile

Le recueil urinaire nécessaire à la réalisation d'une BU n'était pas toujours facile en pratique. Les médecins interrogés expliquaient que, souvent, les patientes n'ont **pas envie d'uriner** au moment où on le souhaiterait :

« Les limites que j'ai c'est souvent : avez-vous envie d'uriner ? Non je viens d'y aller » (Docteur K)

De plus, la démarche de réalisation semblait lourde et chronophage : les patientes doivent quitter le bureau de consultation, aller aux toilettes faire le recueil, puis revenir auprès du médecin pour, enfin, faire la BU. Le manque de fluidité dans la réalisation du recueil semblait gêner beaucoup de médecins généralistes.

« Faire une bandelette urinaire, ça veut dire interrompre complètement la consultation. (...) la patiente ressort, doit faire sa bandelette urinaire, revenir et ça, c'est quelque chose qui parasite la fluidité de la consultation. » (Docteur C)

5.1.3.3 Le coût

Les BU étaient jugées **trop chères**. Certains déplorait le fait qu'elles ne soient pas remboursées par la Sécurité Sociale.

*« Je trouve ça hyper cher », « C'est quand même le prix qui m'a retenu »
(Docteur J)*

« C'est pas remboursé », « ça représente un coût aussi » (Docteur K)

Rappelons que l'achat des BU est à la charge du médecin généraliste. Cette **démarche d'achat** semblait parfois **problématique** :

« Si on veut avoir des bandelettes urinaires il faut les acheter », « Là, pour avoir des bandelettes, il faut aller à la pharmacie, il faut qu'il y en ait un qui veuille bien y aller » (Docteur S)

« Si une fois au domicile il faut se pencher sur le catalogue », « Dans quel catalogue on trouve ça ? », « Je sais même pas où on trouve ça. » (Docteur O)

5.1.3.4 Le gaspillage

« On en jette beaucoup. » (Docteur E)

Ce gaspillage était, selon les médecins interrogés, secondaire à un **conditionnement inadapté** :

« Le conditionnement est pas adapté en Médecine Générale. » (Docteur L)

« Je pense que les boîtes... enfin elles me paraissent énormes. » (Docteur S)

Et à des **durées de péremption trop courte** :

« Ce qui gêne c'est que souvent la date de péremption est très courte. »

(Docteur A)

5.1.3.5 Le manque d'habitude

Cet argument était d'avantage opposé par les médecins généralistes n'ayant pas recours à la BU et, notamment, ceux pour qui son utilisation ne faisait pas partie de leur formation ou de leur pratique initiale. Un des médecins interrogés a utilisé l'expression de *« rouleau compresseur des habitudes » (Docteur J)*, riche de sens.

« Je dirais avant tout, c'est le manque d'habitude », « Je n'ai pas pris cette habitude, donc j'y pense pas, donc je le fais pas », « Ça n'a pas été dans ma pratique au départ et je ne l'ai pas intégré dans ma pratique ensuite. » (Docteur O)

5.1.3.6 Des doutes sur la fiabilité de la BU

Les médecins interrogés exprimaient des doutes sur la fiabilité des résultats de la BU :

« Je me pose des questions sur la fiabilité des bandelettes », « Ça m'est arrivé plusieurs fois d'avoir des bandelettes complètement négatives et la patiente revient au bout de quelques jours avec des signes fonctionnels persistants » (Docteur K)

D'ailleurs, ils expliquaient que quand les résultats de la BU n'étaient pas concordant avec la clinique, ils préféraient ne pas les prendre en compte.

« La bandelette... même s'il n'y a pas de leuco et pas de nitrites, je me dis : c'est quand même symptomatique et typique donc je vais forcément être plus... et traiter » (Docteur H)

5.1.3.7 Des patientes peu convaincues

Les pratiques des médecins généralistes semblaient influencées par l'attitude des patientes. Ils expliquaient que l'automédication était fréquente et que les patientes avaient tendance, dès qu'elles le pouvaient, à prendre d'elle-même un antibiotique face à des signes fonctionnels urinaires :

« En général, les femmes qui font beaucoup d'infections urinaires, elles se jettent sur le premier sachet de MONURIL qui traîne dans le placard. »
(Docteur G)

Ils précisaient qu'il était déjà difficile de différer le traitement antibiotique après réalisation d'un ECBU, ce qui pouvait laisser supposer qu'il en serait de même avec une BU :

« Déjà des fois quand on leur dit : il faudrait faire l'ECBU avant de prendre l'antibiotique, euh c'est déjà compliqué. » (Docteur H)

Un médecin nous a également confié avoir la sensation que les femmes n'étaient pas convaincues de l'utilité même de la consultation médicale pour une cystite aiguë simple :

« Les femmes qui font des cystites non compliquées viennent chercher une ordonnance », « Souvent on a l'impression qu'elles viennent et qu'elles se demandent pourquoi elles sont là quand même », « Le chèque de 25 euros est déjà prêt, elles savent qu'elles doivent passer par là, je suis pas sûr que notre aura de médecin soit très gagnante après cette consultation » (Docteur N)

5.1.3.8 Des difficultés de fonctionnement de la Médecine Générale

L'analyse des entretiens menés auprès des médecins généralistes a soulevé une problématique, semble-t-il, plus profonde dans le fonctionnement de la Médecine Générale actuelle.

Les médecins expliquaient souffrir d'une **charge de travail importante** :

« Il y a une surcharge de travail » (Docteur C)

Secondaire à une sous médicalisation et donc à un isolement professionnel :

« On est sous-médicalisé dans notre région, ça devient problématique » (Docteur C)

« Il y a tellement de médecins isolés » (Docteur I)

Cette sous médicalisation était, selon un des médecins, la conséquence de charges trop élevées en Médecine Générale :

« La principale raison pour laquelle il n'y a plus de médecins généralistes (...) c'est les charges ! » (Docteur F)

Un médecin expliquait que la charge de travail était également alourdie par une mauvaise utilisation du réseau de soins primaires et par l'existence de consultations qu'il considérait comme inutiles :

« On a assez de médecins (...) par contre on utilise mal les compétences des infirmières, des aides-soignantes libérales... », « Ce qui me rend toujours dubitatif c'est de voir à quel point on délègue à l'hôpital et qu'on délègue plus une fois qu'on sort de l'hôpital », « On a quand même des consultations inutiles » (Docteur N)

Parallèlement à ces difficultés pratiques, les médecins interrogés ont également évoqué des **difficultés dans le fonctionnement de leur formation théorique** :

« La formation médicale continue des médecins, qui est un serpent de mer depuis des années », « Le système de formation médicale continue n'est pas du tout adapté » « Quand vous allez en formation vous perdez de l'argent », « Il y a un problème dans la formation » (Docteur C)

Par leurs propos, certains médecins exprimaient une certaine **nostalgie du passé** :

« Faut voir ce qu'on faisait avant, (...) on faisait tout ! », « On avait l'esprit plus libre », « Le temps avait moins d'importance avant », « Avant, on avait pas de problème de gestion d'argent. » (Docteur F)

D'autres pensaient que le fonctionnement actuel de la Médecine Générale était vieillissant et qu'un **changement était en train de s'opérer** :

« On est, à mes yeux, dans un mode de fonctionnement qui est à l'ancienne », « Là, on est dans une mutation et je pense qu'elle va vers le bon sens » (Docteur C)

5.2 FACILITER ET FAVORISER L'UTILISATION DE LA BU

5.2.1 FACILITER LE RECUEIL URINAIRE

5.2.1.1 Anticiper sa réalisation

Dans l'hypothèse où le recueil urinaire serait réalisé au cabinet, les médecins interrogés proposaient de donner pour **consigne à la patiente**, avant la consultation, de **venir « vessie pleine »** :

« Essayer de les éduquer en leur disant de venir vessie pleine » (Docteur K)

Ils proposaient que cette consigne soit donnée soit au moment de la **prise de rendez-vous**, soit **le jour de la consultation**, par la **secrétaire** :

« Anticiper au niveau du secrétariat au moment de la prise de rendez-vous. Peut-être de dire aux patients de ne pas venir vessie vide. Leur dire qu'on va faire une bandelette urinaire » (Docteur A)

« Quand elles viennent pour ça, qu'elles le disent à l'accueil que c'est pour une cystite, qu'éventuellement la secrétaire leur disent : si vous avez envie d'uriner, dites-le nous, parce que comme ça on pourrait prendre un petit pot d'urines » (Docteur H)

Cette démarche impliquerait, pour la secrétaire, de **connaître le motif de consultation**. Or, ce n'est pas souvent le cas en pratique courante. Cependant, concernant les cystites, les médecins expliquaient que généralement les patientes évoquent leurs symptômes spontanément :

« Les secrétaires ne sont pas toujours au courant des motifs de consultation. On peut les sensibiliser à ça » (Docteur A)

« Après souvent, quand c'est une infection urinaire elle le dise ! » (Docteur B)

Un médecin expliquait que ce **recueil** pouvait aussi être **réalisé par la patiente au domicile** avant la consultation médicale :

« Il y a une suspicion d'infection urinaire (...) ils prennent rendez-vous, (...) ils amènent leur flacon » (Docteur O)

5.2.1.2 Avoir un espace de travail adapté

Avoir des **toilettes** directement **au sein du bureau** de consultation ou y avoir accès en toute discrétion pourraient faciliter la réalisation du recueil urinaire :

« Il faudrait qu'on ait un cabinet de toilette dans un coin du bureau. (...) Ou un petit box, ou un petit truc où il se déshabille discrètement pour faire pipi. » « Faut pas que le patient ait à ressortir du bureau. » (Docteur F)

5.2.1.3 Avoir du matériel disponible facilement

Ils demandaient que les **flacons de recueil** soient **plus facilement disponibles** : donnés par le laboratoire ou envoyés directement au cabinet par la Sécurité Sociale.

« Les flacons pour le recueil ne nous coûtent rien car c'est le labo qui nous les donne » (Docteur G)

« Je recevrais un carton avec plein de petits pots et des bandelettes, je dirais peut-être : bah écoutez, essayez d'aller aux toilettes. » « Ça serait très bien de faire une caisse avec des flacons. » (Docteur O)

5.2.1.4 Faire patienter

Quand les patientes n'ont pas envie d'uriner au moment voulu, des médecins proposaient simplement de faire attendre les patientes :

« Je leur dis : si vous avez le temps, si je vous donne un verre à boire ou deux verres, on peut attendre un petit peu etc. » (Docteur A)

5.2.1.5 Mettre à profit le temps nécessaire au recueil

Des médecins généralistes, utilisant la BU, expliquaient comment ils utilisaient le temps nécessaire pour réaliser le recueil urinaire :

« Elles vont faire la bandelette, on prend quelqu'un en attendant ou on fait des papiers, on passe la carte vitale et elles reviennent » (Docteur A)

« Pendant le temps où elles sont aux toilettes je prépare l'ordonnance » (Docteur G)

« Je fais l'observation pendant qu'elle y est. Comme ça tout est préparé pendant qu'elle est aux toilettes » (Docteur I)

5.2.2 DELEGUER LA REALISATON DE LA BU

« C'est un acte qu'il faut sortir des cabinets médicaux. » (Docteur N)

« Il faut déléguer » (Docteur C)

5.2.2.1 Le modèle hospitalier

L'hôpital était cité en exemple : la BU étant la plupart du temps **réalisée par les professionnels paramédicaux**. Principe semblant séduire plusieurs médecins interrogés :

« Aux urgences, pour le coup c'est même pas nous qui les faisons les bandelettes : on va voir le patient et la bandelette est déjà faite » (Docteur H)

« Je pense que c'est plus facile dans les structures hospitalières ou dans des structures où il y a des gens qui vont organiser tout ça parce que c'est un geste qui est délégué ça. C'est délégué à l'infirmière des choses dans ce genre », « Pourquoi ça marche dans les hôpitaux ? Parce qu'il y a plusieurs professionnels » (Docteur C)

5.2.2.2 Des avis partagés

Cette idée de déléguer la réalisation de la BU ne faisait pas l'unanimité, certains médecins préférant **réaliser eux-mêmes cet examen au cabinet** :

« Moi je préfère la faire moi-même » (Docteur E)

Pour défendre ce point de vue, leurs arguments étaient variés :

- Ils évoquaient une certaine logique dans la façon dont se pratique la médecine :

« Logiquement, c'est la continuité de la consultation donc, par définition, ça devrait être au cabinet » (Docteur C)

- Ils estimaient que le but de cet examen était d'avoir un résultat immédiat et que de déléguer pouvait faire perdre du temps :

« C'est plus pratique quand même, on a le résultat tout de suite » (Docteur D)

« On ne va pas la faire aller ailleurs (...) ça fait perdre du temps à tout le monde !

