



HAL
open science

Protocole de coopération dans la prise en charge de la pollakiurie dans le cadre de structures pluriprofessionnelles : ressenti des professionnels de santé

Floriane Vignal

► To cite this version:

Floriane Vignal. Protocole de coopération dans la prise en charge de la pollakiurie dans le cadre de structures pluriprofessionnelles : ressenti des professionnels de santé. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04069577

HAL Id: dumas-04069577

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04069577>

Submitted on 14 Apr 2023

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.

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

ANNÉE 2023



THESE D'EXERCICE DE MÉDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

**Protocole de coopération dans la prise en charge de la pollakiurie
dans le cadre de structures pluri professionnelles : ressenti des
professionnels de santé**

Présentée et soutenue le 06/04/2023

A la faculté de Médecine de Nice

Par Floriane VIGNAL

Née le 01/05/1991 à Saint-Martin (978)

MEMBRES DU JURY

Président

Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseur

Madame la Professeure Docteur Céline CASTA

Directeur de thèse

Madame le Docteur Christelle MARGO





Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA Jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel



Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	GILSON Eric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles	Pneumologie (51.01)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	GUERIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CARLES Michel	Maladies infectieuses - maladies tropicales (45.03)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUEVARA Nicolas	Oto-Rhino-laryngologie (55.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ILIÉ Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
Mme	LEROY Sylvie	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIÉ Henri	Dermatologie (50.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
Mme	RAMPAL Virginie	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BERNARDI Caroline	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	COURJON Johan	Maladie infectieuses - maladies tropicales (45.03)
Mme	DADONE-MONTAUDIÉ Bérangère	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	JOZWIAK Mathieu	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MARTEL Arnaud	Ophtalmologie (55.02)
M.	MARTIS Nihal	Méd interne-gériatrie et biolog du vieillissement (53.01)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme BOUCHEZ Tiphanie Médecine Générale (53.03)
 Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. LOSCHI Michael Hématologie; transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
 M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
 M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)
 Mme RAQUIN-POUILLON Maud Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GILLET Jean-Yves
M. ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HOFLIGER Philippe
M. BÉRARD Etienne	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LACOUR Jean-Philippe
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE FICHOUX Yves
Mme BUSSIERE Françoise	M. MARIANI Roger
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARTY Pierre
M. CANIVET Bertrand	M. MASSEYEFF René
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MATTEI Mathieu
M. CHATEL Marcel	M. MOUIEL Jean
M. COUSSEMENT Alain	M. MOUROUX Jérôme
Mme CRENESSE Dominique	Mme MYQUEL Martine
M. DARCOURT Guy	M. PRINGUEY Dominique
M. DE PERETTI Fernand	M. QUATREHOMME Gérald
M. DELLAMONICA Pierre	M. RAUCOULES-AIMÉ Marc
M. DELMONT Jean	Mme RAYNAUD Dominique
M. DEMARD François	M. ROBERT Philippe
M. DESNUELLE Claude	M. SANTINI Joseph
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FENICHEL Patrick	M. SCHNEIDER Maurice
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. THYSS Antoine
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GASTAUD Pierre	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GÉRARD Jean-Pierre	
M. GIBELIN Pierre	



Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FOSSE Thierry
M. FRANKEN Philippe
M. GARRAFFO Rodolphe

M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire
M. TESTA Jean



Liste des enseignants au 1er septembre 2022 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur David Darmon :

Je vous suis vivement reconnaissante de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma considération la plus respectueuse.

À Madame la Professeure Docteur Casta Céline :

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je vous suis reconnaissante pour votre enseignement, votre bienveillance et les conseils que vous avez su me transmettre durant mon parcours. Veuillez recevoir l'expression de mes remerciements les plus distingués.

À ma directrice de thèse, Madame la Docteur Christelle Margo :

Merci de m'avoir proposé et dirigé ce sujet de thèse. Mais surtout, merci pour ton soutien, ta disponibilité, tes conseils, ta patience, ton amitié et tes coups de « boost » lorsque j'en avais besoin. Je te suis reconnaissante et sois assurée de ma profonde gratitude.

Aux professionnels de santé ayant participé à ce travail de thèse :

Je tiens à tous vous remercier de l'intérêt porté à mon sujet d'étude, sans vous ce travail n'aurait pas été possible. Merci de m'avoir concédé un peu de votre temps. J'espère que ce travail vous aura été utile aussi.

À ma famille :

À **mes parents**, je ne pourrai jamais vous remercier suffisamment pour tout ce que vous m'avez apporté, les sacrifices que vous avez faits et continuez de faire pour moi. Vous m'avez toujours soutenu et cru en moi. Si j'en suis là, aujourd'hui, c'est grâce à vous. Votre présence, votre bienveillance, votre amour et votre soutien indéfectible dès le début et à chaque étape, malgré la distance, m'ont permis d'avancer sans crainte. Je tiens à vous dédier cette thèse. Merci papa pour tes encouragements, nos longues conversations et les leçons de vie que tu m'as inculquées : « j'ai commencé, je n'ai pas lâché et j'y suis allée jusqu'au bout ! ». Merci maman pour ton amour incommensurable, ta personnalité pétillante et joyeuse, ta tendresse. Je vous aime !

À mon frère **Yohan**, pour toi tout simplement. Merci pour les rires, la complicité, la taquinerie et les encouragements. Sache que je suis très fière de toi et de l'homme que tu deviens.

À **mamie Consie**, pour tout l'amour et le soutien que tu me transmets malgré la distance.

À **mamie Florise**, **papi René** et **papi Clément**, qui je l'espère sont fiers de moi de là-haut.

À mes **taties Chéryl** et **Myrlène**, merci pour votre amour et votre soutien malgré la distance.

À **Yancé**, **Angélique**, mes **cousins**, **cousines**, **oncles** et **tantes**, merci pour vos encouragements.

À mes amis :

Au cabinet des Moulins, merci pour les belles rencontres. **Evelyne** pour ta joie de vivre, tes danses, ta cuisine et ton sourire. **Christelle** pour ta bienveillance, ton soutien et les sorties sport qu'on devrait reprendre. **Laura** pour ta bonne humeur et nos fous rires. **Dr Paolantonacci** et **Dr Papa** merci pour vos encouragements.

À mes co-internes, **Julie**, **Jennifer**, **Arnaud**, **Camille**, vous avez rendu les stages plus plaisants.

À ceux que j'ai rencontrés durant mon internat ou ailleurs, merci pour la bienveillance, la transmission de savoir et la bonne humeur. Je pense à **Elvira**, **Elza**, **Imène**, **Rihab**, **Madiha**, **Céline**, **Djessyllia**, **Sonia**, **Marion**, **Laurianne**, **Maëva**, **Claire**, **Léa**, **Agathe**, **Odélia** et tous ceux que j'ai pu oublier.

Aux **Dr Sesartic**, **Dr Cabirol** et **Dr Metifiot**, merci de la confiance et de votre gentillesse.

À **Ornella**, merci pour ta bienveillance, tes encouragements et ton amitié.

À **Ségolène**, merci pour ta bienveillance, le soutien mutuel et tes messages d'encouragements.

À **Jean** et **Fabienne**, merci pour vos encouragements.

À **Yannick**, merci pour ta présence, ton soutien moral, tes encouragements. Je suis heureuse de pouvoir compter sur toi.

Table des matières

Remerciements	10
Table des matières.....	12
Liste des abréviations.....	13
Introduction	14
Matériel et Méthode.....	16
Résultats	19
Discussion.....	31
Références bibliographiques	39
Annexe 1 : Modèle courrier envoyé aux responsables de MSP	42
Annexe 2 : Appel à participation.....	43
Annexe 3 : Guide d'entretien.....	44
Annexe 4 : Formulaire d'informations et de consentement	46
Annexe 5 : Démographie de l'échantillon de population étudiée.....	48
Serment d'Hippocrate	49
Résumé	50

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

CERNI : Comité Éthique sur les Recherches Non Interventionnelles

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DREES : Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

IU : Infection Urinaire

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PCG : Primary Care Groups

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

Introduction

En France, les infections urinaires (IU) font parties des infections bactériennes les plus courantes après les infections broncho-pulmonaires (1) ; elles représentent le deuxième motif de consultation et de prescription d'antibiotiques en médecine générale (2).

Les IU ont une incidence de quatre à six millions par an en France, dont 3,6 millions sont des cystites aiguës bénignes de la femme âgée de 18 à 75 ans (2).

Près de 90% de ces IU sont prises en charge par les médecins généralistes et le Service d'Accueil des Urgences (SAU) (2) ; engendrant des conséquences économiques non négligeables, comme en témoigne une étude nationale transversale réalisée en 2012 en France. Cette année-là, le coût total annuel d'un épisode d'IU suspecté en France était de 58 millions d'euros pour les femmes de plus de 18 ans ayant visitées un généraliste. Les consultations médicales représentaient le poste de dépenses le plus important, suivies des arrêts de travail et des médicaments prescrits (3).

En parallèle, on note depuis 2012, une chute de 5,6% du nombre de médecins généralistes; avec une projection à venir à la baisse jusqu'en 2030, selon l'ONDPS (DREES) (4).

Étant donné le contexte actuel de crise démographique médicale, une réorganisation du système de santé français est exposée dans la loi n° 2019-774 portant sur l'organisation et la transformation du système de santé, afin de maintenir la qualité et l'accessibilité aux soins (5). Le 18 septembre 2018, la stratégie nationale de santé « Ma Santé 2022 » a été présentée (6). Elle expose les changements en profondeur prévus du système de santé français, dont notamment, la territorialisation du système de soins avec la création d'un collectif de soins au service des patients (6).

Dans les pays scandinaves et anglo-saxons, ce modèle de configuration de l'organisation de l'offre de soins primaires est opéré depuis les années 1990 (7). En Finlande et en Suède, il y a une prédominance de structures d'exercices (centre de santé) favorisant une collaboration entre médecins et infirmiers (8). Les pays anglo-saxons, quant à eux, ont développé des parcours de soins basés sur l'émergence de groupes de soins primaires, les Primary Care Groups (PCG), regroupant des médecins généralistes et des équipes de soins primaires (infirmiers) intervenant sur une zone géographique donnée (8).

