

Évaluation des raisons de la non utilisation du streptotest par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Jean-François Philippe

▶ **To cite this version:**

Jean-François Philippe. Évaluation des raisons de la non utilisation du streptotest par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01963721

HAL Id: dumas-01963721

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01963721

Submitted on 21 Dec 2018

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.

L'UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
Faculté de Médecine

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE
Pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Par

Jean-François PHILIPPE

Né le 10 Mars 1987 à NICE

Evaluation des raisons de la non utilisation du streptotest par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Soutenue et présentée publiquement à Nice le 22 Octobre 2018

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN	Président du Jury
Monsieur le Dr Georges MALATRASI	le Directeur de thèse
Madame le Professeur Brigitte MONNIER	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre MARTY	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel PAPA	invité

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 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. AYRAUD Noël
	M. RAMPAL Patrick
	M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HIÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE



Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
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.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
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)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
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

Remerciements

Au Professeur GUÉRIN,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury. L'apprentissage que j'ai eu l'honneur de suivre au sein de votre service de Gériatrie laissera de solides connaissances et d'excellent souvenir.

Au Professeur MONNIER,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury. Je vous suis très reconnaissant du savoir que vous transmettez au sein du DES de médecine générale. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

Au Professeur MARTY,

Merci de nous faire l'honneur de juger ce travail. Votre disponibilité et vos conseils auprès des internes niçois avides de voyage à travers le monde n'est plus à démontrer.

Au Docteur PAPA,

Merci de nous faire l'honneur de participer au jury. Après plus de trois ans de suivi au sein de la faculté en tant que suiveur cela était une évidence de vous faire participer à la clôture de ce cursus. Comme dit précédemment « la boucle est bouclée »

Au Docteur MALATRASI,

Merci d'avoir pris le temps de diriger cette thèse, je ne peux que remercier votre prise en charge : vos réflexions et vos commentaires précieux m'ont beaucoup aidé pour avancer dans mes problématiques, ainsi que votre aide à la relecture.

À ma famille et plus particulièrement à mes parents je vous remercie de tous les sacrifices réalisés pour m'avoir permis de suivre ma voie. Le bout du tunnel est enfin arrivé, je vous aime.

A vous chef, qui m'avez permis de m'inculquer les bases de la médecine générale d'urgence durant un semestre très enrichissant à tous les points de vues tant professionnel que de l'humain.

Merci à toute l'équipe de Consultation 7/7 de m'avoir accueilli et de me faire confiance.

À toi minot, cette année a été très dure pour toi et toute ta famille, sache que tu peux compter sur moi. Le futur s'annonce plus joyeux et c'est un honneur de participer à tes cotés à ce fameux jour.

À toi la Ruse tu es toujours aussi foufou et désinvolte après toutes ces années ne change rien. Apprécié de tout le CHU et avec un emploi du temps présidentiel tu as toujours été là pour les moments durs et je t'en remercie.

À toi mon petit loup, on se suit depuis le lycée et après toutes ces années de galères nous y sommes arrivés. (enfin toi plus vite que moi). Le refus que nous passions en S, le fameux stage de ski , j'en passe et des meilleurs.
Profite bien de toute ta petite tribu et embrasse les pour moi.

Ce petit groupe anciennement appelé VVV c'est du solide et malgré la distance rien ne change …. Putain je vous aime, c'est la famille !!!

À toi Dr Salucki tu deviendras sûrement un grand « chipeur », mais si tu dois diriger un service un jour soit moins gaffeur

À toi vieux bout, de cette P1 est naît une amitié et je ne l'oublierai jamais , je vous embrasse tous et plus particulièrement Le petit Max dont il faudrait que je fasse connaissance.

À vous Gérard et Liliane , bientôt de retour pour des parties de rami et une petite barre si affinité.

Pour la personne qui partage ma vie : Que de rebondissement depuis le début. La vie n'est pas un long fleuve tranquille et je comprends mieux cette expression. Merci pour ton soutien, ton ressenti du stress pour deux, ton amour. Je t'aime …. Et ce n'est pas fini allons jusqu'au bout du bout ensemble.