Donc le mieux c'est ici » (Docteur B)

- Ils voulaient être sûrs que la BU soit réalisée de façon correcte :

« C'est moi qui le fais, au moins j'ai pas de doute sur la manière dont c'est fait » (Docteur R)

- Ils étaient soucieux de « garder la médecine au médecin » (Docteur F), au risque de voir se développer des dérives de pratique :

« Chacun son boulot », « Si on continue comme ça, les généralistes on fera plus que des ordonnances. », « On deviendra juste des prescripteurs » (Docteur F)

« Je pense que si on commence à ouvrir ça on va en faire des milliers », « Les gens vont faire des bandelettes urinaires en veux-tu en voilà », « Si c'est des bandelettes qui sont faites ailleurs en libre-service, je pense qu'on va en faire beaucoup » (Docteur R)

5.2.2.3 Réalisation par la patiente

Les médecins généralistes interrogés expliquaient qu'ils leur arrivaient déjà de prescrire des **BU à faire à domicile par les patientes** mais seulement en cas de **cystites répétées** :

« On peut prescrire des bandelettes pour des femmes qui les font chez elle. Ça, ça peut arriver quand on a des cystites à répétition. », « Je vais prescrire : faire des bandelettes urinaires à domicile » (Docteur C)

L'un d'entre eux, précisait qu'il y avait aussi des **patientes-soignantes** qui avaient le réflexe de réaliser une BU chez elles en cas de signes fonctionnels urinaires :

« Les seules qui ont des bandelettes à domicile, j'ai quelques cas, des patientes qui travaillent au laboratoire et quelques infirmières qui, elles, ont le réflexe bandelette » (Docteur G)

L'idée d'étendre ce principe à toutes les femmes suspectes de cystites aiguës simples était proposée : les **patientes poseraient** alors seules **l'indication de la BU**, **réaliseraient cet examen** à domicile et **consulteraient** seulement **en cas de BU positive**.

« Moi je pense que c'est à faire par les gens », « Il y a une suspicion d'infection urinaire, le matin quand ils vont aux toilettes ça brûle, bon bah ils font le test », « Ils font le test et ils prennent rendez-vous », « C'est positif : je vais chez le médecin » (Docteur O)

L'applicabilité de ce principe était cependant débattue. Certains médecins émettaient des doutes sur les capacités cognitives des patientes à réaliser seule la BU, alors que d'autres n'en avaient pas :

« Ils sont pas bêtes quand même ! », « Ils font bien leur test de grossesse chez eux, qu'ils savent très bien interpréter donc je vois pas pourquoi ils sauraient pas interpréter un test urinaire. » (Docteur O)

« On peut faire ça avec des gens qui sont entre guillemet cortiqués. », « Ça s'adresse à des patientes qui sont capables de comprendre ce qu'on leur demande, capable de les réaliser » (Docteur C)

Sur le plan pratique, les médecins pourraient expliquer aux patientes comment réaliser un recueil urinaire et une BU de façon correcte :

« Je leur explique comment on fait le recueil, comment on plonge la bandelette, comment on fait la lecture » (Docteur C)

Par ailleurs, les médecins ont soulevé deux problèmes à résoudre afin de pouvoir déléguer cet examen aux patientes :

- Premièrement, un **problème de conditionnement** qui, en l'état actuel, entrainerait un gaspillage important de BU. Ils proposaient que les BU soient délivrées en **sachet unique** :

« Si les labos pouvaient faire des bandelettes en sachet individuel, avec sur l'emballage les couleurs. On donne le sachet à la patiente et elle le fait chez elle, pourquoi pas ! », « Des trucs individuels ça serait bien. On est sûr que ça reste propre si on le donne à la patiente » (Docteur B)

- Secondairement, un **problème de coût** des BU. Ils estimaient que les patientes refuseraient d'acheter du matériel et suggéraient donc qu'il soit **remboursé** par la Sécurité Sociale :

« Que ce soit remboursé pour le patient » (Docteur B)

5.2.2.4 Réalisation par l'infirmière libérale

« Faudrait qu'elle soit faite (...) chez une infirmière » (Docteur F)

Cette délégation à l'infirmière libérale soulevait toutefois un problème de disponibilité de celle-ci dont l'activité se fait principalement au domicile des patients et très peu au cabinet infirmier :

« Je pense pas qu'on ait des infirmières disponibles tout le temps pour ça »

(Docteur E)

« Elles font que du domicile », « Elles font pas d'astreinte au cabinet » (Docteur H)

Ainsi, les médecins estimaient que ce principe de fonctionnement serait plus facilement applicable au sein de **structures pluridisciplinaires** où l'infirmière aurait une activité exclusive au cabinet :

« Peut-être que dans des structures médicales, type maison médicale où il y a des infirmières qui participent, je pense que ça peut avoir éventuellement un intérêt. », « On va mutualiser le personnel, y compris une infirmière si elle est là. »

(Docteur C)

Un médecin citait l'exemple des infirmières dites « ASALEE » (Action de Santé Libérale en Equipe).

« C'est peut-être plus simple si c'est une infirmière ASALEE » (Docteur I)

Il s'agit d'un protocole créé en 2003 consistant à faire travailler en équipe un médecin généraliste et une infirmière libérale au sein du cabinet du praticien. Leur action commune vise à améliorer la prise en charge de pathologies à fort enjeu de santé publique (diabète, BPCO...). Un certain nombre d'actes est délégué à l'infirmière libérale.

D'autres médecins pensaient qu'il n'était pas nécessaire de travailler au sein de la même structure mais au moins à **proximité** afin de pouvoir **communiquer facilement** :

« Les infirmières sont pas loin, à 20 mètres du cabinet », « On se voit tous les jours, on peut faire un briefing au café. Ça peut-être possible d'organiser quelque chose. » (Docteur D)

Cette proposition soulevait un autre problème : celui de la **cotation d'acte**.

« C'est le problème de la cotation » (Docteur I)

Les médecins étaient conscients de la nécessité de créer une cotation d'acte infirmier concernant la réalisation de la BU, ce qui remettait d'ailleurs en question la rentabilité économique d'une telle organisation

« Ça serait compliqué au niveau de la Sécurité Sociale parce qu'il faudrait coter pas mal d'actes plus les kilomètres », « Au niveau économique c'est zéro » (Docteur E)

D'autre part, certains médecins émettaient des doutes quant à l'acceptabilité de ce principe par les infirmières libérales :

« Je suis pas sûr que les infirmières acceptent » (Docteur R)

5.2.2.5 Réalisation par le pharmacien

« Le pharmacien pourrait le faire » (Docteur E)

Cette proposition semblait séduire de nombreux médecins généralistes. Le gros avantage soulevé était la **disponibilité** des pharmacies :

« La pharmacie elle est ouverte toute la journée » (Docteur M)

Les horaires d'ouverture larges, le système de garde les week-ends et jours fériés étaient donc des atouts importants : possibilité de réaliser une BU à n'importe quel moment.

Sur le plan pratique, les médecins étaient conscients de la nécessité d'avoir des **toilettes accessibles au public** afin de réaliser le recueil urinaire sur place :

« C'est envisageable mais il faut que la pharmacie soit un petit peu équipée pour ça aussi », « Il faut qu'il y ait des toilettes accessibles au public »

(Docteur K)

« Il y a des toilettes dans toutes les pharmacies » (Docteur N)

Les médecins proposaient que la BU soit réalisée par le pharmacien :

- **Soit avant toute consultation médicale** : le pharmacien poserait donc seul l'indication de la BU face à des femmes ayant des signes fonctionnels urinaires sans critère de gravité et se présentant spontanément à lui. En cas de BU positive, il adresserait la patiente au médecin généraliste afin qu'il poursuive la prise en charge.

« Je pense que ça serait à eux de poser l'indication, sans nous le dire », « Ils pourraient orienter vers la maison médicale ou le médecin traitant », « Si c'est négatif : rien, si c'est positif, ils envoient vers nous » (Docteur E)

Un médecin proposait même l'établissement d'un *« arbre décisionnel validé par des urologues ou par la Société Française d'Urologie » (Docteur N)* afin d'aider les pharmaciens dans la prise en charge diagnostique des cystites. Son engouement pour ce principe de délégation au pharmacien l'a même amené à imaginer de nouvelles recommandations de prise en charge des cystites aiguës simples :

« Les gars ils éditent un truc comme quoi il y a une recommandation 2019 qui est : face à des signes fonctionnels urinaires, en première intention, bandelette chez le pharmacien » (Docteur N)

- **Soit après la consultation médicale**, *« au moment où les patients viennent chercher leurs médicaments » (Docteur H)* : dans ce cas, le médecin généraliste établirait une ordonnance d'antibiotique avec une délivrance conditionnelle :

« Mettre sur l'ordonnance : bandelette urinaire à faire chez pharmacien, et l'antibiotique à délivrer si c'est positif » (Docteur E)

Une fois de plus, le problème financier était évoqué. Les médecins étaient partagés sur la possibilité qu'un tel acte puisse être gratuit :

« Ils vont pas le faire gratuitement » (Docteur H)

« En pharmacie, je pense que ça serait probablement gratuit » (Docteur M)

De même que pour les infirmières libérales, certains médecins émettaient des doutes quant à l'acceptabilité de ce principe par les pharmaciens :

« Les pharmaciens, c'est pas leur boulot. Ils ont autre chose à faire que de mettre les mains dans le pipi des patients » (Docteur B)

5.2.2.6 Réalisation par la Secrétaire

« Ça peut-être la secrétaire. » (Docteur C)

Les conditions nécessaires à cette délégation étaient les suivantes :

- Il faudrait que la secrétaire soit **présente sur place**, qu'elle soit **d'accord** et qu'elle **ait le temps** de réaliser cet examen :

« Si on avait une secrétaire présente au cabinet et qui serait ok et qui aurait le temps ça serait vraiment bien » (Docteur E)

- Il faudrait qu'elle bénéficie d'une « **formation** » afin de le réaliser convenablement : « *ça impliquerait une formation des secrétaires* » (Docteur R)

« La formation que le médecin va donner (...), on leur dit comment on réalise une bandelette urinaire, le recueil des urines » (Docteur C)

D'un point de vue pratique, les médecins proposaient que la secrétaire intervienne pour réaliser la BU **au moment de la consultation médicale** :

« Au moment de la consultation, on demande à la secrétaire si besoin de faire la bandelette urinaire » (Docteur I)

Par ailleurs, comme nous l'avons vu plus haut, dans l'hypothèse où le recueil pourrait être anticipé par la secrétaire dès la prise de rendez-vous ou dès l'arrivée de la patiente pour la consultation médicale, elle pourrait également réaliser la BU de sa propre initiative une fois le recueil fait :

« Mettre sur le planning : BU à l'arrivée », « La secrétaire (...) fait la bandelette dès le début de la consultation » (Docteur I)

Notons cependant que ce principe de délégation à la secrétaire ne faisait, là-encore, pas l'unanimité parmi les médecins interrogés.

« Clairement, elles ont pas le temps ! » (Docteur H)

*« Je pense qu'il faut une qualification soignante quand même pour le faire »
(Docteur I)*

5.2.2.7 Réalisation par le Laboratoire

« Faudrait qu'elle soit faite au laboratoire » (Docteur F)

Les médecins proposaient que la BU soit réalisée au laboratoire **après consultation médicale** :

« Idéalement, une consultation avant où on délivre une ordonnance avec la condition de faire la BU au labo avant de prendre l'antibiotique » (Docteur H)

La **proximité** et la **disponibilité** du laboratoire étaient deux éléments importants garants de l'applicabilité de ce principe.