Dans le cadre de cette diversification des soins ambulatoires, le rôle des infirmiers a évolué avec un transfert d'activité du médecin vers ce dernier, avec ou sans sa délégation (8). Les données disponibles suggèrent que les professionnels de santé, non médecins, qui travaillent comme substituts ou suppléments pour les médecins dans des domaines de soins définis peuvent maintenir et souvent améliorer la qualité des soins (9).

En mars 2020, il a été publié au Journal Officiel, six protocoles nationaux de coopération pour la prise en charge des soins non programmés (10). Levier majeur de la stratégie « Ma santé 2022 », les protocoles de coopération permettent une délégation d'activités ou d'actes de prévention, de diagnostic et de soins entre des professionnels de santé délégants et des professionnels de santé délégués afin d'améliorer le parcours de santé ou la couverture de prise en charge des soins dans un territoire donné (11). Un de ces six protocoles de coopération porte sur la prise en charge, par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'État, de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre de structure pluri professionnelle (10).

Cependant, il n'existe pas d'études disponibles sur les éventuelles bénéfices et/ou limitations pour les professionnels à la mise en place de ce protocole dans la pratique courante.

Ainsi l'objectif principal de cette étude est de recueillir l'avis de professionnels de santé exerçant en maison de santé pluri professionnelle (MSP) concernant les freins et les leviers possibles au développement de ce protocole dans leur pratique courante.

Matériel et Méthode

1. Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été menée afin de recueillir l'avis des professionnels de santé concernant les freins et leviers à la mise en œuvre du protocole sur la prise en charge de la pollakiurie dans leur pratique courante.

2. Population étudiée

La population ciblée par cette étude était des professionnels de santé libéraux (médecins, infirmières et pharmaciens) exerçant au sein d'une MSP.

Pour des raisons pratiques, seuls ceux installés dans le département des Alpes Maritimes (06) ont été retenus.

3. Échantillonnage

L'échantillonnage était réalisé par effet boule de neige et la taille de l'échantillon était estimée dès le début de l'enquête, puis déterminée par la saturation des données.

Les données de la littérature concernant la recherche qualitative indiquent que, généralement, la saturation des données est atteinte après avoir réalisé entre 15 et 20 entretiens (12).

3.1. Critères d'inclusion

Les professionnels de santé, toutes tranches d'âges et sexe confondues, devaient exercer au sein d'une MSP, dans le département des Alpes Maritimes. Ils devaient également partager au sein de la MSP un logiciel commun labélisé « dossier patient informatisé » par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP) et être volontaires pour participer à l'étude.

3.2. Critères de non-inclusion

N'étaient pas inclus dans l'étude, les professionnels de santé de la MSP exerçant une autre profession que médecin généraliste, infirmier ou pharmacien ; ou exerçant dans un autre département que les Alpes Maritimes.

3.3. Critères d'exclusion

Étaient exclus les professionnels de santé ne souhaitant plus participer à l'étude.

4. Recrutement

Les professionnels de santé étaient sollicités par l'investigatrice en utilisant le téléphone, le mail (annexe 1) et en se rendant directement au sein des cabinets médicaux et paramédicaux.

La liste des MSP du 06 a été obtenue sur le site internet « <https://www.maisons-et-poles-de-sante.com/maison-de-sante/provence-alpes-cote-d-azur/alpes-maritimes/> » et les coordonnées des professionnels de santé via l'annuaire santé Ameli.

Un courrier d'appel à participation a été utilisé lors des déplacements en cabinets et a été envoyé au coordinateur des MSP pour qu'il le transmette aux possibles participants (annexe 2). Ce dernier contenait une brève énonciation du sujet de l'étude, le déroulé de l'entretien individuel, la durée moyenne prévisible et un lien facilitant la prise de rendez-vous pour les entretiens.

5. Recueil de données

Les entretiens individuels étaient menés par l'investigatrice, jusqu'à saturation des données. Il était entendu avec les volontaires d'une plage horaire et d'un lieu leur convenant.

En début d'entretien, l'investigatrice a pris le temps d'instaurer un climat de confiance et d'aviser le participant du but de l'étude qui était de recueillir leurs expériences professionnelles personnelles, sans jugements sur leur pratique. Les entretiens étaient enregistrés par un dictaphone numérique de la marque KINPEE, dans le but de favoriser la libre expression des professionnels de santé.

Il avait été décidé de réaliser un focus group à la suite des entretiens individuels seulement si les participants y étaient favorables et s'ils étaient disponibles, afin d'augmenter la validité de l'étude.

6. Guide d'entretien

Un guide d'entretien individuel semi directif a été conçu au préalable, permettant de s'assurer que les thèmes souhaités étaient bien abordés et de recueillir des réponses individualisées grâce aux questions ouvertes (annexe 4).

Ce canevas pouvait être modifié au cours de l'étude si, après les premiers entretiens, de nouvelles données apparaissaient, afin de s'ajuster au plus près et au mieux à des données ignorées jusqu'alors.

7. Retranscription

La retranscription a été faite manuellement par l'investigatrice sous format verbatim, dans les 8 jours suivant l'entretien, à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

Les aspects non verbaux ont été retranscrits en italique et entre parenthèse pour étoffer les détails non perceptibles de l'entretien.

Les enregistrements ont été détruits après retranscription.

8. Analyse

Les données ont été analysées selon une méthode d'analyse thématique.

Le codage axial a été conduit manuellement par l'investigatrice qui a ensuite réalisée l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif.

9. Aspect éthique

S'agissant d'une étude non interventionnelle sur la personne humaine et ne traitant pas de données à caractères personnelles, seul un avis auprès du Comité Éthique sur les Recherches Non Interventionnelles (CERNI) a été sollicité et accordé pour la réalisation des entretiens individuels et d'un focus group sous les références 2022-062 en septembre 2022.

9.1. Consentement écrit et enregistrement

En début d'entretien, un formulaire d'informations et de consentement écrit (annexe 4) a été remis aux professionnels de santé qui le signaient s'ils consentaient à l'enregistrement audio de l'entretien ainsi qu'à l'utilisation de ces données pour l'étude, dans le respect du pseudo anonymat et de la confidentialité.

9.2. Pseudo-anonymisation

Les entretiens étaient rendus anonymes grâce à l'usage de numéros donnés selon la chronologie des entretiens. Une table de correspondance entre chaque participant et les numéros était établie.

Afin de conserver l'anonymat des participants, les éléments permettant de les identifier étaient remplacés par « *** » dans les verbatim.

Résultats

1. Population étudiée

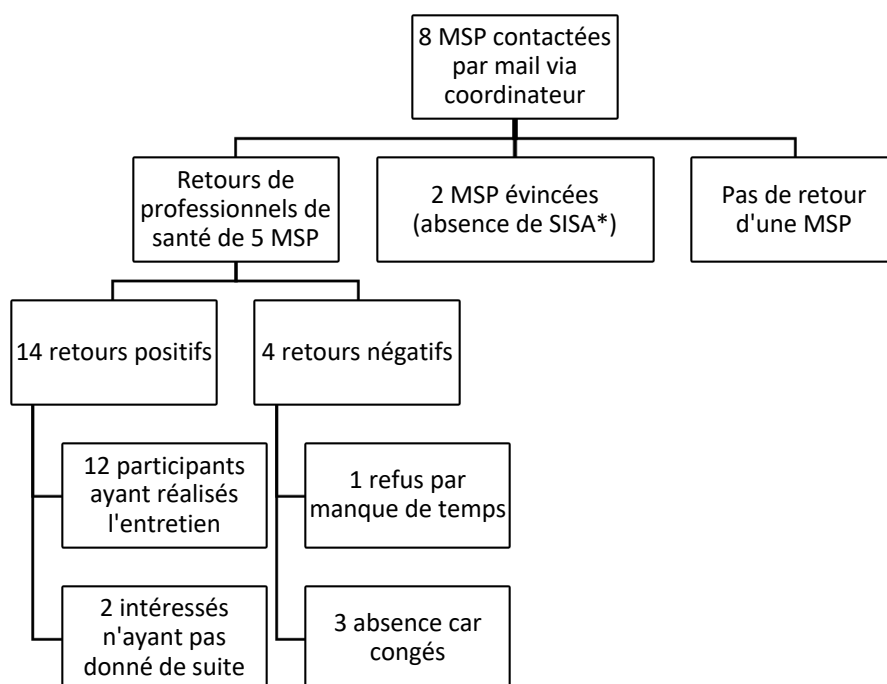


Figure 1 Diagramme de flux du recrutement des professionnels de santé interrogés

Au total, douze entretiens ont été réalisés entre le mois de novembre et le mois de décembre 2022. La durée des entretiens était comprise entre 12 minutes 33 et 38 minutes 45 avec une durée moyenne de 24 minutes 30.

La population étudiée était composée en majorité de femmes, exerçant en milieu urbain et installées depuis 15 à 35 ans. La moyenne d'âge était de 35 à 50 ans. Les professionnels de santé interrogés étaient composés de cinq médecins, trois infirmières et quatre pharmaciennes (annexe 5).

* Les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) doivent se constituer en sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA). Ce statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'Assurance Maladie.

2. Données issues des entretiens

2.1. Les relations interprofessionnelles

Tous les professionnels de santé interrogés accordaient une grande importance aux relations interprofessionnelles et en étaient **plutôt satisfaits** « *C'est très sympathique justement de faire partie de la MSP* » (E6).

Les **échanges** et la **disponibilité** des uns envers les autres permettaient d'entretenir de **bonnes relations interprofessionnelles** au sein de la MSP « *je sais que je peux demander des conseils et des avis à mes collègues pluri professionnels* » (E1).

Ces relations interprofessionnelles contribuaient à établir un **environnement de travail serein, agréable, valorisant et enrichissant** « *Je trouve ça très agréable, on arrive au travail de façon sereine* » (E2), « *il y a un échange et c'est grandissant en fait, et c'est hyper valorisant aussi* » (E7).

Ces échanges étaient basés sur le **respect**, la **confiance** et la **solidarité** « *il y a une très grande confiance [...] On sait qu'on peut compter les uns sur les autres* » (E4).

2.1.1. Importance des relations extra professionnelles

Pour certains, des **liens amicaux extra professionnels** étaient essentiels car favorisaient l'**émergence d'affinités aidant** ainsi la **dynamique de travail** « *avoir [...] des choses qui nous réunissent, permet de mieux se connaître, pas seulement sur le plan professionnel [...] on a, [...] tendance à plus à solliciter celles et ceux qu'on connaît le mieux et avec qui on a le plus d'affinités* » (E5).