Table des matières

Introduction 14

I.1 Le choix de la question 14
I.2 Le streptotest 15
I.3 Role du médecin généraliste dans les soins primaires 16

MATERIEL ET METHODE 16

2.1 Participants 17
2.2 Le choix de la méthode 18
2.3 Le déroulement des entretiens 19
2.4 Analyse des données 19
2.4.1 Analyse des caractéristiques sociodémographiques 19
2.4.2 Analyse des verbatims 20
2.4.3 Réalisation de la bibliographie 20

ANALYSE DES RÉSULTATS 21

3.1 Les données générales 21
3.2 Le test en lui-même 25
3.2.1 Fréquence d'utilisation 25
3.2.2 Le temps 26
3.2.3 technique de prélèvement 27
3.2.4 le kit du TDR 28
3.2.5 L'approvisionnement 29
. 3.2.6 Ressenti fiabilité 30
3.3 Place de la formation 30
3.4 Transfert dans la pratique 31

Discussion 34

Conclusion 41

Bibliographie 45

Annexes 50

Serment d'HYPPOCRATE 55

Introduction

I.1 Le choix de la question

Entre 2000 et 2015, la consommation globale d'antibiotique a baissé de 11,4 % en France mais elle a augmenté de 5,4 % depuis 2010.
Concernant le volume de distribution, 93 % de la consommation antibiotique provient du secteur de la ville.
Ces dernières années une utilisation non maitrisée des antibiotiques est responsable du développement des résistances bactériennes et le recours des antibiotiques dit « de réserve » s'appauvrit. (1)

L'angine représente un enjeu de santé publique par sa fréquence dans notre société, environ 9 millions de consultation par an. L'angine streptococcique ne représente que 25 à 40 % des cas d'angine chez l'enfant, et 10 à 25 % chez l'adulte (2)
Le médecin traitant dispose du TDR dans des cas précis cités précédemment pour limiter cette prescription d'antibiotique.

Sur le plan national on note une baisse générale des commandes en 2005 avec 2,3 millions de kit puis 1,4 millions en 2013 (23). Dans les Alpes Maritimes 1791 boites de TDR ont été distribuées pour une démographie de 1967 médecins généralistes en 2017. Devant ces chiffres, nous pouvons nous interroger sur la réelle utilisation du TDR par tous les praticiens du département. Le TDR ne semble pas être rentré dans les habitudes de la pratique médicale quotidienne.
Notre travail a pour but de vérifier l'hypothèse suivante : pourquoi ce test de diagnostique rapide n'est pas utilisé plus systématiquement par les praticiens du département.
Afin d'en dégager les principales raisons, nous avons choisi comme critère de jugement principale « L'évaluation des raisons de la non utilisation du TDR par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes »

De nombreux travaux entre 2004 et 2015 ont été réalisés par le biais d'études quantitatives et qualitatives sur l'utilisation du TDR en France. Cependant les raisons de la non utilisation n'a pas fait l'objet d'un travail dédié à cette question.
Celle-ci a été explorée en tant que jugement secondaire tel que dans la thèse « test rapide dans l'angine, est-il un enjeu de santé publique en Savoie »
En ouverture l'auteur suggère de réaliser une étude qualitative centrée sur les facteurs limitants d'utilisation du TDR afin de lutter contre l'émergence de résistance antibiotique.

La médecine moderne repose sur des données scientifiques en perpétuelles évolution. En date de 2011 la SPILF a remis à jour les dernières recommandations sur le TDR. Malgré tous ces dispositifs on observe dans la littérature une résistance d'une partie des professionnels de santé à l'utilisation de cet outil diagnostique.

Aucun plan ne peut s'exonérer de la réflexion et de l'implication des médecins généralistes : C'est pour cela l'intérêt accru de connaitre avec précision les raisons de la non utilisation du TDR dans les angines par les médecins traitants

L'objectif : évaluer les raisons de la non utilisation du TDR pour les angines par les médecins généraliste du 06.

I.2. Le streptotest

Il a été mis en place sur le marché depuis 2002, en même temps que la campagne publicitaire « les antibiotiques , c'est pas automatique »(3) répondant à un besoin urgent dans le domaine de la santé publique : une diminution de la consommation antibiotique en France .

Ce test est mis à disposition de la médecine libérale pour détecter les angines bactériennes à streptocoque beta hémolytique du groupe A (SBGA) nécessitant une antibiothérapie.

Le TDR permet de mettre en évidence les antigènes de paroi du SBHA à partir d'un prélèvement pharyngé réalisé avec un écouvillion. Cet écouvillon est plongé dans un mélange de 2 réactifs (4 gouttes de nitrate de sodium et 4 gouttes d'acide acétique) pendant une minute puis une bandelette chromatographique est plongée dans un mélange pendant 5 minutes. Au bout des 5 minutes si un seul trait apparaît sur la bandelette, le test est considéré comme valide et négatif, si deux traîts sont visibles le test est positif et il y a indication à débuter une antibiothérapie. (voir annexe 1)

I.3 rôle du médecin généraliste dans les soins primaires

Les soins primaires sont définis par l'OMS en 1978 comme « des soins de santé essentiels universellement accessible à tous les individus et à toute les familles de la communauté par des moyens qui leurs sont acceptables avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays »(4).