Un médecin citait l'exemple d'un cabinet de Médecine Générale où *« ils ont le labo en dessous (...), du coup quand ils demandent une bandelette, les gens descendent au labo et remontent quand c'est fait » (Docteur I).*

Alors qu'un autre médecin exerçant en campagne expliquait que le laboratoire était beaucoup trop loin pour permettre cette délégation :

« Le premier labo étant à une quinzaine de kilomètres... déjà des patients sont très réticents à y aller donc pareil je pense que là ça passerait pas »

(Docteur R)

Par ailleurs, un médecin déplorait le fait que *« le laboratoire le plus proche, il ne fait les prélèvements que le matin » (Docteur H)*, ce qui pouvait rendre difficile la délégation de la BU.

5.2.3 VALORISER FINANCIEREMENT L'UTILISATION DE LA BU

Les médecins interrogés semblaient convaincus qu'une telle mesure pourrait conduire à un changement de pratique vis-à-vis de la BU :

« Il faut plus inciter qu'être répressif », « Pour beaucoup de médecins, le côté financier (...) est en avant » (Docteur I)

5.2.3.1 Créer une cotation d'acte

Afin de valoriser la réalisation de la BU et rendre la perte de matériel plus acceptable pour le médecin qui l'achète :

« Qu'elles soient cotées : une consultation plus une bandelette urinaire », « 1 ou 2 euros, pas grand-chose ! », « Coter les bandelettes et je pense que tous les médecins en feront » « Si il y avait une cotation, je renouvellerais plus facilement mon stock », « si j'en jette, la cotation de l'acte ferait que ça me paye mes bandelettes » (Docteur B)

5.2.3.2 Permettre une prise en charge par l'assurance maladie

L'idée d'un **remboursement des BU** par la Sécurité Sociale a également été proposée, mais plutôt dans l'hypothèse où l'indication et la réalisation seraient déléguées aux patientes :

« C'est remboursé par la Sécu ou c'est pris en charge par la Sécu », « Je vois pas pourquoi, puisque c'est jugé intéressant pour la santé, pourquoi ça serait refusé en remboursement » (Docteur O)

La **gratuité** des BU a également été suggérée en s'appuyant sur l'exemple des TDR (Test de Diagnostic Rapide) des angines.

« La Sécu nous fournit bien les strepto-tests gratuitement, alors pourquoi pas les bandelettes ? » (Docteur K)

5.2.3.3 Intégrer la réalisation de la BU dans les objectifs de la ROSP

« Pourquoi ça rentrerait pas dans notre ROSP en disant : vous avez fait combien de bandelettes urinaires ? » (Docteur C)

« Si il pouvait y avoir quelque chose dans la ROSP : faites plus de bandelettes, moins d'ECBU » (Docteur E)

5.2.4 LIMITER LE GASPILLAGE

5.2.4.1 Modifier le conditionnement des BU

Ils suggéraient que **les boîtes contiennent moins de BU** afin d'éviter le déconditionnement et la perte de matériel. Pour eux, des boîtes contenant entre **5 et 50 BU** seraient plus adaptées à leur utilisation.

« Il faudrait des boîtes plus petites pour éviter de déconditionner », « Des kits avec pas plus de 20 bandelettes pour être plus adaptés aux médecins généralistes, pour éviter les pertes. », « Plus petit conditionnement pour éviter les problèmes de péremption » (Docteur L)

Un médecin expliquait que la quantité de BU nécessaire en pratique pouvait varier d'un médecin à l'autre selon son type d'activité et de patientèle. Il suggérait donc de proposer des boîtes de tailles différentes afin que chacun choisisse la quantité la plus adaptée à sa pratique.

*« Après ça va dépendre du type d'activité (...) du profil du médecin »,
« Femme-médecin qui a plutôt une activité (...) gynéco-pédiatrique : oui, elle aura peut-être plutôt besoin de 50 », « C'est profil-dépendant du médecin »
(Docteur C)*

Ils proposaient également de créer des **BU en emballage individuel**, à l'image des bandelettes utilisées pour le TDR des angines ou encore des tests urinaires de grossesse :

« Pourquoi pas les faire en unidose, une bandelette par sachet et qu'on ouvre une bandelette par une bandelette », « Un peu comme les TDR pour les angines », « Il y aurait moins de perte liée à la péremption », « le même format de boîte mais avec des sachets unidoses à l'intérieur » (Docteur G)

« Comme les tests pipi pour les grossesses » (Docteur N)

5.2.4.2 Allonger les durées de péremption

Beaucoup de médecins étaient désireux d'avoir des **durées de péremption plus longues**, entre 1 et 5 ans.

« Si les durées de péremption étaient beaucoup plus longues ça serait bien »

(Docteur G)

5.2.4.3 Partager le matériel

Également considérée comme une stratégie intéressante afin de limiter la perte de matériel, ce fonctionnement était d'ailleurs **déjà observé chez les médecins exerçant en groupe.**

*« Je sais que mon collègue en a et on pioche régulièrement dans son stock »,
« Nous on est en groupe donc voilà, je sais que mon collègue a acheté une
boite », « Une boite, si on les utilisait systématiquement, effectivement on en
perdrait pas, on pourrait tout utiliser parce qu'on est sept » (Docteur H)*

Certains d'entre eux ont soulevé un problème pratique dans le partage des bandelettes : celui de ne pas avoir de contenant adapté pour ce partage, ce qui risquait d'engendrer des déconditionnements et des erreurs concernant la péremption.

*« Le souci c'est qu'on a gardé une ancienne boite pour avoir l'échelle de
couleur et du coup la date de péremption correspond pas aux bandelettes à
l'intérieur. En fait je sais même pas si elles sont encore bonnes celles que j'ai
là ! » (Docteur K)*

5.2.4.4 Améliorer la gestion des stocks

Les médecins interrogés étaient sensibles à la gestion du stock de matériel du cabinet. Ils semblaient conscients de l'importance d'en vérifier régulièrement le contenu et les dates de péremption.

« Il faudrait qu'on vérifie régulièrement les dates », « Il faut juste qu'on soit vigilant et qu'on vérifie » (Docteur A)

Certains suggéraient de créer un système d'alarme informatique pour alerter dès que le délai de péremption était dépassé, d'autres d'acheter le matériel progressivement ou encore de dater les boîtes de BU après ouverture pour avoir un meilleur visuel sur la péremption.

5.2.5 FACILITER L'ACCES AUX BU

« Que ce soit facile d'accès » (Docteur S)

Lors des entretiens, beaucoup de médecins ont exprimé le simple fait **qu'avoir des BU sous la main pourrait les motiver à en réaliser.**

« Si la boîte était là, j'en ferais plus souvent », « Si je l'avais là sous la main je pense que j'en ferais ! », « J'y penserais plus facilement en l'ayant sous les yeux » (Docteur E)

Comme pour les kits de dépistage du cancer colorectal : la **réception du matériel au cabinet** permettrait de créer une nouvelle habitude de pratique et de motiver à la réalisation d'une BU :

« Le dépistage du cancer colo-rectal, ça s'est intégré très vite. Alors peut-être parce qu'ils m'envoient le matériel », « Je recevrais un carton avec plein de petits pots et des bandelettes, je dirais peut-être : bah écoutez, essayez d'aller aux toilettes... » (Docteur O)

Les médecins ont, là-encore, pris en **exemple les TDR des angines** délivrés par la Sécurité Sociale et envoyés directement au cabinet du praticien après commande sur internet. Ils pensaient que ce fonctionnement pouvait également s'appliquer aux BU :

« Si c'était délivré par la sécu au même titre que les strepto-tests ou autre, peut-être que ça en inciterait un peu plus » (Docteur R)

« On les commande sur AMELI », « C'est pas très compliqué, ça se fait en ligne et en 30 secondes » (Docteur S)

5.2.6 AMELIORER LA FORMATION MEDICALE DES MEDECINS

5.2.6.1 Formation Médicale Initiale

Au fil des entretiens, nous avons rencontré des médecins dont la formation initiale était différente concernant l'usage de la BU :

- Certains avaient, à ce moment, appris à utiliser la BU :

« Au cours de nos stages on est amené à en faire pas mal de fois donc je pense que ça, ça doit jouer beaucoup aussi » (Docteur R)

- Alors que d'autres non :

« C'est vrai que la bandelette bah on a pas été appris comme ça », « C'était pas en Médecine Générale, c'était pas en médecine courante donc... »

(Docteur O)

Ainsi, il semblait que les médecins ayant acquis, durant leur formation initiale, l'usage de la BU, gardaient ensuite cette habitude de pratique :

« C'est un peu un examen limite réflexe », « Je pense qu'on y a plus facilement recours en y étant habitué » (Docteur R)

*« Des bandelettes j'en ai toujours fais », « j'ai gardé l'habitude hospitalière »
(Docteur G)*

Un médecin émettait l'hypothèse d'un **problème générationnel** concernant l'utilisation de la BU :

« Je pense que c'est un problème de génération », « On a pas connu les anciennes reco où il y avait pas de bandelette », « Je pense que la génération qui va arriver va avoir la bandelette beaucoup plus facile », « La formation est différente », « On a appris des choses différentes à la base donc je pense que c'est juste ça » (Docteur I)

5.2.6.2 Formation Médicale Continue

Les médecins interrogés exprimaient, d'une manière générale, un besoin de se former, poussés par la curiosité scientifique et le souci de dispenser une médecine de qualité aux patients.

« J'ai besoin d'aller à l'école régulièrement. » (Docteur D)

« C'est la curiosité qui doit nous pousser », « La formation, on a une obligation morale » (Docteur C)

Concernant la BU et la prise en charge diagnostique des cystites aiguës simples, les médecins souhaitent que les thèmes suivants soient abordés en formation :

- **Rappels des principales recommandations :**

« Toutes les recommandations 2014 sur les antibio urinaires » (Docteur A)

« Refaire un point sur les cystites et l'indication des bandelettes » (Docteur E)

- **Informations sur l'évolution de l'écologie bactérienne et antibiotique :**

« Il faut les sensibiliser à l'écologie bactérienne, antibiotique » (Docteur A)

Informations concernant l'utilité et la fiabilité des BU :

« Si on me démontre par A+B et d'une façon cartésienne pourquoi pas »

(Docteur D)

« Ça serait intéressant de voir un peu quel est le diagnostic avant et quel est le diagnostic après. Et en pratique courante, de combien est l'erreur avec des cystalgies » (Docteur O)

Les formats de formation proposés étaient variés :

- Les groupes de pairs étaient plébiscités par un grand nombre de médecins :

« Une des meilleures formations médicales continue, pour améliorer les pratiques, c'est les groupes de pairs », « quand on se retrouve à 10 entre nous

(...) ça aide à réfléchir » (Docteur I)

« Un partage d'activité, d'expériences » (Docteur C)

- « Des réunions hospitalières » (Docteur A)

- La participation à la formation des internes : un des médecins interrogés a confié à l'étudiant qu'en « *venant là pour une thèse* » (Docteur E), cela sensibilisait déjà au sujet traité. Un autre médecin exposait les avantages d'être maître de stage auprès des internes de Médecine Générale et des externes :

« Avoir toujours des internes et des externes qui nous bombardent de recommandations ça aide », « Obligatoirement, vous nous apportez les reco », « Ça m'a fait changer certaines pratiques », « J'ai pris des internes pour casser cette routine » (Docteur G)

- Les visites des délégués de l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes :

« Il y a aussi la déléguée de l'Assurance Maladie qui peut venir en parler plus souvent pour sensibiliser les médecins » (Docteur M)

- Les courriers envoyés par la HAS (Haute Autorité de Santé) :

« Les recos par courrier envoyées par la HAS sont très bien faites, on les lit facilement. », « Quand c'est court, clair, synthétique, sur une page recto-verso. Dès que c'est court ça passe » (Docteur G)

5.2.7 SENSIBILISER LES PATIENTES A L'USAGE DE LA BU

« Il faudrait faire tout un travail en amont effectivement. Un travail d'éducation des patientes » (Docteur M)

Nous avons vu précédemment que le recueil urinaire pouvait être facilité par une consigne simple : venir vessie pleine, donnée par la secrétaire ou le médecin généraliste, ce qui constituait déjà une approche éducative.