Toutefois, pour un professionnel de santé interrogé, la communication se cantonnait uniquement aux interactions professionnelles « *nous, les seules fois où on va les appeler c'est quand sur une ordonnance [...] il y a un produit qui est manquant* » (E12).

2.1.2. Particularités des quartiers sensibles

Pour ceux exerçant dans des quartiers sensibles, le **travail en équipe** occupait une **place importante** afin de **se soutenir** d'une part, mais aussi pour **améliorer la prise en charge** des patients « *du fait d'être dans un quartier difficile, je me suis dit qu'on aurait plutôt intérêt à être solidaire et à essayer de travailler finalement en équipe* » (E1).

2.1.3. Moyens de communication

Cette proximité interprofessionnelle facilitait, pour beaucoup, une **communication aisée et régulière** entre professionnels de santé « *ils savent qu'on est là et on a quand même des facilités à communiquer* » (E4).

Plusieurs moyens de communication étaient utilisés pour échanger mais **le téléphone prévalait** car **plus fluide, rapide et facile** « *pour parler des patients, c'est quand même beaucoup plus fluide. Je prends mon téléphone et j'appelle [...] et du coup la prise en charge du patient est beaucoup plus facile* » (E7).

Le **problème de la sécurisation des informations partagées** se posait lors d'utilisation de messageries groupées telle que WhatsApp® « *WhatsApp, on essaye de ne pas trop parler des patients parce que ce n'est pas sécurisé* » (E8).

En conséquence, ils optaient pour des **logiciels sécurisés communs**, mais ces derniers ne prédominaient pas parmi les infirmiers et pharmaciens.

Au sein d'une MSP multi site, l'emploi d'un logiciel commun à tous les membres constituait un challenge « *on a tous un peu des logiciels et des façons de travailler différentes et des patients différents. C'est vrai que ce n'est pas évident de regrouper tout le monde sur le même logiciel* » (E8).

2.2. Coopération pluri professionnelle

2.2.1. Les réticences des professionnels de santé

Presque tous les professionnels de santé interrogés avouaient avoir été initialement, réticents à la coopération pluri professionnelle :

- Par **manque de temps** « *Je n'ai pas participé à des projets de coopération par manque de temps* » (E6),
- Par **craintes d'une perte d'indépendance** « *j'avais un certain à priori [...], j'avais peur. Je m'étais installée à mon compte justement pour ne plus dépendre de qui que ce soit* » (E1),
- Par **désintéressement** « *Je ne suis pas de la génération de la réunionniste, où on passe des soirées à discuter sur un cas [...]. Honnêtement, je n'ai plus le temps et peut-être plus l'envie non plus* » (E4).

2.2.2. Les bénéfices de la coopération

A l'inverse, pour d'autres, il était évident que le **travail en équipe** était **préférable** « *c'est mieux quand on est à plusieurs* » (E1).

D'une part, la coopération était **indispensable à l'amélioration de la prise en charge des patients** « *on a travaillé énormément pour que justement le travail pluri professionnel soit mis en avant pour la meilleure prise en charge des patients. [...] c'est quand même indispensable pour une bonne prise en charge* » (E3).

Elle apportait même une **nouvelle perspective de prise en charge plus facile**, évitant à certains **de se sentir isoler** et permettant aussi de **trouver, collectivement, des solutions à des situations ardues** « *c'est ce qui me plaît ; de ne pas me sentir isolée.* » (E5), « *On discute de ce qui nous bloque et puis le fait d'en parler à plusieurs avec d'autres regards, ça aide bien. Et moi, ça m'a débloqué de plusieurs situations* » (E8).

2.2.3. Les inconvénients de la coopération pluri-professionnelle

Toutefois, contrastant avec les bénéfices du travail en équipe, de nombreux professionnels de santé reportaient le **manque d'investissement du plus grand nombre** et mentionnaient une **disproportion du partage de tâches de travail** au sein de la MSP ; c'était **toujours les mêmes qui effectuaient le travail** « *je pense plus que c'est un manque de participation du plus grand nombre* » (E5), « *Il y a des personnes qui sont extrêmement actives au sein de la MSP, qui bossent, qui se réunissent [...] Et à côté de ça, malheureusement, et bien, il y a des personnes qui n'y arrivent pas, qui ne trouvent ni le moment ni la motivation pour s'intégrer dans l'équipe* » (E1).

Certains reconnaissaient leur **manque d'engagement** au sein de la MSP, avouant que c'était, en parti, par **manque de temps** « *c'est vrai que moi, au niveau de la MSP, je ne m'investis pas énormément* » (E7).

Pour autant, tous ne percevaient pas la situation de cet angle, ils préféreraient **avancer à leur rythme, sans se mettre la pression ou forcer qui que ce soit** « *on a décidé qu'on faisait à notre rythme, on ne se met pas la pression. On fait les choses sans forcer personne, toujours dans la bonne humeur* » (E11).

Il n'était pas rare que ces relations subissent quelques tensions, même si anecdotiques, compte tenu des différences de caractères ou de manières de fonctionner des personnes impliquées dans la MSP « *on est tous des professionnels, donc des personnes différentes, de caractères* »

différents, de fonctionnements différents, il y a forcément dans une équipe des gens avec qui on s'entend plus ou moins » (E2).

Expliquant que les **affinités se formaient au gré des similarités de méthode de travail partagé** « *il y a des gens avec qui on travaille plus ou moins pareil aussi [...] donc je sais qui, dans l'équipe pluri professionnelle, en qui j'ai le plus confiance et en qui j'ai moins confiance [...] je sais avec quel professionnel je ferais plus attention si je coopère avec eux* » (E2). Quoi que d'autres ne rencontraient aucuns problèmes « *Y'a aucun problème, y'a jamais d'accrochages et jamais d'opposition* » (E9).

2.2.4. La spécificité des maisons de santé pluri professionnelles multi sites

Pour un professionnel de santé exerçant en milieu urbain, la **configuration géographique** de la MSP multi site représentait une **entrave au bon travail en équipe** « *en plein centre-ville [...] ce n'est pas évident de trouver la surface qui va bien [...] chacun est déjà un peu de son côté et ce n'est pas évident. [...] Ce n'est pas aussi facilitateur je pense, en termes de communication, que des maisons de santé qui sont sous le même toit* » (E8).

Une solution palliative à cette difficulté de dispersion, relative aux MSP multi sites, était l'existence d'un **lieu de rassemblement commun** à tous les membres tel qu'une salle de réunion « *on a une salle de réunion [...]. Et ça, ça nous aide aussi à nous voir, [...] on se réunit quand même un peu régulièrement* » (E8).

2.3. La délégation de tâches médicales

2.3.1. La perception de la délégation par les professionnels de santé

La délégation de tâches médicales était définie par les professionnels de santé comme : « *un travail en collaboration et qui permet aussi la prise en charge du patient plus rapide* » (E1).

Il s'agissait de **déléguer un acte normalement réalisé par le médecin traitant vers un autre professionnel de santé**, avec toutefois un détail important qui était **l'encadrement légal** afin d'éviter les dérives et les prescriptions inadaptées « *l'acte fait normalement par le médecin traitant est délégué à un paramédical, qui peut être un infirmier* » (E11), « *Une délégation de tâches, c'est des tâches précises que j'aurais vérifié avant et qui sont aussi encadrées légalement* » (E2).

Pour les infirmiers et les pharmaciens, la délégation de tâches médicales était perçue comme un **élargissement de leur champ de compétences, une nouvelle mission** « *nous en tant*

qu'infirmière, on puisse peut-être faire des actes, prescrire peut-être certains traitements et s'occuper de certains signes » (E1), « en tant que pharmacien, c'est des nouvelles missions qui nous sont confiées. » (E6).

En quelques sortes, ils **suppléaient le médecin en allégeant sa charge de travail et facilitaient la prise en charge du patient** *« c'est toute l'idée d'alléger un peu, [...] de permettre un accès aux soins [...] plus facile aux patients ; facilité la vie des patients et des professionnels de santé. » (E8).*

2.3.2. Avis des professionnels de santé délégués

2.3.2.1. Point de vue des infirmières

Les infirmières **adhéraient totalement** au concept de délégation de tâche médicale à la **condition que cela apportait un bénéfice aux patients** et qu'elles étaient **formées** *« moi je suis complètement pour, à partir du moment où ça apporte une meilleure prise en charge au patient » (E3).*

Elles percevaient une **opportunité de considération** de leur travail quotidien avec l'avantage de **délester le médecin généraliste**, sans pour autant l'outrepasser *« un travail qu'on fait au quotidien, qui pourrait être considéré et qui ne l'est pas aujourd'hui » (E1), « On supplée énormément le docteur sur place. [...] On n'outrepasse pas notre rôle » (E3).*

2.3.2.2. Point de vue des pharmaciens

Les pharmaciens étaient d'avis mitigés. D'une part, on notait ceux qui étaient **ravis de l'évolution** de leur profession, leur permettant ainsi d'être **acteur de la prise en charge** des patients en prenant le **relais du médecin** lorsque ce dernier était indisponible, **sans** pour autant **prendre sa place** *« je pense que c'est positif parce que nos métiers évoluent » (E6), « il y a des moments où on n'a pas les médecins, et nous, pharmaciens [...] on peut prendre [...] le relais sur des petites choses [...] Le but n'est pas de prendre [...] la place du médecin parce que le médecin a complètement sa place » (E7).*

Et puis, d'autres, **réticents** à la délégation de tâches médicales, n'ayant **pas le temps** car ces nouvelles missions réclamaient des **besoins humains qualifiés** ; la délégation étant restreinte à du personnel éligible *« il faut quand même qu'on soit avec un nombre de personnel assez confortable, pour pouvoir faire tout ça » (E6), « toutes ces nouvelles missions demandent aussi de la formation » (E6).* Cela **majorait donc la charge de travail** du pharmacien pour qui la

mission principale restait la délivrance de médicaments « *notre mission principale c'est quand même de délivrer les médicaments* » (E6). De ce fait, la délégation était perçue comme un **atout et non** comme un **impératif** « *ça c'est vraiment des plus, parce qu'à un moment donné, on ne peut pas se démultiplier.* » (E6).

2.3.3. Avis des professionnels de santé délégués (médecins)

Les médecins interrogés étaient **unanimentement favorables à la délégation de tâches médicales** « *il faut déléguer, il faut savoir déléguer* » (E9).

Ce qui influençait le choix du médecin à la délégation ou pas, c'était **en priorité, l'intérêt du patient** et sa prise en charge « *Si je délègue des tâches médicales, je le fais dans l'intérêt du patient et du soin. [...] est-ce que le soin va être amélioré ou maintenu ?* » (E9).

Un médecin interrogé reconnaissait que déléguer aurait pu être une source de stress mais en réalité ce n'était pas le cas puisqu'elle avait confiance en son équipe « *Le fait de ne pas avoir fait grand-chose, ça aurait pu me stresser, habituellement, en tant que médecin, parce que j'aurais pu avoir l'impression de perdre la main sur la prise en charge de ma patiente [...]. Mais en fait, pas du tout !* » (E2).

La délégation de tâches médicales était perçue, par les médecins, comme **une solution à la tension démographique médicale actuelle** et un moyen de **se libérer du temps pour d'autres tâches** « *ça répond à un contexte démographie médicale du moment qui n'est pas ouf et qui fait qu'on a besoin de ce genre de choses* » (E8), « *ça me dégagerait du temps en fait pour faire d'autres choses. [...] pour moi ça m'évoque plutôt [...] un aspect positif des choses.* » (E2).

Toutefois, des médecins exprimaient des **réserves** quant à **l'encadrement et les limites de la délégation** et **questionnaient la place du médecin généraliste à l'avenir** « *il faut que ce soit cadré pour éviter qu'il y ait des dérives et qu'il y ait des prescriptions inadaptées* » (E5), « *Où sera notre place dans quelques années ? [...] jusqu'où on va déléguer ?* » (E5).

Ils **redoutaient une délégation de tous les actes simples**, les laissant prendre en charge uniquement des tâches complexes « *on délègue trop finalement de tâches faciles du médecin vers les autres professions et que nous, médecins, on se retrouve à ne faire plus que des tâches très complexes* » (E2).

2.4. Le protocole de prise en charge de la pollakiurie par l'infirmier ou le pharmacien

2.4.1. Avis des professionnels de santé délégués

2.4.1.1. Point de vue des infirmières

Très peu d'infirmières avaient connaissance de la publication de protocoles de délégation de soins. Elles regrettaient de n'avoir pas reçu l'information personnellement « *Quand il y a des décisions qui sont prises et qui correspondent à nos métiers, [...] c'est d'avoir un mail perso* » (E10). Mais après une brève explication du protocole, elles s'accordaient à dire que la mise en place d'un protocole de délégation de soins pour la pollakiurie était **une bonne initiative** « *je trouve que c'est très bien, c'est une très bonne initiative* » (E1).

Elles n'étaient **pas du tout intimidées** à l'idée de prendre en charge des infections urinaires simples « *si j'ai un protocole clair et établi... Les doigts dans le nez !* » (E3) et se sentaient aptes à le faire puisque c'était **dans l'intérêt des patientes et de l'équipe soignante** et que ça permettait d'**accélérer, de manière sécurisée, la prise en charge** des patientes « *c'est dans l'intérêt du patient d'abord et dans le nôtre, autant les médecins que nous* » (E1), « *on suit le protocole, on se sent moins seule. Et on sent plus que le patient est en sécurité* » (E1).

De leurs points de vue, elles **effectuaient déjà ces tâches de manière occulte**, « *De toute façon, c'est déjà ce que l'on fait ! [...] Il faut juste qu'il soit établi et qu'il soit reconnu, c'est tout !* » (E1).

Étant habituées à travailler avec des protocoles, certaines ne l'envisageaient pas autrement ; ces protocoles **garantissaient une protection** « *Si c'est protocolisé, nous, on est couvert* » (E10). Elles réclamaient un **déploiement de protocoles à d'autres pathologies** car la **délégation représentait l'avenir** « *franchement, pour moi, c'est l'avenir de déléguer* » (E3).

En revanche, l'une d'entre elles soulignait que, de ces patients, peu se plaignaient d'infections urinaires et une autre avouait qu'elle ne pensait pas être le premier recours de patientes souffrant d'infection urinaire « *clairement, elles ne vont pas aller voir l'infirmière, s'il n'y a pas déjà une infirmière qui passe tous les jours ou une infirmière qu'elle connaisse de façon régulière, ce n'est pas chez elle qu'elles vont aller se faire soigner* » (E10).

Les deux s'accordaient à dire que **le protocole s'adressait majoritairement aux pharmaciens à contrario des infirmiers**, étant donné leur proximité évidente avec les patients ; aller à la pharmacie constituait un réflexe premier pour les patients « *il y a plein de possibilités d'aller en pharmacie spontanément que chez son médecin traitant [...] quand on va bien* » (E10).

2.4.1.2. Point de vue des pharmaciens

L'ensemble des pharmaciens interrogés **adhéraient** à la décision d'instaurer un protocole déléguant la prise en charge de l'infection urinaire car ils y étaient **souvent confrontés**, la plupart du temps **en fin de journée ou le weekend** « *C'est bien de mettre ça en place [...] on est régulièrement confronté à ce genre de problème* » (E7), « *ça m'arrive toujours à 19h le soir et [...] le samedi après-midi ou même le samedi matin* » (E4).

Ce protocole leur **procurait une assurance** « *on sera plus couvert, ça sera bien* » (E4).

Certains exprimaient un sentiment d'impuissance car jusqu'à présent, ils n'étaient pas à même de prendre en charge les patients se plaignant d'infection urinaire « *il y en a qui vraiment insistent et qui repartent, pas contents, parce qu'on ne leur aura pas donné leur Monuril®* » (E6). Par conséquent, ce protocole leur permettait de **bien soigner les patientes et rapidement** « *les avantages c'est finalement de bien pouvoir soigner la personne, rapidement* » (E12).

Selon une pharmacienne, la **pharmacie** représentait le **lieu de premier recours** des patientes par rapport au cabinet du médecin généraliste « *le premier endroit où elles viennent c'est à la pharmacie [...] elles passent par la pharmacie parce que les médecins, c'est plus difficilement abordable quoi. Il faut avoir un rendez-vous, il faut souvent faire la queue* » (E12).

La pharmacie avait l'avantage d'offrir une **confortabilité d'accès aux soins à sa patientèle** et de **longues plages horaires sur la journée** « *il y a un côté [...] pour les patients plus confortables parce que [...] c'est accessible à tout le monde. Elle rentre dans une pharmacie et elle explique son problème, elle repart avec un traitement* » (E12), « *on est ouvert quand même, on a de longues plages horaires* » (E7).

En revanche, les pharmaciens réclamaient du protocole, de la **simplicité** et l'**absence de caractère chronophage** « *Il faut qu'il soit simple, pas chronophage, il ne faut pas enfermer les professionnels de santé dans un carcan administratif* » (E4).

Plusieurs pharmaciens évoquaient la **difficulté du prélèvement urinaire** car les **toilettes avec accès au public** n'étaient **pas exigées** d'eux « *il faut faire une bandelette urinaire et on n'a pas de toilettes disponibles [...] il faut savoir que les toilettes ne sont pas obligatoires en pharmacie* » (E7).

Après contextualisation, certains pharmaciens s'étonnaient d'être amenés à devoir examiner les patientes « *Examiner ? Je ne pense pas qu'on ait à examiner... Jusqu'à présent les pharmaciens, ils n'examinent pas [...] Je pense que ça va être essentiellement à l'oral, au niveau des questions* » (E12).

2.4.2. Avis des professionnels de santé délégués (médecins)

Tous les médecins s'accordaient à dire que **le protocole de délégation était une bonne idée** « *c'est une super idée* » (E8), sachant que la **cystite** constituait un **motif de consultation fréquent et facile à déléguer** « *c'est un motif de consultation qui est fréquent et qui est facile à déléguer* » (E5).

Le protocole **répondait à un besoin de désencombrement des consultations** et il **permettait un recours rapide aux soins pour les patients** « *ça embolise potentiellement des consultations pour des choses qui peuvent facilement être déléguées, sans risque pour le patient* » (E8).

Mais quelques médecins généralistes, **mettant en doute le succès** de ce protocole, **émettaient des réserves** « *c'est bien sur le principe, mais c'est lourd sur l'application* » (E11).

Tout d'abord, la mise en pratique du protocole se révélait **plus complexe en milieu urbain** du fait d'un **parcours de soins hyper fléché**, rendant le **processus de recrutement des patients épineux** « *pour l'urbain [...] ce n'est pas hyper facile [...] c'est quand même hyper, hyper fléché* » (E8), « *que le patient soit forcément un patient médecin traitant, en maison de santé, ça c'est un peu dommage, c'est ça qui est, pour moi, est le plus gros frein* » (E8).

Cette **restriction de recrutement** était secondaire aux limites poreuses des équipes pluri professionnelles d'après un praticien, car basées uniquement sur la patientèle des médecins traitants ; alors qu'en vrai « *les infirmières, les pharmaciens, les kinés, ils voient des patients d'autres médecins traitants* » (E2). Il en découlait une **source de frustration pour les professionnels de santé délégués** « *ce qui est frustrant c'est qu'il ne peut appliquer ce protocole qu'aux patients de la MSP.* » (E11).

Ces derniers proposaient donc de **redéfinir la patientèle de l'équipe pluri professionnelle** afin d'améliorer les critères d'inclusion « *cette frontière floue, je ne sais pas si un jour, il ne faut pas que les législateurs, ils redéfinissent en fait ce que c'est la patientèle de l'équipe de soins pluri professionnelle.* » (E2).

Pour un généraliste, le succès du protocole nécessitait plusieurs critères rassemblés :

- Une **équipe pluri professionnelle déjà établie, qui se connaît** ; telle qu'une MSP « *il faut une équipe qui travaille déjà ensemble et qui se connaît je pense donc de tester déjà à petite échelle* » (E2),
- Des professionnels de santé **délégués formés**, en qui il avait **confiance** « *ça mérite un bon débriefe formation [...] Faire facilement avec des personnes en qui j'ai confiance* » (E8)
- Une **proximité physique** de cette équipe, prévenant la dispersion.