Par ailleurs, l'éducation intervenait aussi quand les médecins proposaient de déléguer la réalisation de la BU à la patiente : ils proposaient de leur expliquer les principes de réalisation d'une BU.

Certains médecins voyaient aussi en cette démarche d'éducation un moyen de **limiter la prescription excessive d'antibiotiques** et de **changer leurs habitudes de pratique** :

« Pour éviter justement que la femme vienne se plaindre ou demande systématiquement un antibiotique » (Docteur C)

« Et du coup elles sensibilisent leur médecin en retour » (Docteur B)

Cette éducation des patientes, consistant à **informer de l'existence et de l'utilité de réaliser une BU** face à une suspicion de cystite aiguë simple, serait à dispenser par le **médecin généraliste** au cours d'une consultation :

« Il faudrait que, nous médecin, prenions le temps de leur expliquer l'intérêt de réaliser une bandelette, comment ça se réalise et à quel moment », « C'est à nous d'éduquer les patientes au cours d'une consultation » (Docteur G)

L'intervention des **pouvoirs publics** et de la **presse** était également plébiscitée :

« Je pense que c'est plus quelque chose (...) qui relèverait des pouvoirs publics », « Du médecin bien-sûr mais aussi des pouvoirs publics », « Par exemple, pour le test hemocult il y a de la publicité, et bien là on pourrait faire la même chose », « Des publicités à la télé, à la radio, dans les journaux etc... »

(Docteur M)

Un médecin proposait d'impliquer aussi le **pharmacien** dans cette démarche éducative :

« Ou dans les pharmacies. Les femmes qui vont souvent chercher FOSFOMYCINE ou des trucs comme ça, c'est vrai que ça pourrait être bien de les informer de la nécessité de faire une bandelette » (Docteur K)

5.2.8 REORGANISER LE FONCTIONNEMENT DE LA MEDECINE GENERALE

« Il faut revoir le système de la médecine en France » (Docteur C)

Nous avons vu que les médecins interrogés ont soulevé plusieurs problèmes dans le fonctionnement de la Médecine Générale actuel. Un médecin pensait qu'on pouvait *« faire un meilleur travail que ce qui est fait actuellement » (Docteur N)*.

Tout d'abord, la **levée de l'isolement** des médecins généralistes semblait importante pour plusieurs d'entre eux :

« Faut que ceux qui sont isolés ne le soient plus » (Docteur I)

Pour cela, le principe du **regroupement physique** était proposé :

« Faut construire des maisons médicales et faut se regrouper », « Il faut plus aider au travail en pôle de santé, en maison de santé, c'est l'avenir », « La pluridisciplinarité facilite la communication entre les professionnels » (Docteur I)

Le but étant de pouvoir facilement communiquer et échanger entre confrères, critiquer certaines prises en charge et donc améliorer ses pratiques :

*« Quelque chose qui améliore les pratiques c'est de travailler en groupe »,
« Quand on travaille en groupe et qu'on essaie d'avoir une réflexion de groupe où on discute parfois les dossiers », « C'est tous les jours qu'on se parle de patients en fait ici », « Vraiment, travailler ensemble, c'est bien »
(Docteur I)*

D'ailleurs, concernant la BU, nous avons pu constater que le travail de groupe pouvait motiver certains médecins n'y ayant pas recours à l'utiliser :

« J'en discute avec mon collègue qui en fait souvent, il me dit : tu devrais en faire un peu plus, alors j'en fais » (Docteur D)

Notons cependant, qu'un des médecins interrogés considérait le regroupement physique comme inutile et inadapté, il prônait plutôt d'**améliorer la communication** entre les praticiens en utilisant mieux les moyens déjà à disposition :

*« Je pense que le regroupement physique est totalement stupide », « Par contre, il est possible d'avoir des mises en commun d'outils informatiques »
(Docteur N)*

Ce praticien pensait qu'il fallait que les médecins généralistes apprennent à mieux utiliser leur réseau de soins et parfois à déléguer afin d'alléger leur charge de travail. Il jugeait certaines consultations comme inutiles, notamment celles pour cystite aiguë simple.

« Repenser les compétences et arrêter de dire qu'il faut un médecin tout le temps », « Je pense qu'on a assez de médecins, contrairement à ce qu'on raconte, par contre, on utilise mal les compétences des infirmières, des aides-soignantes libérales, voire des secrétaires. Et... des types de pathologies comme la cystite, c'est vraiment pour moi presque le dessus du panier de la bêtise », « On peut faire mieux avec les gens qu'on a déjà », « On peut faire plein de trucs sans toubib », « Nous on est là pour les choses atypiques »

(Docteur N)

Il proposait que cette prise en charge soit totalement déléguée à un professionnel paramédical.

« Je suis pour ne plus avoir à consulter et déléguer », « Pas de consultation médicale pour ça », « Je pense que ça peut être sorti du cabinet médical »

(Docteur N)

5.2.9 PRETS A CHANGER ?

Les freins à l'utilisation de la BU sont, comme nous l'avons vu, bien identifiés par les médecins généralistes interrogés. Ces obstacles, majoritairement d'ordre pratique, pourraient faire l'objet de changements, comme nous venons de les décrire,

afin de s'en affranchir. Mais, d'une manière générale, il paraît difficile d'imposer un changement.

« Vous ne demandez pas au médecin de changer, vous demandez à l'être humain de s'adapter à un changement » (Docteur C)

D'ailleurs, les points de vue des médecins interrogés à propos du changement de pratique étaient variables. Il semblait difficile à appréhender pour certains :

« Un changement ça fait toujours peur », « C'est pas rationnel en soi, c'est émotionnel » (Docteur C)

« Les persuader à changer leur façon d'exercer je pense que... bon courage ! », « Ça me paraît compliqué de changer les habitudes » (Docteur R)

Pour d'autres, en revanche, le fait de changer leurs habitudes de pratique au cours de leur carrière professionnelle apparaissait comme naturel :

« Il faut évoluer », « C'est pas parce qu'on a pas appris comme ça qu'il faut pas faire comme ça », « On a pas appris les strepto-tests et puis on s'y est mis », « Il faut pas faire la médecine comme on la faisait il y a 30 ans »
(Docteur S)

Il semblait que l'âge des médecins puisse influencer la motivation au changement :

« Vous n'allez pas trouver beaucoup de médecin d'un certain âge qui vont accepter ça », « Ça fait 36 ans que je travaille comme ça, je ne vais pas changer maintenant » (Docteur F)

6 DISCUSSION

6.1 PRINCIPAUX RESULTATS

Le but de cette thèse était de trouver des solutions ou stratégies permettant de favoriser l'utilisation de la bandelette urinaire en Médecine Générale face à des cas de cystites aiguës simples.

Les médecins généralistes interrogés étaient pour la plupart convaincus de son utilité et avaient connaissance des recommandations sur son indication. Les médecins utilisateurs réguliers de la BU vantaient sa facilité de réalisation et ses bénéfices en termes de qualité de prise en charge et d'enjeu de santé publique. Cependant, l'utilisation de la BU devant des cas de cystites aiguës simples n'était pas systématique. L'ECBU, considéré plus fiable, était encore largement prescrit dans ces situations.

Le manque de temps semblait être le principal facteur expliquant le non recours à la BU. Cet argument révélait, de façon plus globale, des difficultés de fonctionnement de la Médecine Générale secondaires à un isolement médical, une sous médicalisation et donc une surcharge de travail ; au détriment du patient et de la formation continue des médecins. D'autres obstacles à l'utilisation de la BU ont été exposés : le recueil urinaire difficile (patiente n'ayant pas envie d'uriner au moment voulu, locaux mal disposés), le coût élevé des BU, le gaspillage des BU (conditionnement inadapté, péremption trop courte), le manque d'habitude. L'attitude des patientes, semblant peu convaincues de l'utilité de cette consultation, influençait également la prise en charge diagnostique des médecins généralistes.

Faciliter le recueil urinaire était un premier objectif énoncé afin de favoriser l'utilisation de la BU. Les médecins proposaient d'anticiper sa réalisation par une simple consigne : « venir vessie pleine », donnée à la patiente, ou que le recueil soit effectué à domicile. Avoir des locaux adaptés était également une prérogative nécessaire : toilettes disponibles dans le bureau de consultation ou à côté sans repasser en salle d'attente. Ils souhaitaient que le matériel de recueil soit facilement disponible au cabinet : donné par le laboratoire d'analyses ou envoyé par l'Assurance Maladie.

Comme dans le milieu hospitalier, les médecins généralistes ont proposé que la réalisation de la BU soit déléguée à d'autres professionnels. Ainsi, ils proposaient de faire participer les infirmières libérales, les pharmaciens, les secrétaires, les laboratoires d'analyses médicales. Cette délégation nécessiterait une proximité géographique de ces professionnels avec le médecin généraliste, ainsi, ce fonctionnement semblait plus facilement applicable au sein de structures pluridisciplinaires. Sur le plan pratique, les médecins souhaitaient que l'intervention de ces professionnels se fasse en lien avec la consultation médicale : soit avant, au moment ou après la consultation. Toutefois, un médecin expliquait que l'ensemble de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la cystite aiguë pouvait être délégué à un professionnel non médecin. Cette idée d'acte délégué suscitait des interrogations quant au coût et à la rémunération de ces intervenants.

Valoriser financièrement le recours à la BU au cabinet de Médecine Générale était une autre proposition afin d'en favoriser l'utilisation. Les médecins ont demandé qu'elle soit délivrée gratuitement notamment par l'Assurance Maladie comme les TDR angine, ou qu'une cotation d'acte soit créée pour la BU à hauteur d'un ou deux euros

en plus de la consultation médicale. Par ailleurs, l'intégration de la BU comme indicateur de qualité de prise en charge dans la ROSP était proposée.

Pour limiter le gaspillage des BU, les médecins souhaitaient que les conditionnements soient modifiés : des boîtes plus petites contenant 50 BU maximum ou des BU en sachet unidosé comme les TDR angine. Ils demandaient que les durées de péremption soient, si possible, allongées. Les médecins travaillant en groupe reconnaissaient leur avantage de pouvoir partager leur matériel, ils déploraient cependant l'inexistence de contenant permettant ce partage tout en garantissant un mode de conservation optimal des BU.

Nous avons constaté que les médecins généralistes ayant acquis l'usage de la BU lors de leur formation médicale initiale gardent cette habitude dans leur pratique future. Pour certains, le non recours à la BU était un simple problème générationnel. Les praticiens rencontrés avaient à cœur d'exercer une médecine de qualité et, pour cela, étaient demandeurs de formations médicales. Les thèmes à aborder concernaient les principales recommandations de prise en charge des infections urinaires, des informations sur l'évolution des antibiorésistances, et des informations concernant la BU : indication, utilisation, fiabilité, avantages etc. Différents formats de formation ont été proposés avec en première place les groupes de pairs.

Par ailleurs, les médecins ont soulevé l'importance de faire du patient un acteur de sa prise en charge. Ils expliquaient qu'une démarche d'éducation et d'information concernant l'usage, l'indication et l'utilité de la BU était essentielle. Non seulement dans l'optique de déléguer au patient la réalisation du recueil urinaire et/ou de la BU mais aussi car l'attitude des patientes semblait influencer la démarche diagnostique et thérapeutique des médecins généralistes. Cette « éducation » serait sous la

responsabilité du médecin, des pharmaciens et des pouvoirs publics par le biais, par exemple, de publicités.

Enfin, les médecins interrogés considéraient que le fonctionnement de la Médecine Générale était perfectible. Certains avaient la sensation d'être dans un système en mutation. Ils expliquaient que le fonctionnement en réseau de soins était une solution possible : soit par le biais d'un regroupement physique (maison de santé), soit en utilisant mieux les outils de communication existants. Le but était de diminuer la charge de travail en redonnant du temps médical au médecin, et ainsi, d'améliorer la prise en charge des patients.