- La nécessité d'un **outil de communication sécurisé déjà existant**, facilitant l'immédiateté du partage d'informations dans le dossier médical lors de prise en charge de patientes « *tout doit tracer donc il faut qu'on ait obligatoirement avoir un logiciel partagé* » (E11), « *j'aimerais que ça soit noté tout de suite dans mon dossier [...] j'aimerais que je sois alerté de façon instantané* » (E2)

Les médecins interrogés étaient **partagés vis-à-vis du rôle des soignants délégués** dans le protocole de délégation de la pollakiurie car « *l'infirmier ou le pharmacien, ce n'est pas la première personne à qui on pense lorsqu'on a une infection* » (E5).

Un médecin pensait que **déléguer à l'infirmier** s'avérerait **compliqué**, il critiquait l'intérêt de leur déléguer car ils **n'étaient pas le premier recours en cas d'infection urinaire**, au contraire des pharmaciens « *L'infirmier, pour le coup, je pense que ce n'est pas le premier recours du patient [...], il va plutôt se retourner vers le pharmacien s'il n'y a pas de médecin* » (E8).

Pour un autre, il y avait une facilité à orienter les patientes vers les infirmiers justement « *Je voulais juste préciser la partie facile pour orienter vers les infirmières, [...] elles ont mis en place une permanence à leur cabinet avec des prises de rendez-vous via ***. Donc les patientes peuvent les contacter directement et demander un rendez-vous avec elles* » (E11).

Ils s'accordaient sur le fait que le **pharmacien** présentait l'avantage d'être **plus accessible**, notamment **en termes de plages horaires** « *autant la patiente elle peut aller à la pharmacie globalement dans les horaires d'ouverture, c'est toujours ouvert, et c'est sur le moment* » (E8). Mais ils exposaient des **points à améliorer**, tels que l'**adaptation des locaux** pour les prélèvements urinaires « *c'est vrai qu'en pharmacie, ils ne sont pas équipés de WC pour public* » (E11).

Un autre médecin s'interrogeait sur le nom devant figuré sur l'entête des ordonnances lors de prescriptions, ceci n'ayant pas été précisé dans le protocole « *Ce sont des choses qui ne sont pas précisé dans le protocole* » (E11).

De plus, une autre difficulté rapportée portait sur le **cheminement du patient** au sein du protocole de soins « *il demande à ce que le patient [...] passe d'abord médecin traitant et que le patient accepte d'aller voir le pharmacien* » (E11).

Beaucoup de médecins s'interrogeaient sur le **circuit d'information du patient** car jusqu'à présent la prise en charge de l'infection urinaire simple était réservée au médecin généraliste « *le frein c'est déjà l'information du patient* » (E5), « *pour l'instant il s'adresse en fait vers son médecin, pour la plupart, c'est logique pour lui dans sa tête.* » (E2).

D'éventuelles solutions ont été proposées dont notamment, **l'implication de la secrétaire dans le parcours de soins** ; mais ceci **pouvait engendrer des biais** dans la prise en charge et **complexifier** encore plus le parcours de soins, selon un médecin « *Pour moi, il est obligé de passer par la secrétaire* » (E5), « *Si c'est les secrétaires qui proposent directement [...] est-ce que ça ne peut pas être un peu biaisé [...] ça complexifie un peu le truc* » (E8).

D'autres proposaient d'afficher l'information en salle d'attente, mais n'envisageaient pas une information à type de brochure ni d'orienter directement le patient pour des raisons déontologiques « *j'imagine mal une information, type brochure ou autre* » (E5), « *ce n'est pas déontologique de tracer et de dire faut aller à telle pharmacie* » (E8).

Et puis, les praticiens **s'interrogeaient sur la praticité** des protocoles publiés car mobilisant du temps, des ressources financières et humaines pour très probablement une **économie de santé ridicule** « *c'est des lois qui ont été mises en place, mais sur le terrain on voit déjà que la mise en œuvre est compliquée.* » (E2), « *je trouve que ça va être énormément d'argent dépensés pour au final traiter dix cystites quoi* » (E2).

En ce qui concernait leur pratique, les médecins interrogés exprimaient des **craintes sur le devenir de la médecine générale** « *j'ai aussi des craintes sur le devenir de notre profession* » (E5).

Une consultation pour le motif d'infection urinaire, correspondant à un acte simple, permettait au médecin de souffler dans son planning « *Ça fait partie des consultations qui sont faciles, qui peuvent te faire souffler dans ton planning... Intellectuellement, (souffle), ça retombe...* » (E5). Perdre cette activité risquait d'entraîner pour les médecins une baisse de revenus et ils **s'interrogeaient donc sur la rémunération des actes délégués** « *est-ce que dans tout ça, le médecin est rémunéré de quelque chose, même s'il n'intervient pas ?* » (E5).

Les médecins **craignaient ainsi la disparition d'actes simples au profit de consultations plus complexes** « *on délègue toutes nos tâches [...] assez facile et je me retrouve avec des patients complexes, polypathologiques pour lequel je passe une heure en consultation* » (E2).

2.5. Données issues du focus group

Le focus group n'a finalement pas été réalisé car plusieurs professionnels de santé n'ont pas souhaité y participer par manque de temps ou parce qu'ils ne souhaitaient pas se déplacer.

Discussion

1. Résultats principaux

L'objectif de cette étude était de recueillir l'avis des professionnels de santé concernant les leviers et les freins possibles au développement de ce protocole dans leur pratique courante. Pour les professionnels de santé interrogés, le protocole sur la prise en charge de la pollakiurie est performant sur le principe mais la mise en œuvre s'avère plus complexe.

1.1. Les leviers relevés par les professionnels de santé

Ce protocole de coopération est perçu comme une bonne initiative car répond à de nombreux besoins.

Au niveau médical, sachant les médecins débordés, le protocole permettrait d'alléger leur charge de travail et par la même occasion, favoriserait un désengorgement des cabinets médicaux. Pour les patients, la délégation de prise en charge de la pollakiurie aiderait au recours rapide et sécurisé aux soins non programmés. Et enfin, grâce à ces protocoles, on pourrait peut-être espérer une amélioration de la tension démographique médicale actuelle en France.

Le protocole est aussi vecteur de l'élargissement du champ de compétence des pharmaciens et des infirmiers. Il légitime et garantit l'encadrement de pratique des professionnels de santé délégués.

Une donnée, exprimée par les délégants et les délégués, est l'idée que le protocole soit principalement prévu pour les pharmaciens. En effet, ils ont l'avantage d'être le lieu de premier recours des patientes au vu de leur accessibilité et des larges plages horaires disponibles.

1.2. Les freins perçus par les professionnels de santé

Les principaux freins à la mise en œuvre du protocole, selon les professionnels de santé interrogés, sont :

- La pénibilité organisationnelle (en termes de temps, ressources humaines et financier) de mise en place du protocole pour une probable économie de santé considérée comme ridicule,
- Les contraintes du protocole limitant le recrutement des patientes car il est restreint aux patientes des praticiens de la MSP,
- La nécessité d'une relation de confiance entre le médecin délégué et les professionnels de santé délégants, au sein d'une équipe pluri-professionnelle déjà établie,

- Le moyen d'information des patientes vis-à-vis du changement de parcours de soins en cas de cystite n'est pas clair car doit être ciblé aux patientes concernées,
- Les aménagements nécessaires comme l'accès aux sanitaires,
- L'utilisation d'un logiciel de communication sécurisé commun permettant la notification instantanée du praticien lors de la prise en charge de patientes,
- La rémunération des actes délégués pour le praticien est une problématique pouvant engendrer une baisse de revenu si la disparition d'actes simples au profit de consultations plus complexes s'étend à plusieurs pathologies car les médecins sont payés en majorité à l'acte.

Nombreux professionnels de santé interrogés partagent l'idée que l'infirmier n'occupe pas la place de premier recours en cas de cystite et ne perçoivent pas l'intérêt d'une délégation pour ce protocole à ces derniers.

2. Les données de la littérature

Tout d'abord, la qualité des relations interprofessionnelles est un élément facilitateur de la coopération pluri-professionnelle exprimé par tous les professionnels interrogés.

Comme le relève Bollen et al. (2019) sur les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle entre les pharmaciens communautaires et les médecins généralistes (13), la communication est le facteur d'influence de la collaboration le plus souvent mentionné.

Selon un médecin interrogé, le transfert de tâches médicales constitue une solution à la tension démographique médicale actuelle en France.

Une revue de littérature centrée sur l'Europe (14) affirme que la délégation de tâches est une méthode efficace pour remédier aux pénuries de personnel de santé, à condition que certaines conditions soient remplies. La qualité des soins doit être équivalente à ce qu'elle était avant la délégation, elle doit s'inscrire dans le cadre des contraintes légales et réglementaires et elle doit être acceptée à la fois par les médecins qui délèguent et par les patients (14).

Tous les professionnels de santé interrogés s'accordent à dire que la délégation de tâches médicales doit s'effectuer, avant tout, dans l'intérêt du patient. Ce point de vue est partagé par Donald et al. (2017) (15) ; les médecins et les pharmaciens reconnaissent que les soins partagés doivent être centrés sur le patient et que, pour mettre en œuvre ce modèle de soins efficacement, toutes les parties doivent adhérer à la notion de modèle de soins collaboratifs.

Selon les professionnels interrogés, ce transfert de tâches médicales permet à la fois d'élargir le champ de compétences des délégants mais aussi de libérer du temps aux délégués.

McInnes et al. (2015) (16) et Bosley et al. (2008) (17) rapportent que les médecins généralistes sont largement favorables à ce que les infirmières élargissent leur rôle, afin d'accroître l'efficacité du cabinet et de se libérer du temps. Berg et al. (2009) étaient aussi du même avis ; le fait de déléguer des tâches, les médecins étaient soulagés dans leur travail quotidien (18).

Les opinions sur la délégation en France semblent avoir évolué. D'après la thèse de Marquiset (2007) (19), les médecins étaient réticents à déléguer, ils redoutaient que le système de délégation ne passe par une surcharge administrative supplémentaire, ce qui serait loin de leur faire gagner du temps. Bertheau (2014) (20) rapporte que pour certains médecins, la délégation de tâches médicales avait parfois moins de sens que la délégation de tâches administratives au regard de la problématique de la gestion du temps.

Toutefois, les médecins interrogés expriment des craintes sur le devenir de leur profession, ils craignent la disparition d'actes simples au profit de consultations plus complexes.

Comme le note Bernardin (2020) (21) dans son travail de thèse, les médecins expriment des préoccupations intrinsèques de l'impact de la délégation pour leur pratique.

De plus, la rémunération des actes délégués constitue une préoccupation des médecins généralistes interrogés. Agamaliyev et al. (22) évoque que, parmi les déterminants disposant à déléguer, les médecins sont plus favorables à la délégation quand l'infirmier est financé par l'assurance maladie ; ces derniers considèrent la délégation comme une perte d'activité et ainsi une concurrence avec les infirmiers pour une partie de leur activité. Karam et al. (23) confirment également que la réticence des médecins généralistes, notamment en milieu urbain, est étroitement liée aux paiements de ces actes.

Dans l'arrêté du 10 septembre 2020 (24), il est indiqué que la rémunération des protocoles de coopération est versée à la structure (MSP), en limitant le paiement aux structures adhérentes à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). La rémunération, de 25 euros par patient entrant dans le protocole, est librement partagée dans l'équipe des professionnels de santé impliqués dans le protocole. Cette donnée permet de répondre aux questions des médecins concernant la répartition de la rémunération, qui est laissée à leur initiative.

Plusieurs professionnels ont mis en avant l'avantage de la proximité et la rapidité d'accès aux pharmacies. Donald et al. (2017) (15) révèlent que les médecins soulignent l'importance de la

proximité et de la rapidité d'accès aux pharmaciens ; lorsque le pharmacien est situé à proximité, cela permet des consultations pratiques, brèves et fréquentes pour les patients.

3. Forces et limites de l'étude

Une force de cette étude est qu'elle a permis de rendre patent l'opinion de tous les professionnels de santé concernés par ce protocole de coopération sur la prise en charge de la pollakiurie. Le fait d'avoir interrogé les professionnels délégués et déléguants a permis d'exposer les points de vue de chacun et ainsi de les confronter.

L'enquête qualitative basée sur des entretiens semi dirigés est adaptée aux objectifs fixés car cette méthode a permis de recueillir le ressenti des professionnels de santé.

L'utilisation d'un guide d'entretien préétabli a favorisé la standardisation et la reproductibilité du déroulement des entretiens, limitant les biais d'investigation.

Lors des entretiens, la reformulation des questions et/ou des propos incompris ont permis de limiter les erreurs de compréhension entre les participants et l'investigatrice.

La saturation de données malgré l'échantillon de faible importance semble acquise dans cette étude car plusieurs idées ont été répétées par les professionnels de santé interrogés.

Une triangulation des données par focus group, en complément des entretiens semi dirigés, a été initialement envisagée afin d'augmenter la validité de l'étude. Mais cette idée a été abandonnée devant les réticences des professionnels de santé

L'absence de double codage des entretiens par une personne indépendante à l'étude, dû à un manque de moyens et de temps, constitue un biais d'interprétation.

Certains résultats émanant des entretiens diffèrent des données attendues, retrouvées lors d'un entretien exploratoire test, notamment sur le frein que constitue l'utilisation obligatoire des logiciels communs partagés qui n'ont été que peu développé au cours de la phase d'investigation. Nous en déduisons que c'est peut-être dû au manque d'informations apportées par l'investigatrice lors des entretiens ou la méconnaissance du protocole des professionnels de santé qui ne l'ont pas encore mis en pratique.

La diversité de profils de l'échantillon est recherchée afin de garantir la validité de l'étude. L'échantillon est assez équilibré en termes de représentants de chaque profession (annexe 5).

Néanmoins, ce dernier manque de diversité en termes de genre et de type d'activité. Il est constitué en majorité de femmes exerçant en milieu urbain. On note donc un biais de

recrutement car les participants ont été sélectionnés sur du volontariat. Ceci limite l'extrapolation des résultats à la population de professionnels de santé.

D'après les données démographiques des professionnels de santé libéraux de l'Assurance Maladie en 2020 (25) dans les Alpes-Maritimes, les infirmiers sont en général des femmes, âgés en moyenne de 46 ans et les médecins généralistes sont en majorité des hommes, âgés de plus de 50 ans. La prédominance de réponses féminines pourrait être le reflet de la féminisation du corps médical ; parmi les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ans, les femmes représentent 65% (26).

Il est donc probable que les professionnels interrogés soient représentatifs de la population ayant trait au thème de la prise en charge de la pollakiurie chez la femme jeune dans le cadre de structure pluri professionnelle. De plus, il est envisageable que les femmes se sentent plus concernées que les hommes lorsqu'il s'agit d'infection urinaire, étant donnée le risque plus élevé d'infection urinaire chez la femme par rapport à l'homme (27).

En outre, nous notons que l'âge des professionnels de santé interrogés et leur année d'installation peuvent influencer les résultats dans la mesure où le contenu de la formation initiale diffère selon les périodes.

4. Perspectives

Notre étude s'intéressait au ressenti des professionnels de santé sur le protocole de coopération de la pollakiurie. Ce protocole n'est pas encore appliqué au sein des MSP des professionnels interrogés par manque de temps, du délai d'organisation nécessaire pour former les professionnels délégués et la charge administrative attendue. Il serait peut-être intéressant de refaire cette étude dans quelques années lorsqu'il sera mis en pratique pour ainsi comparer les résultats.

Depuis 2012, la chute des effectifs de médecins généralistes de 5,6% associée au vieillissement de la population ont rendu le système de santé français inadapté (4). Différentes lois ont été érigées pour palier à l'insuffisance du système de santé.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 (28) a facilité l'exercice en commun des professionnels de santé et a amélioré le statut des MSP sur le plan juridique. Puis en 2016, la loi de « Modernisation de notre système de santé » (29) a redéfini les soins primaires et organisé les soins sur de nouveaux territoires avec la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Et enfin, en 2019, la Loi Organisation et transformation du

système de santé (30) a pour objectif de rééquilibrer l'offre de soins en instaurant, notamment, le transfert interprofessionnel de tâche médicale.

La restriction de recrutement à des patientes ayant pour médecin traitant un médecin délégué de la MSP constituait un frein à la mise en pratique du protocole, la patientèle des pharmaciens n'étant pas uniquement des patients de médecins généralistes de la MSP.

Dans un contexte de tension des SAU durant l'été 2022, les six protocoles de coopération des soins non programmés ont été étendus aux CPTS, à titre dérogatoire et temporaire jusqu'au 30 septembre 2022 afin de faciliter l'accès aux soins (31).

Le 9 mars 2023, un arrêté a été publié au Journal Officiel. Il abroge deux protocoles de coopération dans le cadre des soins non programmés « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'État de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans » (32) et « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier de patients de 6 à 45 ans se présentant pour odynophagie (douleur de gorge ressentie ou augmentée lors de la déglutition) » (33). Ces protocoles sont remplacés par des protocoles ouverts aux CPTS (34). Les principes du protocole restent les mêmes mais des modifications ont été apportées concernant l'obligation pour la patiente d'avoir un médecin traitant membre de la structure d'exercice coordonné et les moyens de communication. Jusqu'ici la délégation était possible uniquement pour les patientes ayant pour médecin traitant un des délégués. Dorénavant, les patientes pourront avoir un médecin traitant membre ou non de la structure d'exercice coordonné ou de la CPTS, ou ne pas avoir de médecin traitant. La délégation de tâches se fera donc également pour des patientes non connues du délégué, et sans intervention et information du médecin traitant. D'où l'importance de la communication entre les différents acteurs (34).

Les modalités d'adaptation du protocole aux CPTS portent sur le partage de données entre professionnels de santé qui doit s'effectuer, de préférence, via un système d'information partagé lorsque c'est possible (plus aisé au niveau des MSP). Le compte-rendu de prise en charge du patient doit être mis dans l'Espace de Santé Numérique du patient ou à défaut, transmis au médecin par un système informatique sécurisé incluant au minimum une messagerie sécurisée de santé avec un accès nécessitant des identifiants et un mot de passe personnel (34).

Ces nouveautés répondent en partie aux limites relevées par les professionnels interrogés et permettront d'inclure davantage de patientes.

Il serait intéressant de comparer l'emploi du protocole au sein d'une CPTS par rapport à une MSP afin de confronter le ressenti des professionnels de santé concernés sur les freins et les leviers au niveau de chaque structure. Cela pourrait renseigner les professionnels de santé sur la structure la plus adaptée à la mise en pratique du protocole et affirmer ou non si l'extension du protocole aux CPTS diminue les obstacles évoqués au niveau des MSP.

Tous les professionnels de santé s'accordaient à dire que la délégation de tâche médicale devait être centrée sur le patient. Il serait donc intéressant de se soucier de l'opinion et des attentes de ces derniers afin d'évaluer l'acceptabilité de cette prise en charge et de pouvoir adapter au mieux le protocole et leur garantir la qualité de soins attendue.

Sachant qu'il existe cinq autres protocoles de coopération, il serait intéressant de relever le ressenti des professionnels de santé sur les leviers et freins des différents protocoles. Cela permettrait d'identifier des problématiques similaires afin de proposer des solutions communes et garantir une amélioration continue de la qualité.

5. Conclusion

Le protocole sur la prise en charge de la pollakiurie par l'infirmier ou le pharmacien dans le cadre de structure pluri professionnelle a été créé dans l'optique d'améliorer la couverture de prise en charge de soins non programmés sur un territoire donné dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 ».

Les professionnels de santé interrogés, issus de cinq MSP d'Alpes-Maritimes, n'avaient pas encore mis en place le protocole sur la pollakiurie mais ils y étaient tous favorables car il améliorerait la prise en charge des patientes en leur permettant un recours rapide aux soins.

D'autre part, le protocole soulagerait les professionnels de santé délégués en désengorgeant les cabinets médicaux et en allégeant leur charge de travail, leur libérant ainsi du temps pour effectuer d'autres tâches. Et puis, il permettrait aux professionnels de santé délégués d'élargir leur champ de compétences et leur assurerait un encadrement de leur pratique.

Cependant les professionnels étaient partagés sur l'intérêt de déléguer aux infirmiers. En effet, les pharmaciens ont de larges plages horaires et voient un grand nombre de patients chaque jour. Cela étant, à priori, moins évident pour les infirmiers.

Le principal frein à la mise en œuvre du protocole listé par les pharmaciens, étaient l'absence d'accès aux sanitaires pour le prélèvement urinaire.