6.2 A PROPOS DE LA METHODE

Des études quantitatives concernant l'usage de la BU par les médecins généralistes face aux cas de cystites aiguës simples sont nombreuses [9] [13] [27] [12] [11]. Elles ne permettent que de quantifier un constat : celui de la non-utilisation de la BU dans ces situations, mais ne permettent pas d'en comprendre les raisons. Or, la compréhension de ce phénomène est essentielle afin de permettre des actions spécifiques [22]. Pour cela, des études qualitatives identifiant les freins à l'utilisation de la BU ont été menées [15] [14] [16].

Nous avons souhaité aller plus loin en tentant de faire émerger des idées ou stratégies pour favoriser l'utilisation de la BU par les médecins généralistes face aux cystites aiguës simples. Notre choix s'est donc porté sur la méthode d'analyse qualitative permettant ainsi de dresser une liste non exhaustive de solutions pour favoriser l'utilisation de la BU dans ces situations.

La valeur scientifique des études utilisant cette méthode d'analyse qualitative a longtemps été décriée. Trop souvent comparée à l'analyse quantitative, les critiques concernaient souvent la méthode d'échantillonnage (non représentatif), la collecte et l'analyse des données considérées comme subjectives. Or, Avis [28] expliquait que l'important n'est pas de chercher des liens entre les univers quantitatif et qualitatif mais plutôt de convaincre la communauté de la rigueur d'une recherche. Pour cela, des critères de scientificité propres à la recherche qualitative ont été développés [21] [29] [30].

6.3 CRITERES DE SCIENTIFICITE

6.3.1 LA VALIDITE INTERNE OU CREDIBILITE

Il s'agit de vérifier si les observations sont représentatives de la réalité ou crédibles, c'est-à-dire d'évaluer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer [21].

Pour cela, l'étape d'analyse des données produites est essentielle. Un autre chercheur devrait pouvoir analyser les mêmes données de la même manière et arriver aux mêmes conclusions : on parle de triangulation de l'analyse [22]. Ceci a été assuré au cours de ce travail : l'étudiant a effectué le codage et l'analyse des données avec l'aide de son directeur de thèse, le Dr PAULA PALMA.

6.3.2 LA VALIDITE EXTERNE OU TRANSFERABILITE

Elle permet d'étendre (ou de généraliser) les conclusions auxquelles le chercheur aboutit à d'autres contextes que celui étudié [21] [29].

Pour assurer cette validité, l'échantillon établi doit être ciblé (constitué de façon intentionnelle ou non-probabiliste) et représentatif de la problématique [25]. Il s'agit d'intégrer un maximum d'individus porteurs de critères pouvant affecter la variabilité des comportements [22]. Au cours de notre travail, nous avons bien respecté ce principe d'échantillonnage « raisonné » en sélectionnant des médecins généralistes, homme et femme, ayant un âge, une durée d'installation, un mode d'exercice et un type de patientèle différents.

La saturation théorique des données est un autre moyen de garantir la validité externe d'une étude qualitative. On considère qu'elle est atteinte lorsque les techniques de recueil et d'analyse des données ne fournissent plus aucun élément nouveau à la recherche [29]. Ici, nous avons considéré atteindre cette saturation au bout de 17 entretiens.

6.3.3 LIMITES DE L'ETUDE

6.3.3.1 L'échantillon

La triangulation des sources de données, permettant de comparer les résultats obtenus auprès d'au moins deux sources différentes, est un critère de scientificité garant de la validité interne des recherches qualitatives. Or, ici, une seule source de données a été utilisée : l'échantillon de médecins généralistes. Cependant, au regard de la question d'étude, il nous a paru inutile d'utiliser une autre source de données pour répondre à notre problématique.

6.3.3.2 La méthode de recueil de données

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. L'étudiant ayant mené ses entretiens était peu rompu à cet exercice. La difficulté était d'assurer au sujet interrogé une grande liberté d'expression, sans l'orienter dans ses réponses, tout en restant dans le cadre et le thème de l'étude. Ceci a été possible grâce au guide d'entretien à disposition de l'étudiant.

Là encore, la triangulation des méthodes de collecte et la comparaison des résultats qui en émanent, permet de renforcer la crédibilité des études qualitatives. Cette triangulation n'a pas été réalisée dans notre travail. La méthode des focus group, favorisant l'interactivité entre les acteurs [31], aurait pu être utilisée mais nous paraissait plus difficile en termes d'organisation (difficile de faire concorder l'agenda de plusieurs médecins généralistes afin de les réunir).

6.3.3.3 La méthode d'analyse des données

Pour renforcer la cohérence des résultats de l'analyse, nous aurions pu les soumettre à l'échantillon de médecins interrogés : on parle de « retour aux acteurs » ou de « validité de signification des interprétations » [29] [30]. Car il est certain que les personnes interviewées constituent une des sources les plus logiques de corroboration.

La validité référentielle, consistant à comparer les résultats aux données de la littérature existantes est un autre moyen de démontrer leur cohérence. Ici, nous n'avons pas trouvé de recherche similaire sur notre sujet. Il existait seulement des études qualitatives s'intéressant à l'identification de freins à l'utilisation de la BU en Médecine Générale. Dans ces études, quelques pistes d'amélioration étaient discutées mais n'émanaient pas directement des médecins interrogés [15] [14].

6.4 A PROPOS DES RESULTATS

6.4.1 UNE BU SOUS-UTILISEE : POURQUOI ?

Le constat initial est celui d'une sous-utilisation de la BU face aux cas de cystites aiguës simples : ici, 47% des médecins interrogés déclaraient ne pas utiliser la BU. Cette attitude a été observée par plusieurs chercheurs dont Haab [11] dans un observatoire mené auprès de 7916 patientes qui montrait que le taux de recours à la BU face à des cas de cystites aiguës simples était de seulement 21%, contre 33% pour l'ECBU. Il exposait donc que les modalités de prescription des examens

complémentaires au cours des infections urinaires de la femme sont relativement éloignées des recommandations des sociétés savantes.

Les causes de non recours à la BU énoncées par les médecins interrogés sont semblables à celles retrouvées par d'autres études cherchant à identifier les freins à l'utilisation de la BU [15] [16]. Le temps semble être le principal facteur influençant la réalisation d'une BU. Il semble qu'au cours d'une consultation chaque minute compte et que la réalisation d'une BU soit vécue plutôt comme une contrainte que comme une aide au diagnostic. Les médecins généralistes expliquaient d'ailleurs que la clinique prime toujours et doutaient parfois de la fiabilité et de l'utilité de la BU.

6.4.2 LA REALISATION D'UNE BU EST-ELLE JUSTIFIEE EN MEDECINE GENERALE ?

Depuis 2008, la BU est le seul examen complémentaire à réaliser devant des cas de cystite aiguë simple selon les recommandations de la SPILF. Cette place de choix tient à sa forte VPN (95%) : une BU négative permet d'exclure de façon quasi certaine le diagnostic de cystite aiguë simple.

Cependant, l'analyse de la littérature soulève quelques questions. Notons que ces recommandations sont différentes de celles des anglo-saxons pour qui la BU n'est pas suffisamment fiable pour être utilisée dans le diagnostic des cystites aiguës simples [32]. Les anglais recommandent plutôt de prescrire un traitement empirique d'emblée devant au moins 3 signes cliniques évocateurs de cystite [32].

Une méta analyse de 16 études conclut au fait que l'apport diagnostique de la BU en soins primaires ne serait pas supérieur à la clinique seule à partir de trois signes cliniques présents [33]. Notons d'ailleurs qu'en 2010 la revue médicale Prescrire développe un score clinique permettant de sursoir à l'utilisation de la BU si un certain nombre de signes cliniques sont présents. Le diagnostic serait alors certain à 95% et la bandelette urinaire perdrait de son intérêt [34].

Les doutes sur la fiabilité de la BU sont fondés sur le fait que sa VPN ne serait pas aussi élevée en Médecine Générale par rapport à celle rapportée par la SPILF. En effet, cette forte VPN émane d'études réalisées en milieu hospitalier où la prévalence d'infection urinaire est plus élevée. Or, la VPN est modulée par la prévalence de la maladie : une prévalence plus faible donnera une VPN plus faible également. D'ailleurs, des études menées en soins primaires constatent que la VPN de la BU dans le diagnostic de cystite aiguë simple est faible : 76% pour Little et Maksymczuk Baxas [35] [36], 67% pour Gallois [17] voir 35% seulement pour Hummers [37]. De ce fait, une BU négative ne permettrait pas d'éliminer le diagnostic de cystite aiguë de façon certaine.

En Médecine Générale, l'intérêt de la BU tiendrait plutôt à sa VPP : quel que soit la clinique (typique ou non), une BU positive impose la mise en route d'un traitement immédiat alors qu'une BU négative ne permet pas d'éliminer le diagnostic [38] [19] [17] [37].

Cependant, bien que lui reconnaissant une VPN plus faible, d'autres travaux soulignent l'intérêt de la BU comme « arme » contre la prescription inutile et excessive d'antibiotiques [39] [8] [7]. Son utilisation systématique par les médecins généralistes face aux cas de cystites simples permettrait de réduire de 10% le nombre d'antibiotiques prescrit selon l'étude de M. Etienne [6], voire même de 26.2-27.5% selon Mc Isaac [8].

Donc, le recours à la BU en soins primaires dans la démarche diagnostique des cystites aiguës simples est justifié. La clinique reste le principal déterminant de cette prise en charge, comme ont pu l'exprimer les médecins généralistes interrogés au cours de notre travail. L'utilisation de la BU, élément majeur dans la lutte contre la prescription inutile d'antibiotiques, se justifie plutôt en cas de doute diagnostique et n'influence la prise en charge qu'en cas de positivité. Les recommandations actuelles de prise en charge des cystites aiguës simples devraient peut-être être réadaptées à la pratique en Médecine Générale. Cette adaptation pourrait se faire en collaboration avec les médecins généralistes afin d'en favoriser l'adhésion comme le suggère Lugtenberg dans son étude menée en 2010 [40].

6.4.3 LE ROLE DE L'ASSURANCE MALADIE

6.4.3.1 Campagnes de sensibilisation grand public

Comme nous l'avons vu, l'attitude des patientes, semblant parfois peu convaincues de l'utilité de la consultation pour cystite aiguë simple, semblait influencer les médecins dans leur démarche diagnostique et thérapeutique. Nous pouvons très bien imaginer la difficulté pour le praticien face à ces patientes de proposer la

réalisation d'une BU : le diagnostic semble évident pour la patiente et la réalisation d'une BU peut être considérée comme une perte de temps. Un médecin nous expliquait que généralement la patiente vient simplement chercher une ordonnance d'antibiotique. Il semble donc que ces patientes ne soient pas sensibilisées aux données et aux enjeux de l'antibiorésistance. Au cours de notre travail, les médecins généralistes interrogés ciblaient l'importance de les informer voire de les éduquer sur ce sujet.

Pour cela, des campagnes de sensibilisation sur les antibiotiques ont déjà été menées par l'Assurance Maladie. La première campagne de 2002 ayant pour slogan « les antibiotiques c'est pas automatique » avait permis de réduire de 26.5% la prescription globale d'antibiotiques [41] [42]. Mais depuis 2009, la consommation d'antibiotiques repart à la hausse (+ 5.6% entre 2010 et 2016), et ce malgré une nouvelle campagne en 2010 (« les antibiotiques, utilisés à tort ils deviendront moins forts ») [43] [44]. Devant ce constat, l'Assurance Maladie continue de mener des actions non seulement auprès du grand public, mais également auprès de la principale source de prescripteurs : les médecins généralistes.

6.4.3.2 L'accompagnement des médecins prescripteurs

Rappelons tout d'abord, qu'en 2017, 93% des antibiotiques sont prescrits en ville. Ce qui place le médecin généraliste comme cible prioritaire des actions de sensibilisation de l'Assurance Maladie. Afin de les accompagner, elle organise des campagnes d'informations et d'échanges annuelles. En 2016, elle annonçait d'ailleurs une campagne spécifique pour les infections urinaires (en cours d'élaboration).