Les principales préoccupations des médecins portaient sur le devenir de leur profession, la praticité du protocole, l'immédiateté du partage d'informations via le logiciel commun, les modalités de rémunération des actes délégués, les restrictions de recrutement des patientes à inclure ainsi que le processus d'information de ces dernières.

Les infirmiers ne percevaient pas l'intérêt d'être délégué pour ce protocole car n'occupaient pas la place de premier recours pour les patientes en cas de cystite.

Ces résultats sont théoriques dans la mesure où le protocole n'est pas encore mis en pratique par les professionnels de santé interrogés. De plus, depuis mars 2023, le protocole a été étendu aux CPTS, résolvant certains freins exprimés par les professionnels de santé. Il serait intéressant de refaire cette étude d'ici quelques années pour recueillir l'opinion des professionnels de santé, une fois ce protocole appliqué.

Références bibliographiques

1. Société de pathologie infectieuse de langue française. Antibiothérapie des infections urinaires. *Med Mal Infect.* 1991;21:51-4.
2. Lobel B, Soussy CJ. Les infections urinaires. Paris Berlin Heidelberg [etc.]: Springer; 2007. (Monographies en urologie).
3. François M, Hanslik T, Dervaux B, Le Strat Y, Souty C, Vaux S, et al. The economic burden of urinary tract infections in women visiting general practices in France: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 9 août 2016 [cité 19 août 2020];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4977873/>
4. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
5. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322/>
6. Santé - Créer un collectif de soins au service des patient.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf
7. Chambaretaud LS. Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins. 2003;
8. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. :96.
9. Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H, Grol R, Faber M, Sibbald B. The Impact of Nonphysician Clinicians. *Med Care Res Rev.* déc 2009;66(6_suppl):36S-89S.
10. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0058 du 08/03/2020 [Internet]. [cité 4 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=VYP54z8IWFIDBW_KiWMmmFIrsa00QFujiQScSI_fAU=
11. Protocoles de coopération entre professionnels de santé en cours [Internet]. 2023 [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/index.php/protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-en-cours>
12. Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf [Internet]. [cité 22 mars 2023]. Disponible sur: https://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf
13. Bollen A, Harrison R, Aslani P, van Haastregt JCM. Factors influencing

interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners—A systematic review. *Health Soc Care Community*. 2019;27(4):e189-212.

14. WHO-HIS-SDS-2018.58-eng.pdf [Internet]. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346351/WHO-HIS-SDS-2018.58-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Donald M, King-Shier K, Tsuyuki RT, Al Hamarneh YN, Jones CA, Manns B, et al. Patient, family physician and community pharmacist perspectives on expanded pharmacy scope of practice: a qualitative study. *CMAJ Open*. 6 mars 2017;5(1):E205-12.
16. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs*. sept 2015;71(9):1973-85.
17. Bosley S, Dale J. Healthcare assistants in general practice: Practical and conceptual issues of skill-mix change. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 1 mars 2008;58:118-24.
18. Berg N van den, Fiß T, Meinke C, Heymann R, Scriba S, Hoffmann W. GP-support by means of AGnES-practice assistants and the use of telecare devices in a sparsely populated region in Northern Germany – proof of concept. *BMC Fam Pract*. 19 juin 2009;10:44.
19. Delphine MARQUISET. La délégation de tâches en médecine générale : étude qualitative par focus group auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche-Comté [Internet]. Franche-Comte; 2007 [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: [file:///Users/floriane/Downloads/18-delegation_de_taches_en%20medecine_generale_partie1%20\(2\).pdf](file:///Users/floriane/Downloads/18-delegation_de_taches_en%20medecine_generale_partie1%20(2).pdf)
20. Bertheau A. Représentations et pratiques de la prévention et de la délégation de tâches à travers l'exemple de la vaccination : perspectives pour une évolution des pratiques Étude qualitative réalisée auprès de Médecins Généralistes [Internet]. [Lyon Est]: Claude Bernard-Lyon 1; 2014 [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: [file:///Users/floriane/Downloads/THm_2014_BERTHEAU_Aurelie%20\(1\).pdf](file:///Users/floriane/Downloads/THm_2014_BERTHEAU_Aurelie%20(1).pdf)
21. Bernardin M. Représentation des médecins généralistes sur la délégation de tâches médicales aux pharmaciens: étude qualitative auprès de médecins généralistes de Lorraine.
22. Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. *Rev Fr Aff Soc*. 2016;(1):375-404.
23. Karam M, Macq J, Duchesnes C, Crismer A, Belche JL. Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium: a participatory action research. *J Interprof Care*. 4 mai 2022;36(3):380-9.

24. Arrêté du 10 septembre 2020 modifiant les arrêtés du 6 mars 2020 autorisant les protocoles de coopération relatifs aux soins non programmés.
25. Effectif de professionnels de santé libéraux par âge et sexe et par département - 2016 à 2020 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2022 [cité 18 mars 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/age-sexe-professionnels-sante-liberaux-departement>
26. atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
27. Margariti PA, Astorri AL, Mastromarino C. [Urinary tract infections: risk factors and therapeutic trends]. *Recenti Prog Med.* févr 1997;88(2):65-8.
28. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
29. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
30. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
31. rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf
32. Lennep - 2023 - Pour le ministre et par délégation .pdf [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/K1wsOELh6yRv78fQQfDSaO_AvWkqbw3aGTWSBldcbDg=/JOE_TEXTE
33. Lennep - 2023 - Pour le ministre et par délégation .pdf [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/K1wsOELh6yRv78fQQfDSaOt-kY10cdxfMgkK7daNs9c=/JOE_TEXTE
34. protocole_national_de_cooperation_pollakiurie_mars_2023.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_national_de_cooperation_pollakiurie_mars_2023.pdf

Annexe 1 : Modèle courrier envoyé aux responsables de MSP

Nice, le 27 septembre 2022

Objet : thèse sur la prise en charge de la pollakiurie en MSP

Madame, Monsieur,

Je me présente, je m'appelle VIGNAL Floriane, je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Nice.

Je me permets de m'adresser à vous en tant que responsable de Maison de Santé Pluri professionnelle car je réalise actuellement ma thèse sur le protocole de coopération de prise en charge de la pollakiurie et je souhaiterais diffuser l'appel à participation aux médecins, infirmiers et pharmaciens de votre MSP.

Pouvez faire diffuser le mail suivant aux médecins, infirmiers et pharmaciens de votre MSP s'il vous plait.

Madame, Monsieur,

Je me présente, je m'appelle VIGNAL Floriane, je suis interne en médecine générale. Je me permets de vous contacter car je réalise actuellement ma thèse sur le protocole de coopération de prise en charge de la pollakiurie.

Dans le contexte actuel de crise démographique médicale, un protocole a été pensé pour optimiser la prise en charge de la pollakiurie.

Votre avis nous intéresse. Le but de cette thèse est de recueillir l'avis de professionnels de santé concernant les freins et les leviers possibles au développement de ce protocole dans la pratique courante.

Je me tourne donc vers vous afin de vous inviter à des entretiens individuels semi-directif, en présentiel ou à distance (par visioconférence), d'une durée de 15 à 30 minutes, avec, peut-être, par la suite un entretien collectif par focus group.

L'entretien semi-directif est une méthode d'investigation permettant au sujet interrogé d'exprimer librement et spontanément ses idées sans être influencé dans ses propos ; il favorise l'émergence d'idées nouvelles, inattendues.

Le focus group est une technique d'évaluation qualitative par entretien en groupe. Elle consiste à réunir des personnes et de les interviewer de manière semi-directive sur un sujet donné. L'intérêt de l'entretien en groupe permet de développer une dynamique et ainsi stimuler les différents points de vue par la discussion.

Pour améliorer le travail d'analyse, les entretiens et la réunion sont enregistrés par dictaphone, de façon anonyme.

Je suis joignable par mail ou téléphone pour toutes questions ainsi que pour convenir d'une date d'entretien.

Je vous laisse également ci-dessous le lien Doodle permettant la prise de rendez-vous.

Lien Evento : <https://evento.renater.fr/survey/entretien-these-floriane-vignal-s2r8calw>

En vous remerciant d'avance pour votre investissement, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire, et vous prie d'accepter, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

VIGNAL Floriane

Annexe 2 : Appel à participation

APPEL A PARTICIPATION

Nice, le 27 septembre 2022

Objet : thèse sur la prise en charge de la pollakiurie en MSP

Madame, Monsieur,

Je me présente, je m'appelle VIGNAL Floriane, je suis interne en médecine générale. Je me permets de vous contacter car je réalise actuellement ma thèse sur le protocole de coopération de prise en charge de la pollakiurie.

Dans le contexte actuel de crise démographique médicale, un protocole a été pensé pour optimiser la prise en charge de la pollakiurie. Votre avis nous intéresse. Le but de cette thèse est de recueillir l'avis de professionnels de santé concernant les freins et les leviers possibles au développement de ce protocole dans la pratique courante. Je me tourne donc vers vous afin de vous inviter à des entretiens individuels semi-directif, en présentiel ou à distance (par visioconférence), d'une durée de 15 à 30 minutes, avec, peut-être, par la suite un entretien collectif par focus group.

L'entretien semi-directif est une méthode d'investigation permettant au sujet interrogé d'exprimer librement et spontanément ses idées sans être influencé dans ses propos ; il favorise l'émergence d'idées nouvelles, inattendues. Le focus group est une technique d'évaluation qualitative par entretien en groupe. Elle consiste à réunir des personnes et de les interviewer de manière semi-directive sur un sujet donné. L'intérêt de l'entretien en groupe permet de développer une dynamique et ainsi stimuler les différents points de vue par la discussion. Pour améliorer le travail d'analyse, les entretiens et la réunion sont enregistrés par dictaphone, de façon anonyme.

Je suis joignable par mail ou téléphone pour toutes questions ainsi que pour convenir d'une date d'entretien.

Je vous laisse également ci-dessous le lien Evento ou son QR code, permettant la prise de rendez-vous pour l'entretien.