La visite des délégués de l'Assurance Maladie, plébiscitée par les médecins généralistes rencontrés au cours de notre travail, est un moyen d'échanger avec les praticiens. Les délégués s'appuient sur plusieurs outils :

- Des mémos à destination des médecins et des documents à remettre aux patients rappelant les indications et les règles de bonnes prescriptions d'antibiotiques
- Des « profils de prescription » permettant au médecin généraliste d'avoir un retour sur ses pratiques et de se comparer avec d'autres confrères à l'échelle départementale.

Nous pourrions donc imaginer qu'au cours d'une visite, les médecins puissent avoir un retour direct sur leur pratique devant une cystite aiguë : utilisation de BU ou non, et qu'un message d'information concernant la BU leur soit délivré : « BU devant tout signe fonctionnel urinaire ». Ce fut d'ailleurs l'objet d'un travail de recherche, mené en Lorraine en 2011, ayant pour but d'améliorer les pratiques de prise en charge des cystites simples par les médecins généralistes. Ceux-ci ont reçu les consignes suivantes : « faire une BU devant tout signe fonctionnel urinaire » et « pas d'ECBU si cystite aiguë simple » sous format papier. Par cette action, l'utilisation de la BU a augmenté : 73% VS 62% en l'absence de consigne, et le recours à l'ECBU a diminué : 22% VS 29%. Nous pouvons donc supposer favoriser l'utilisation de la BU simplement en envoyant par courrier des rappels de recommandations simples et succins aux médecins généralistes. D'ailleurs, la HAS expose dans son rapport de 2014, concernant l'efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations de pratiques médicales, que ce système de rappel (informatique ou non) améliore significativement les pratiques [45].

Outre les rappels des recommandations de bonne pratique, les médecins interrogés étaient également demandeurs d'informations concernant l'écologie bactérienne et l'antibiorésistance. En Suède, une étude qualitative menée en soins primaires a montré que seuls les médecins généralistes préoccupés par l'antibiorésistance ont suivi à la lettre les recommandations de prise en charge des infections urinaires [46]. Cela laisse supposer que des actions de sensibilisation des médecins généralistes à l'antibiorésistance permettraient d'améliorer la qualité de prise en charge des infections urinaires et donc de favoriser l'utilisation de la BU.

6.4.3.3 La Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP)

En 2011, l'Assurance Maladie élabore conjointement avec les syndicats de médecins ce principe de ROSP. L'objectif est d'améliorer la prise en charge des patients et les soins prodigués.

Comme son nom l'indique, il s'agit d'une rémunération supplémentaire attribuée aux médecins généralistes selon des objectifs de santé publique. Initialement, un seul indicateur dédié aux antibiotiques existait : l'objectif à ne pas dépasser était de 37 prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD [47]. Les résultats à 5 ans de la mise en place de ce système étaient déjà encourageants : la prescription d'antibiotiques pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans a diminué de 7,1 points, ce qui représente pour l'année 2016 un total d'environ 2 millions de prescriptions évitées [48].

En 2016, au regard de l'enjeu de santé publique que représente la lutte contre l'antibiorésistance et dans le cadre de la nouvelle convention médicale, l'Assurance Maladie durcit l'objectif de prescription à 14% (14 prescriptions d'antibiotiques maximum par an pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD) vs 37% initialement et développe un second indicateur ciblant les antibiotiques principalement générateurs d'antibiorésistance : objectif annuel de moins de 27% de patients traités par ces antibiotiques. Là encore, un an après cette modification, les résultats sont satisfaisants avec une baisse respective de 3.4% et 3.7% pour ces deux indicateurs entre 2016 et 2017 [49].

La ROSP semble donc être un système efficace dans la lutte contre l'antibiorésistance. Au cours de notre travail, plusieurs médecins généralistes l'ont citée et vu en elle un moyen d'améliorer leur pratique. C'est d'ailleurs le ressenti global des médecins selon un sondage mené par l'institut BVA fin 2015 : une majorité significative et croissante d'entre eux lui reconnaissent un impact réel sur l'évolution de leurs pratiques [50]. Et, en 2015, 91% des médecins généralistes déclaraient avoir modifié leurs pratiques grâce à elle [50].

Ici, les praticiens rencontrés ont proposé d'intégrer la BU dans la ROSP pour en favoriser l'utilisation. Il semble difficile d'imaginer créer un indicateur spécifique à l'utilisation de la BU au milieu de tous les indicateurs existants et couvrant des volets très larges tels que la prévention, l'efficience, le suivi des maladies chroniques. Cependant, la BU étant un examen permettant de réduire significativement le nombre de prescriptions antibiotiques au cours des cystites, son utilisation systématique permettrait au médecin généraliste d'atteindre les objectifs fixés par la ROSP en

termes de prescriptions antibiotiques. Ainsi, une démarche d'information dans ce sens permettrait peut-être de favoriser l'utilisation de la BU par les médecins généralistes.

6.4.3.4 Les Tests de Diagnostic Rapide (TDR)

Toujours avec l'objectif de promouvoir le bon usage des antibiotiques, depuis 2004, l'Assurance Maladie distribue gratuitement des TDR angine. Ce TDR est le seul moyen de déterminer si une angine est bactérienne (75 à 90% des angines de l'adulte étant virales), son usage permet donc de limiter la prescription d'antibiotiques. Ces tests sont à commander en ligne sur le site de l'Assurance Maladie dans l'espace professionnel des praticiens ou sur papier (bon prérempli ou ordonnance). Ils sont envoyés gratuitement au cabinet du médecin généraliste.

Depuis 2014, le nombre de TDR Angine distribué par l'Assurance Maladie a augmenté de 28%. En 2017, 39.7% des médecins généralistes ont commandé des TDR vs 30.5% en 2014 [51]. Cette augmentation est corrélée à la baisse de prescriptions antibiotiques enregistrée entre 2016 et 2017 (-3.4% en ville), ce qui laisse supposer que l'utilisation des TDR en est une des causes [52].

Les médecins généralistes interrogés au cours de notre travail ont souvent pris en exemple ce TDR angine : son conditionnement par kit ne contenant qu'un petit nombre de tests ainsi que le matériel pour réaliser le prélèvement, son mode de commande et de réception simple et sa gratuité semblaient les séduire. Nous pouvons facilement imaginer un fonctionnement similaire avec les BU, ce d'autant que son objectif est identique à celui des TDR angine : limiter la prescription d'antibiotiques.

Les médecins pourraient commander, comme pour les TDR angine, un kit contenant un petit nombre de BU emballées individuellement ainsi que des pots de recueil urinaire.

L'Assurance Maladie pourrait suivre l'évolution du nombre de commandes de BU dans une double optique :

- La corréler avec l'évolution de la consommation d'antibiotiques pour évaluer l'impact de l'utilisation de la BU sur celle-ci
- Cibler les médecins généralistes qui en commandent peu afin de proposer des actions spécifiques de sensibilisation à l'utilisation de la BU

Ce modèle des TDR Angine est bien connu des médecins généralistes, il paraît facile de l'appliquer aux BU sans même y associer une grande démarche de communication : faire apparaître un onglet « BU » dans la rubrique « commande » de l'espace professionnel du site ameli.fr, que les médecins découvrirait au moment de commander des TDR angines par exemple.

6.4.4 REORGANISER LE FONCTIONNEMENT DE LA MEDECINE GENERALE

La prise en charge diagnostique et thérapeutique des cystites aiguës simples est actuellement uniquement du ressort du médecin. Les praticiens interrogés au cours de notre travail proposaient de faire intervenir d'autres professionnels dans cette prise en charge et de déléguer la réalisation de la BU. Ils expliquaient cependant que cette délégation ne pouvait s'organiser qu'en étroite collaboration avec eux : soit par le biais de structures pluridisciplinaires où une infirmière serait présente en permanence et serait dédiée à la réalisation de tâche comme la BU, soit par le biais d'un système de

communication performant avec les professionnels concernés (pharmaciens, laboratoires...).

6.4.4.1 La délégation de tâches en Médecine Générale

Une étude de 2013 menée au sein de 128 cabinets de Médecine Générale et visant à décrire la fréquence et les caractéristiques des procédures de soins transférables des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé montrait qu'une part significative (18.1%) de l'activité des médecins généralistes pouvait être déléguée à des infirmiers (67%) ou à des pharmaciens (33%) [53].

Une étude qualitative par focus group s'intéressant à la délégation de tâches en Médecine Générale montrait que la majorité des médecins généralistes était favorable à la délégation de certaines tâches à l'infirmière [54]. De même, une étude menée dans les Pays de la Loire en 2012 montrait que 84.5% des médecins généralistes interrogés étaient favorables à la délégation des tests de diagnostic rapide à un infirmier rattaché au cabinet [55].

Ainsi, les médecins généralistes semblent prêts à déléguer certaines tâches à d'autres professionnels. Expliquant leur non-recours à la BU par un manque de temps lors de la consultation, la possibilité de déléguer cet acte à un autre professionnel permettrait peut-être de le réaliser plus facilement et plus régulièrement.

6.4.4.2 Exemples d'actes délégués

En 2004, dans le département des Deux-Sèvres est lancé le projet ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe) dans le cadre des expérimentations en matière de transferts de compétences médecins/ infirmiers, conduites suite au rapport Berland [56]. Il s'agit de créer une équipe constituée d'un médecin généraliste et d'une infirmière déléguée à la santé populationnelle au sein d'un cabinet médical [57]. L'objectif est d'améliorer la qualité de prise en charge des patients en réorganisant le fonctionnement des soins dans un contexte de pénurie annoncée de l'offre de soin primaire. L'infirmière ASALEE, salariée de l'association du même nom, est responsable du : [58]

- Dépistage et suivi des patients diabétiques de type 2
- Suivi des patients à risque cardio vasculaire
- Dépistage de la BPCO et suivi du patient tabagique
- Repérage des troubles cognitifs

Cette expérimentation a fait l'objet de nombreuses évaluations positives : les patients bénéficiant de ce protocole sont considérés comme « mieux suivis » que ceux du groupe témoin pour la plupart des indicateurs [59]. De plus, la mise en place de ce protocole ne générerait aucun surcoût : le coût représenté par la rémunération de l'infirmière ASALEE étant compensé par un recours aux soins moins fréquent.

Autre exemple, depuis juin 2013, les pharmaciens ont la possibilité de réaliser en officine les tests de dépistage de la grippe, les TDR angine ainsi que des contrôles glycémiques [60].

Fort de ces exemples aux conséquences positives, nous pourrions imaginer étendre les missions de ces professionnels non médecins en leur confiant la réalisation de la BU afin d'améliorer encore la prise en charge des patients en soins primaires pour les cas de cystite.

6.4.4.3 Mesures gouvernementales

Face à la diminution prévisible de la densité médicale et du temps médical, le gouvernement multiplie les actions visant à optimiser l'organisation des soins et la prise en charge des patients. L'objectif principal est d'améliorer la coopération entre professionnels de santé.

En 2002, Jean François MATEI alors Ministre de la Santé expliquait que « *des chevauchements observés entre activités parmi plusieurs professions de santé constituent des redondances inutiles et des pertes d'efficacité. Au fil du temps, les professionnels ont acquis des compétences et des savoir-faire de plus en plus larges sans pour autant confier ou déléguer à d'autres professionnels ce qui pouvait l'être* » et que « *il est impératif de redéfinir d'une manière globale, pour tous les métiers de la santé, les contenus et les champs de compétences. Par cette redéfinition, on valorise l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte technique et on tire vers le haut chaque profession qui devra abandonner ce qui n'est plus de son niveau de compétence pour se consacrer à son cœur de métier. Il convient pour ce faire de déléguer certaines activités à d'autres professions médicales ou paramédicales.* »[61].

Ma Santé 2022

En 2018, le gouvernement élabore une nouvelle stratégie de transformation du système de santé intitulé « Ma Santé 2022 » [62]. Elle vise à une meilleure organisation des professionnels de santé, pour remettre les patients au centre du système et garantir l'accès aux soins partout sur le territoire.

Un des objectifs affichés est la fin de l'exercice isolé de la médecine d'ici 2022 par la constitution de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) qui assumeront un certain nombre de missions dont les « urgences de ville ».

Ce plan gouvernemental prévoit de financer une infirmière libérale ou une assistante médicale (création de 4000 postes) qui travaillerait au côté du médecin généraliste (1 infirmière/assistante médicale pour 3 médecins regroupés) dont le rôle serait d'assurer certaines tâches à la place du médecin [63]. Le gouvernement veut donc inciter au regroupement des professionnels de santé (médecins et paramédicaux) pour plusieurs raisons :

- Améliorer l'accès aux soins en redonnant du temps médical aux médecins généralistes
- Renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de prise en charge des patients
- Améliorer les conditions de travail des professionnels de santé et rendre ainsi le secteur ambulatoire plus attractif pour les jeunes médecins

Ainsi, ce mode d'exercice en équipe pluridisciplinaire pourrait favoriser la délégation d'actes plébiscitée par un grand nombre de praticiens. Les examens complémentaires tel que la BU pourront éventuellement être réalisés par l'infirmière

ou l'assistante médicale en lien avec la consultation médicale. Ce qui laisse présager que son utilisation en sera augmentée.

Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Porté dans le Code de la santé publique, instauré par la loi du 13 août 2004 et mis en œuvre depuis début 2011, le DMP a pour but de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins.

Il s'agit d'un service public gratuit équivalent à un « carnet de santé virtuel » contenant des informations administratives et médicales relatives à chaque patient.

Ce DMP peut être créé par le patient lui-même, au guichet de l'Assurance Maladie, en établissement de santé ou en cabinet médical. Il est alimenté par les professionnels de santé qui y déposent ordonnances, courriers, compte-rendu... Seul le patient décide qui peut accéder à son DMP et ce qu'il contient.

Ce concept novateur qui, pour des raisons de sécurité des données hébergées, a mis plusieurs années à se mettre en place, peut s'avérer intéressant dans les secteurs où le regroupement de professionnels de santé n'est pas possible. Il permettrait une meilleure communication entre les professionnels et pourrait participer à la mise en place du principe de délégation d'acte.

Nous pourrions imaginer, concernant la prise en charge des cystites aiguës simples, que la BU soit réalisée chez un professionnel non médecin (pharmacien, laboratoire, infirmière...) et que ses résultats soient transmis sur le DMP du patient :

- Avant la consultation médicale : le médecin a alors connaissance du résultat et propose un traitement adapté
- Après la consultation médicale : le médecin alimente au préalable le DMP avec les données de sa consultation et la conduite à tenir selon le résultat de la BU.

Ainsi, ce DMP pourrait être utilisé comme outil de communication entre professionnels afin de permettre une délégation d'acte comme la BU tout en gardant le médecin généraliste comme coordinateur principal de la prise en charge des patients.

7 PERSPECTIVES

L'objectif de notre travail était d'explorer des solutions afin de faciliter la réalisation de la BU face à des cas de cystites aiguës simples en Médecine Générale. Les résultats d'une analyse qualitative, étant non représentatifs, ne sont donc pas généralisables à l'ensemble de la population étudiée. Pour cela, il faudrait mener des études quantitatives testant les hypothèses ayant émergé de ce travail de thèse.

Notons cependant que certaines solutions évoquées par les médecins généralistes semblent applicables simplement :

Tout d'abord, la mise en place d'un système équivalent à celui des TDR angines pour la BU par l'Assurance Maladie semblerait une solution simple, utile et facilement applicable ; répondant aux problèmes de coût, de péremption et d'accessibilité posés par la BU. Il serait intéressant de connaître les raisons pour lesquelles ce système, aux objectifs identiques au TDR angine, n'existe pas encore. Et, au regard de ses enjeux en termes de prescriptions antibiotiques, comprendre sous quelles conditions il pourrait exister.

Ensuite, la délégation de la réalisation de la BU à un professionnel non médecin en lien direct avec le praticien pourrait être tentée : par exemple, tester la possibilité de déléguer au pharmacien la réalisation de la BU devant un cas de cystite aiguë simple. De plus, dans les années à venir, avec la mise en œuvre des mesures gouvernementales que nous avons décrites plus haut, nous pourrions tester la possibilité de déléguer la réalisation de la BU face à des cas de cystites simples aux professionnels inscrits dans ce nouveau mode de fonctionnement du système de soins.

8 CONCLUSION

Cette étude nous a permis de faire émerger des solutions afin de faciliter la réalisation de la BU face à des cas de cystites aiguës simples auprès des médecins généralistes de la région Normandie.

La délégation de cet acte à d'autres professionnels a fait l'unanimité. Elle semble plus facilement applicable au sein de structures pluridisciplinaires ou par le biais d'un système de communication performant.

La création d'un système similaire à celui des TDR angine semble être une proposition séduisante. Elle permettrait à l'Assurance Maladie de renforcer ses actions dans la lutte contre l'antibiorésistance, d'établir un indicateur de qualité de prise en charge et de cibler ses actions de formation auprès des professionnels de santé.

Des formations au sujet de la prise en charge des cystites, de l'évolution de l'antibiorésistance et sur la BU ont été demandées. La BU est un outil majeur dans la lutte contre l'antibiorésistance et les praticiens doivent en être informés et convaincus.

L'information et l'éducation des patientes est essentielle. Il est du rôle de chaque praticien et des pouvoirs publics de les informer de l'utilité et de l'enjeu de la BU face aux cystites simples. L'objectif est de générer un véritable « réflexe BU ».

Ces hypothèses n'ont d'avenir que si les praticiens sont convaincus de l'utilité de la BU. Le changement ne s'impose pas et les médecins généralistes restent libres de leur pratique et soucieux de sa qualité. En les rendant acteurs du changement, comme nous avons tenté de le faire, et en se rapprochant au plus près de leurs difficultés quotidiennes, peut-être pouvons-nous espérer qu'il s'opère.

ANNEXE :GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIFS

Déroulement d'un entretien :

1. Se présenter et remercier le médecin généraliste de sa participation à l'étude
2. Présenter les principes de l'entretien semi-directif :
 - Il s'agit d'une technique d'entretien individuel, en face à face permettant de collecter des données
 - Il s'agit d'une méthode d'investigation qualitative permettant au sujet interrogé d'exprimer librement et spontanément ses idées sans être influencé dans ses propos
 - Il permet donc de faire émerger des idées nouvelles, inattendues
 - Il peut être guidé par des questions de relance afin d'approfondir ou d'apporter des précisions sur une idée ou un concept ayant émergé de l'entretien
3. Présenter les modalités pratiques de l'entretien
 - Durée approximative de 15 minutes
 - Recueillir l'accord du participant à l'enregistrement audio de l'entretien
 - Préciser que les données seront anonymisées après transcription
4. Demander au médecin interrogé de se présenter : âge, durée d'installation, type d'activité (rurale/urbaine, seul/groupe)
5. Rappel du sujet et du contexte :
 - Thème de la thèse : faciliter la réalisation de la bandelette urinaire face aux cas de cystites aiguës simples par les médecins généralistes.
 - Contexte :
 - o La BU est le seul examen complémentaire recommandé par les sociétés savantes devant un tableau de cystite aigue simple
 - o Or, des études révèlent que beaucoup de médecins généralistes ne l'utilisent pas ou peu.

- Les raisons de cette sous-utilisation de la BU sont nombreuses : manque de temps, d'habitude etc.

6. Question initiale : **Comment, selon-vous, pourrait-on faciliter la réalisation de la BU au cabinet de médecine générale face à des cas de cystites aiguës simples ?**

7. Terminer l'entretien :

- Reformuler les idées énoncées par le médecin interrogé lors de l'entretien
- Demander si le médecin a d'autres idées à ajouter ou des précisions à apporter
- Remercier du temps accordé et de la contribution à ce travail de thèse

Questions de relance selon les freins à l'utilisation connus ou exprimés par le médecin interrogé :

- MANQUE DE TEMPS :
 - Qu'est ce qui est chronophage dans la réalisation de la BU ?
 - Comment gagner du temps sur la réalisation de la BU ?
 - A quel moment la BU doit-elle être réalisée ?
 - Quel serait le moment le plus pertinent pour réaliser une BU ?
- LOCAUX INADAPTES / RECUEIL URINAIRE DIFFICILE :
 - Où pensez-vous qu'il soit possible de réaliser une BU ? et/ou le recueil urinaire ?
 - Quelle serait la configuration optimale du cabinet pour que la réalisation de la BU soit facile ?
 - Comment pourrait-on faciliter la réalisation du recueil urinaire ?
- QUI :
 - Qui peut réaliser une BU ? et/ou le recueil urinaire ?
 - Si proposition de déléguer : quel lien avec la consultation médicale ? Comment cela pourrait s'organiser en pratique ? Comment initier une telle délégation ?

- COUT ELEVE / CONDITIONNEMENT INADAPTE :
 - Quelles sont vos idées pour s'affranchir du coût que représente les BU ?
 - Comment éviter le gaspillage de matériel ?
- MANQUE D'HABITUDE :
 - Qu'est ce qui peut générer un changement de pratique ?
 - Comment change-t-on ses habitudes de pratique ? Quel est le meilleur moyen pour changer ou améliorer ses pratiques ?
- DOUTES SUR UTILITE ET FIABILITE DE LA BU :
 - Quelles sont vos hypothèses pour expliquer les doutes qui existent face à l'utilité et la fiabilité de la BU ?
 - Comment convaincre de l'utilité de cet examen ?
 - Par quels moyens pourrait-on lever ces doutes ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] F. Caron *et al.*, « Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections », *MMI (Médecine et Maladies Infectieuses)*, vol 48, n°5, p. 307-375, août 2018
- [2] F. Bruyère et J.-P. Boiteux, « Épidémiologie, diagnostic et traitement des cystites aiguës isolées ou récidivantes de l'adulte », *EMC - Urol.*, vol. 4, n° 3, p. 1-11, janv. 2011.
- [3] B. Foxman, « Epidemiology of urinary tract infections: Incidence, morbidity, and economic costs », *Dis. Mon.*, vol. 49, n° 2, p. 53-70, févr. 2003.
- [4] F. Caron *et al.*, « Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte »,
<http://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>, 2015
- [5] F. Caron *et al.* « Antibiothérapie des infections urinaires » ppt disponible sur
<http://www.infectio-lille.com/diaporamas/DUAC/2017-DUAC-IU-Caron.pdf>, janvier 2017
- [6] M. Etienne, E. Lefebvre, N. Frebourg, H. Hamel, M. Pestel-Caron, et 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.*, vol. 14, p. 137, mars 2014.
- [7] W. J. Mclsaac, R. Moineddin, et S. Ross, « Validation of a Decision Aid to Assist Physicians in Reducing Unnecessary Antibiotic Drug Use for Acute Cystitis », *Arch. Intern. Med.*, vol. 167, n° 20, p. 2201-2206, nov. 2007.
- [8] W. J. Mclsaac, D. E. Low, A. Biringer, N. Pimlott, M. Evans, et R. Glazier, « The Impact of Empirical Management of Acute Cystitis on Unnecessary Antibiotic Use », *Arch. Intern. Med.*, vol. 162, n° 5, p. 600-605, mars 2002.
- [9] F. Compère et S. Alfandari, « Évaluation de la prise en charge des infections urinaires en médecine générale », *MMI*, vol. 47, n°4S, p. 36, juin 2017
- [10] A. Meyer, T. Gueudet, Y. Hansmann, et E. Andrès, « L'antibiothérapie des infections urinaires communautaires bactériennes de l'adulte : enquête auprès de médecins généralistes », *Médecine Thérapeutique*, vol. 22, n° 1, p. 19-27, janv. 2016.