Lien Evento : <https://evento.renater.fr/survey/entretien-these-floriane-vignal-s2r8calw>

En vous remerciant d'avance pour votre investissement, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire, et vous prie d'accepter, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

VIGNAL Floriane



Lien Evento



Protocole pollakiurie



Annexe 3 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

- Sexe : Masculin Féminin
- Tranche d'âge : < 35 ans Entre 35 et 50 ans ≥ 50 ans
- Profession : Médecin généraliste Pharmacien Infirmier
- Ancienneté d'installation : < 15 ans Entre 15 et 35 ans ≥ 35 ans
- Type d'activité : Urbain Rural Semi rural

(Les éventuelles questions de relance sont écrites en italique)

Racontez-moi votre dernière expérience de coopération pluri professionnelle au sein de votre maison de santé ?

Qu'est-ce qui pourrait expliquer que vous n'avez jamais eu à coopérer avec d'autres professionnels de santé ?

Dans quelles situations pensez-vous être amené à coopérer avec d'autres confrères ?

Racontez-moi vos relations avec les autres professionnels de santé de votre MSP dans votre pratique de tous les jours ?

Avez-vous des échanges réguliers ?

Comment décrivez-vous la dynamique de travail avec les autres professionnels de santé de votre MSP ?

En êtes-vous satisfait ?

Qu'auriez-vous amélioré ou modifié ?

Que vous évoque, de façon générale, le terme délégation de tâches médicales ?

Quel est votre avis sur le projet de loi santé portant sur les tâches médicales déléguables aux pharmaciens et infirmiers ?

Avez-vous déjà été confronté à une situation de délégation de tâches médicales ?

Comment l'avez-vous vécu ?

Quelles conclusions tirez-vous de cette expérience ?

Qu'auriez-vous fait différemment ? Et pourquoi ?

Que pensez-vous du protocole sur l'infection urinaire ? Votre opinion ?

Si le professionnel de santé n'est pas averti du protocole, une brève mise en contexte sera dispensée.

*Contexte : Les infections urinaires font parties des infections bactériennes les plus courantes en France. Elles représentent le deuxième motif de consultation en médecine générale, dont 90% sont prises en charge par les médecins généralistes et le Service d'Accueil d'Urgences ; engendrant des conséquences économiques non négligeables.
Étant donné le contexte actuel de crise démographique médicale (diminution du nombre de médecins généralistes jusqu'en 2025 selon l'ONDPS), une réorganisation du système de santé français semble nécessaire afin de maintenir la qualité et l'accessibilité aux soins.
Dans le cadre d'optimisation du système de santé français, le Journal Officiel a publié en mars 2020 un protocole portant sur la prise en charge de la pollakiurie par le pharmacien ou l'infirmier chez les femmes âgées de 16 à 64 ans.*

Selon votre expérience, comment envisagez-vous ce protocole dans la pratique de votre profession ?

Avez-vous d'autres idées à ajouter ou des précisions à apporter ?

Annexe 4 : Formulaire d'informations et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT

Protocole de coopération prise en charge de la pollakiurie dans le cadre de structure pluri professionnelles : ressenti des professionnels de santé

Responsable du projet :

Docteur Christelle MARGO

Médecin généraliste
Assistante Universitaire en Médecine Générale
Département d'Enseignement et de Recherche
en Médecine Générale
Faculté de Médecine Nice
Université Côte d'Azur

Investigateur principal :

Floriane VIGNAL

Interne en médecine générale
Faculté de Médecine Nice
Université Côte d'Azur

Objectif de l'étude : recueillir l'avis des professionnels de santé concernant les freins et les leviers possibles au développement du protocole pollakiurie dans leur pratique courante.

Déroulement de la participation :

Après réception du courrier d'appel à participation à l'étude de thèse, l'investigatrice du projet conviendra avec vous d'une date et un lieu d'entretien à votre convenance, soit en présentiel ou par visioconférence.

L'entretien durera entre 30 minutes et 1 heure afin de pouvoir dialoguer sur le sujet de la prise en charge de la pollakiurie.

Cet entretien sera enregistré sur un dictaphone.

Dans les 8 jours suivant l'entretien, ce dernier sera retranscrit sur un document Word, mot à mot, de façon pseudo anonymisé et l'enregistrement audio sera supprimé définitivement.

Les données du participant sont rendues anonymes grâce à l'usage de numéros aléatoires et une table de correspondance sera créé pour identifier la série de données correspondant au participant. Ce tableau de correspondance sera stocké sur l'ordinateur du doctorant le temps de l'étude puis sur une clé USB cryptée, rangée dans une armoire fermée à clef au sein du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale.

Le travail d'analyse sera réalisé à partir du texte retranscrit.

Nous vous proposerons à la fin de l'entretien de vous envoyer la retranscription écrite de notre entretien pour que vous puissiez le valider, si vous le souhaitez.

La méthode d'envoi sera celle de votre choix (courriel ou voie postale).

Si vous ne souhaitez pas effectuer votre propre relecture et que vous donnez votre accord pour analyse immédiate, votre entretien sera analysé comme expliqué précédemment.

Si après relecture, vous souhaitez invalider l'entretien, le document sera automatiquement détruit.

Dans un second temps, il vous sera proposé de participer à un entretien collectif semi-directif par focus group, d'une durée d'environ 2h. Il s'agira d'un entretien en présentiel, réunissant

plusieurs professionnels de santé dans l'intention de confronter les différents points de vue et de faire émerger des freins et des leviers qui n'auraient pas été évoqué lors des entretiens individuels. Le focus group sera enregistré à l'aide d'un dictaphone et retranscrit à l'écrit après pseudo anonymisation dans les 8 jours suivant.

Bénéfices / Risques de la participation :

Cette étude vous permettra de mieux comprendre les freins et les leviers de la mise en pratique du protocole de pollakiurie ; et à long terme, d'améliorer votre pratique professionnelle. Certaines questions pourront peut-être vous mettre mal à l'aise.

Je soussigné(e)

Accepte de participer volontairement à la thèse d'exercice de docteur en médecine de VIGNAL Floriane, lors d'un entretien enregistré le

Je déclare avoir été informé de façon loyale et claire que cet entretien est confidentiel.

J'accepte que l'intégralité de cet entretien pseudo anonymisé, après désidentification, soit retranscrite et que les données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment avant impression de la thèse, sans conditions et sans conséquences

J'ai noté que je pouvais demander la rectification et/ou la destruction des données de l'entretien à tout moment, avant impression de la thèse

J'ai noté que les données pseudo anonymisées issues de l'entretien sont initialement archivées sur une clé USB cryptée qui sera conservée dans une armoire fermée à clef. Puis ces données seront stockées pendant 15 ans dans un lieu sécurisé au sein du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nice et seuls le responsable du projet (Dr Christelle MARGO), le responsable d'archivage (Pr David DARMON, responsable du département d'enseignement de médecine générale à Nice) et l'investigateur principal (Floriane VIGNAL) y auront accès.

Consentement établi en deux exemplaires

(un exemplaire pour le participant et un exemplaire pour l'investigateur principal).

Ce consentement sera stocké dans une enveloppe scellée ainsi que sur une clé USB cryptée au Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale dans une armoire fermée à clef.

Fait à Le

Signature :

Annexe 5 : Démographie de l'échantillon de population étudiée

Tableau 1 Caractéristiques de l'échantillon de population

Entretien	Sexe	Age	Profession	Ancienneté	Type d'activité
E1	F	≥ 50 ans	Infirmière	15 – 35 ans	Urbain
E2	F	35 - 50 ans	Médecin	< 15 ans	Urbain
E3	F	35 - 50 ans	Infirmière	< 15 ans	Semi rural
E4	F	> 50 ans	Pharmacienne	15 – 35 ans	Rurale
E5	F	< 35 ans	Médecin	< 15 ans	Urbain
E6	F	35 - 50 ans	Pharmacienne	< 15 ans	Urbain
E7	F	35 - 50 ans	Pharmacienne	15 – 35 ans	Urbain
E8	F	35 - 50 ans	Médecin	< 15 ans	Urbain
E9	M	> 50 ans	Médecin	15 – 35 ans	Urbain
E10	F	35 - 50 ans	Infirmière	15 – 35 ans	Semi rural
E11	F	35 - 50 ans	Médecin	15 – 35 ans	Urbain
E12	F	> 50 ans	Pharmacienne	15 – 35 ans	Semi rural

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Les infections urinaires représentent le deuxième motif de consultation en médecine générale. Devant une crise démographique médicale due à la baisse d'effectifs de généralistes et un vieillissement de la population, la délégation de tâches médicales optimiserait la prise en charge des soins. Six protocoles de délégation de tâches dans le cadre des soins non programmés ont été publiés au Journal Officiel, dont celui sur la prise en charge de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans, par le pharmacien ou l'infirmier, dans le cadre de structure pluri professionnelle. L'objectif de l'étude est de recueillir le ressenti des professionnels de santé exerçant en maison de santé pluri professionnelle (MSP) concernant les freins et les leviers à l'utilisation de ce protocole.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 12 professionnels de santé libéraux exerçant en MSP dans les Alpes-Maritimes de novembre à décembre 2022. Les entretiens ont été enregistrés et menés jusqu'à saturation des données. Une analyse thématique manuelle a été effectuée par l'investigatrice, permettant la construction d'un modèle explicatif.

Les professionnels de santé interrogés n'avaient pas encore mis en pratique le protocole mais y seraient tous favorables. Il permettrait un recours rapide aux soins pour les patientes, favoriserait le désengorgement des cabinets médicaux, libérerait du temps aux médecins et élargirait le champ de compétences des pharmaciens et infirmiers. Les préoccupations des médecins concernaient le devenir de leur profession, la praticité du protocole, le partage d'information, les modalités de rémunération des actes délégués et le recrutement des patientes. Les pharmaciens soulignaient un frein, l'accès aux sanitaires et les infirmiers ne percevaient pas l'intérêt d'être délégué pour ce protocole car n'étaient pas le premier recours en cas de cystite.

Ces résultats sont théoriques dans la mesure où le protocole n'est pas encore mis en pratique par les professionnels de santé interrogés. De plus, depuis mars 2023, le protocole a été étendu aux communautés professionnelles territoriales de santé, résolvant certains freins exprimés par les professionnels de santé. Il serait intéressant de refaire cette étude d'ici quelques années pour comparer le ressenti des professionnels de santé, une fois ce protocole appliqué.

Mots-clés : Médecine Générale, Coopération Interprofessionnelle, Délégation Pluri-professionnelle, Infection Urinaire, Maison de Santé Pluri-professionnelle