- [11] F. Haab *et al.*, « Les infections urinaires de la femme en médecine générale », *Presse Médicale*, vol. 35, n° 9, p. 1235-1240, sept. 2006.
- [12] H. de Saint-Aubin, F. Voisin, et F. Caron, « J-04 Prise en charge des infections urinaires (IU) en médecine générale : enquête sur 282 cas par entretiens confraternels auprès de 57 médecins généralistes de Haute-Normandie », *Médecine Mal. Infect.*, vol. 38, p. S158, juin 2008.
- [13] A. Seve, « Evaluation de la prise en charge des infections urinaires de l'adulte en médecine générale en région Poitou Charentes » travail de thèse disponible sur : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/24542>, sept. 2013
- [14] N. Racho, « La Bandelette Urinaire en Médecine générale : Bonnes pratiques et difficultés rencontrées » travail de thèse disponible sur : http://dumga.fr/_media/article-racho-nareg-1.pdf, 2012
- [15] M. El Fatmaoui, « Quels sont les obstacles à l'utilisation de la bandelette urinaire dans l'infection urinaire et du test de diagnostic rapide de l'angine en médecine générale ? Quels sont les déterminants de la prescription des antibiotiques chez les généralistes ? », travail de thèse disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_EL_FATMAOUI_MYRIAM.pdf, novembre 2014.
- [16] C. Goudot, « Utilisation des bandelettes urinaires en médecine générale : enquête de pratique auprès des 229 médecins aubois », travail de thèse disponible sur : http://www.urml-ca.org/SITES/urml-ca.org/IMG/pdf/2eme_Prix_these_2008-2.pdf, nov. 2008.
- [17] P. Gallois, J.-P. Vallée, et Y. L. Noc, « Infections urinaires chez l'adulte Première partie : Infections urinaires non compliquées. Trop d'antibiotiques ? », *Médecine*, vol. 8, n° 9, p. 410-416, nov. 2012.
- [18] L. G. Giesen, G. Cousins, B. D. Dimitrov, F. A. van de Laar, et T. Fahey, « Predicting acute uncomplicated urinary tract infection in women: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs », *BMC Fam. Pract.*, vol. 11, p. 78, oct. 2010.
- [19] C. Aubin, « Does This Woman Have an Acute Uncomplicated Urinary Tract Infection? », *Ann. Emerg. Med.*, vol. 49, n° 1, p. 106-108, janv. 2007.
- [20] A. Blake et L. Rossignol pour l'équipe DRUTI « DRUTI (Drug Resistance in community Urinary Tract Infections) : résistance aux antibiotiques des infections urinaires communautaires », disponible sur:

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Resistance-aux-anti-infectieux/Enquetes-et-etudes/Etude-finalisees/DRUTI-Drug-Resistance-in-community-Urinary-Tract-Infections-resistance-aux-antibiotiques-des-infections-urinaires-communautaires-France-2012>, nov. 2014

- [21] I. Aubin-Auger, A. Mercier, L. Baumann, A.-M. Lehr-Drylewicz, et P. Imbert, « Introduction à la recherche qualitative », vol. 19, p. 4.
- [22] G. Borgès Da Silva, « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication ». *Rev Med Ass Maladie*. 2001;32(2):117–21
- [23] K. Desbiens, « L'entrevue individuelle », Disponible sur: <https://prezi.com/10b25l0hzspq/lentrevue-individuelle/>, déc. 2013
- [24] C. Baribeau et C. Royer, « L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation », *Rev. Sci. L'éducation*, vol. 38, n° 1, p. 23, 2012.
- [25] L. Letrilliart, I. Bourgeois, A. Vega *et al.* « Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative ». *Exercer*. 2009 ;(87):74–9.
- [26] A. Pires, « “Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique” », 1997 ; 113–69
- [27] A. Seve, M. Garcia, C. Godet, G. Le Moal, F. Roblot, et G. Béraud, « J-01: Les recommandations n'ont qu'une influence limitée sur la prise en charge des infections urinaires en médecine générale », *Médecine Mal. Infect.*, vol. 44, n° 6, p. 54, juin 2014.
- [28] M. Avis, « Valid arguments? A consideration of the concept of validity in establishing the credibility of research findings », *Journal of Advanced Nursing*, vol 22(6), déc. 1995
- [29] M. Drapeau, « Les critères de scientificité en recherche qualitative », *Prat. Psychol.*, vol. 10, n° 1, p. 79-86, mars 2004.
- [30] J. Mukamurera, « Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques », p. 29.
- [31] M.-C. Dedienne et L. Letrilliart, « S'approprier la méthode du focus group », p. 3.
- [32] Scotland, Healthcare Improvement Scotland, et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults: a national clinical guideline*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012.

- [33] E. Viala, « Diagnostic des cystites simples en médecine générale: quel est l'apport de la bandelette urinaire? », travail de thèse disponible sur : www.dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00757109/document - 2011.
- [34] "Infections urinaires aiguës chez les femmes" *Rev Prescrire* 2010 ; 30 (321) : 534.
- [35] P. Little *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 Pr.*, vol. 60, n° 576, p. 495-500, juill. 2010.
- [36] J. Maksymczuk Baxas, « Performances diagnostiques de la bandelette urinaire dans la prise en charge des suspicions de cystites de la femme adulte en médecine générale », travail de thèse disponible sur : http://bibliotheque.bordeaux.fr/in/faces/details.xhtml?id=mgroup%3Ap+unimarcb_u_1569265, 1983
- [37] E. Hummers-Pradier, A. M. Ohse, M. Koch, W. R. Heizmann, et M. M. Kochen, « Management of urinary tract infections in female general practice patients », *Fam. Pract.*, vol. 22, n° 1, p. 71-77, févr. 2005.
- [38] P. Little *et al.*, « Dipsticks and diagnostic algorithms in urinary tract infection: development and validation, randomised trial, economic analysis, observational cohort and qualitative study », *Health Technol. Assess. Winch. Engl.*, vol. 13, n° 19, p. iii-iv, ix-xi, 1-73, mars 2009.
- [39] E. A. Fenwick, A. H. Briggs, et C. I. Hawke, « Management of urinary tract infection in general practice: a cost-effectiveness analysis. », *Br. J. Gen. Pract.*, vol. 50, n° 457, p. 635-639, août 2000.
- [40] M. Lugtenberg, « Guidelines on uncomplicated urinary tract infections are difficult to follow: perceived barriers and suggested interventions », p. 8, 2010.
- [41] E. Sabuncu *et al.*, « Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002–2007 », *PLOS Med.*, vol. 6, n° 6, p. e1000084, juin 2009.
- [42] E. Janin Monard, « "Les antibiotiques c'est pas automatique", 12 ans après, quels sont les changements laissés par ce slogan percutant ? », travail de thèse disponible sur : <https://www.chu-besancon.fr/smfc/PDF201411/14-09-04.pdf>, juin 2014
- [43] ANSM, « Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013 : nouveau rapport d'analyse de l'ANSM », nov. 2014

- [44] ANSM « Bien utiliser les antibiotiques ». [En ligne]. Disponible sur:
[https://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/\(offset\)/0](https://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/(offset)/0).
- [45] HAS, « efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales », juil. 2014
- [46] I. Björkman, J. Berg, N. Viberg, et C. Stålsby Lundborg, « Awareness of antibiotic resistance and antibiotic prescribing in UTI treatment: a qualitative study among primary care physicians in Sweden », *Scand. J. Prim. Health Care*, vol. 31, n° 1, p. 50-55, mars 2013.
- [47] L. Hacquin et C. Robert-Tissot, « La rémunération sur objectifs de santé publique une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins », p. 38, 2015.
- [48] Assurance Maladie, dossier de presse, « La Rémunération sur objectifs de santé publique : bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif », disponible sur :
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_bilan_ROSP_2016_du_21_avril_def.pdf, avril 2017
- [49] Assurance Maladie, « Rosp médecin traitant de l'adulte 2017 : focus sur les indicateurs », Disponible sur: <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/medecin/actualites/rosp-medecin-traitant-de-ladulte-2017-focus-sur-les-indicateurs>, 2017
- [50] Assurance Maladie, dossier de presse, « La rémunération sur objectifs de santé publique une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins : Bilan à 4 ans et perspectives d'évolution », disponible sur :
http://www.fmfpro.org/IMG/point-hebdo/Bilan%20ROSP_2015-160415_vdef.pdf, avr. 2016
- [51] Santé Publique France, « Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : une infection évitée, c'est un antibiotique préservé ! », nov. 2018
- [52] M. Pajot *et al.*, « Utilisation des tests de diagnostic rapide de l'angine en médecine générale. Enquête réalisée de novembre 2006 à janvier 2007 dans les Pays de la Loire », [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues07554982v39i4S0755498209003522](http://www.em-premium.com/data/revues/07554982v39i4S0755498209003522), avr. 2010.

- [53] A. Mancinelli, « Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé: étude transversale nationale multicentrique », Thèse d'exercice, Université Claude Bernard, Lyon, France, 2013.
- [54] Marquiset-Varney D, Dumel F , « La délégation de tâche en médecine générale : étude qualitative par focus groups auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche-Comté », *exercer* 2009;85(supp1):54S-5S
- [55] ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire, « Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale : l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire » n° 10. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p, 2014
- [56] Y. Berland, « Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâche et de compétences », disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>, oct. 2003
- [57] A. Simondon, « L'infirmière "déléguée à la santé publique Asalée" : analyse de la figure infirmière construite au sein d'une organisation innovante en soins primaires », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 63, n° 2, p. 147-148, avr. 2015.
- [58] Avis N°2012.0006/AC/SEVAM du 22 mars 2012 du Collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération n°010 : « ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des "professionnels de santé" sur le territoire concerné », mars 2012.
- [59] Y. Bourgueil, P. L. Fur, J. Mousquès, et E. Yilmaz, « La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE », *Questions d'économie de la santé*, n°136, p. 8, nov. 2008.
- [60] Y. Michiels, B. Cubille, et F. Pillon, « Les tests de dépistage à l'officine », *Actual. Pharm.*, vol. 53, n° 537, p. 37-40, juin 2014.
- [61] Y. Bourgueil *et al.* « Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels », *adsp* n°70, mars 2010.

- [62] « Stratégie de transformation du système de santé », Disponible sur:
<https://www.gouvernement.fr/argumentaire/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>, sept. 2018
- [63] J-M Aubert, directeur de la DREES, « Stratégie de transformation du système de santé : rapport final : mode de financement et de régulation » disponible sur :
https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/2018-09-18_masante2022-rapport_financement_et_regulation.pdf, sept. 2018.

RESUME

Contexte : La cystite aiguë simple représente 2 millions de consultations par an en Médecine Générale. C'est une source importante de prescriptions d'antibiotiques en soins primaires. Dans ce cas, la BU est le seul examen complémentaire recommandé. Or, des études révèlent que son utilisation par les médecins généralistes est insuffisante. Les raisons sont variées : manque de temps, d'habitude, coût excessif, recueil urinaire difficile etc. Face à l'augmentation des antibiorésistances, favoriser l'utilisation de la BU par les médecins généralistes représente un enjeu important puisqu'elle permettrait de réduire d'au moins 10% le nombre de prescriptions antibiotiques.

Objectif : Comment favoriser l'utilisation de la BU par les médecins généralistes dans le cadre des cystites aiguës simples ?

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par le biais d'entretien semi-directifs auprès de 17 médecins généralistes de la région Normandie. La méthode choisie fut l'analyse de contenu.

Résultats : Déléguer la réalisation de la BU à un autre professionnel (infirmière, pharmacien, laboratoire d'analyse, secrétaire) a fait l'unanimité. Cette délégation paraissait plus aisée au sein de structures pluridisciplinaires ou par le biais d'un système de communication performant. La création de kits contenant un petit nombre de BU ainsi que les pots de recueil urinaire, envoyés gratuitement par l'Assurance Maladie au cabinet des praticiens était plébiscitée. Une cotation d'acte spécifique à la réalisation de la BU était proposée. Un conditionnement individuel ou plus petit était demandé pour éviter les pertes de matériel. Pour générer un changement d'habitude de pratique, les médecins étaient demandeurs de formations mais aussi d'un accompagnement et d'aide assurés par l'Assurance Maladie. Aussi, l'éducation des patientes était reconnue comme essentielle.

Conclusion : La méthode qualitative a permis de faire émerger plusieurs idées dont la délégation de cet acte, fortement plébiscitée et s'inscrivant parfaitement dans la dynamique gouvernementale actuelle. La modification du conditionnement des BU, à l'image des TDR angines, pourrait être une solution simple et efficace dans le changement et l'amélioration des pratiques

Mots clés : Médecine générale, cystite aiguë simple, bandelette urinaire, analyse qualitative, entretien semi-directif.