Les principales missions du médecin généraliste dans le code de santé publique voté par la France en 2009 (article L1411-11) (5).

-La prévention, le dépistage, le diagnostique, le traitement et le suivi des patients
-la dispensation et l'administration des médicaments
-l'orientation dans le système de soin et le secteur médico-social
-l'éducation pour la santé

Materiel et méthode

2.1 Participants

- Envoi d'un mail au conseil de l'ordre des médecins des Alpes maritimes pour avoir la liste des médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre du département.
- Après randomisation, appel téléphonique ainsi que mail avec notice explicative du sujet de la thèse.

Les critères d'inclusions des participants étaient les suivants :

- Médecin généraliste thèsé inscrit au tableau de l'ordre des Alpes Maritimes.
- Recueil du consentement écrit ou oral.

Les critères d'exclusions :

- Les remplaçants en médecine générale non thèsés , n'étant pas inscrits au tableau de l'ordre des médecin de Nice.

- Refus des généralistes : absence de réponse aux mails, réponses négatives téléphoniques expliquant le manque de temps ou l'absence d'intérêt pour le sujet.

2.2 Le choix de la méthode

C'est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes inscrits au tableau de l'ordre du département.
Les études qualitatives sont issues de sciences humaines et sociales(6). C'est un outil de référence en recherche scientifique. Ce type d'étude relève des hypothèses pour la compréhension de phénomène et de comportements dans leur contexte naturel(7).

Le guide d'entretien a été réalisé à l'aide d'un référent « étude qualitative » du département d'enseignement et de recherche de médecine générale (DERMG) de la faculté de Nice.

Cette méthode a été choisie car nous souhaitons identifier de nouvelles causes, moins classiques permettant à la personne interrogée de partager son expérience, son ressenti de manière spontanée à partir d'un canevas qui s'appuie sur une trame de thème préétablie.

L'entretien semi dirigé permet également à l'enquêteur de contrôler l'information recueillie en relançant le médecin pour ne pas méconnaître une des facettes du sujet ou plus simplement de recadrer l'entretien lors de digressions trop loin du sujet de l'étude.

L'entretien comportait trois parties :

- La première partie était un questionnaire visant à qualifier l'échantillon de médecin sur le plan socio-démographique avec leur âge, leur sexe, le lieu d'exercice et leur modalité d'exercice.

- La seconde partie était le guide d'entretien semi-dirigé. Il s'agissait de 15 questions ouvertes servant d'amorce à la discussion.

Cette trame n'était pas figée, elle a évolué au fil des entretiens. Certaines questions productives non programmées initialement ont été rajoutées, tandis que d'autres questions n'amenant aucun argument supplémentaire ont été supprimées.

- Un entretien test a été réalisé sur médecin généraliste pour vérifier les thèmes abordés et la bonne compréhension des questions.

2.3 Le déroulement des entretiens

Après la première prise de contact téléphonique ou par e.mail, un rendez-vous a été fixé pour un entretien individuel.
Il n'y a jamais eu la présence d'un tiers durant l'interview;

L'enregistrement s'est fait par Dictaphone puis les entretiens ont été retranscrits sur traitement de texte (Microsoft office word).

Le consentement des médecins a été recherché et obtenu oralement.

La durée des entretiens a varié de 7 à 17 minutes, soit une moyenne de 12 minutes.

2.4 Analyse des données

2.4.1 Analyse des caractéristiques socio-démographiques

Les données issues des questionnaires ont ensuite été retranscrites sur un tableur (Microsoft office Excel) pour en faire ressortir les caractéristiques dominantes de la population étudiée.

2.4.2 Analyse des verbatim

L'analyse des verbatims a été réalisée de manière concomitante à la réalisation des entretiens via le logiciel Nvivo 10 (version pour Mac). Le recueil des données a été fait jusqu'à saturation des données. Cette dernière a été déterminée par la réalisation de trois entretiens successifs ne récoltant aucune nouvelle idée. Ce processus a permis de déterminer l'échantillon totale de l'étude.

Cette méthode a été choisie pour sa maniabilité et sa reproductibilité.

2.4.3 Réalisation de la bibliographie

La bibliographie a été réalisée avec le logiciel Zotero. La recherche documentaire s'est concentrée sur plusieurs axes :

- Utilisation de moteur de recherche spécialisé : Pubmed / Cismef avec différents thèmes de recherche, mots clefs
- Utilisation de moteur de recherche généraliste : google scholar et BML
- Recherche sur les sites des sociétés savantes : CNGE/ SFMG/ SFDRMG
- Recherche sur les sites : HAS/ ANSM/ OMS

- Documentation fournie par le directeur de thèse : cellule qualitative

- Utilisation des systèmes universitaires de documentation (SUDOC)

Analyse des résultats

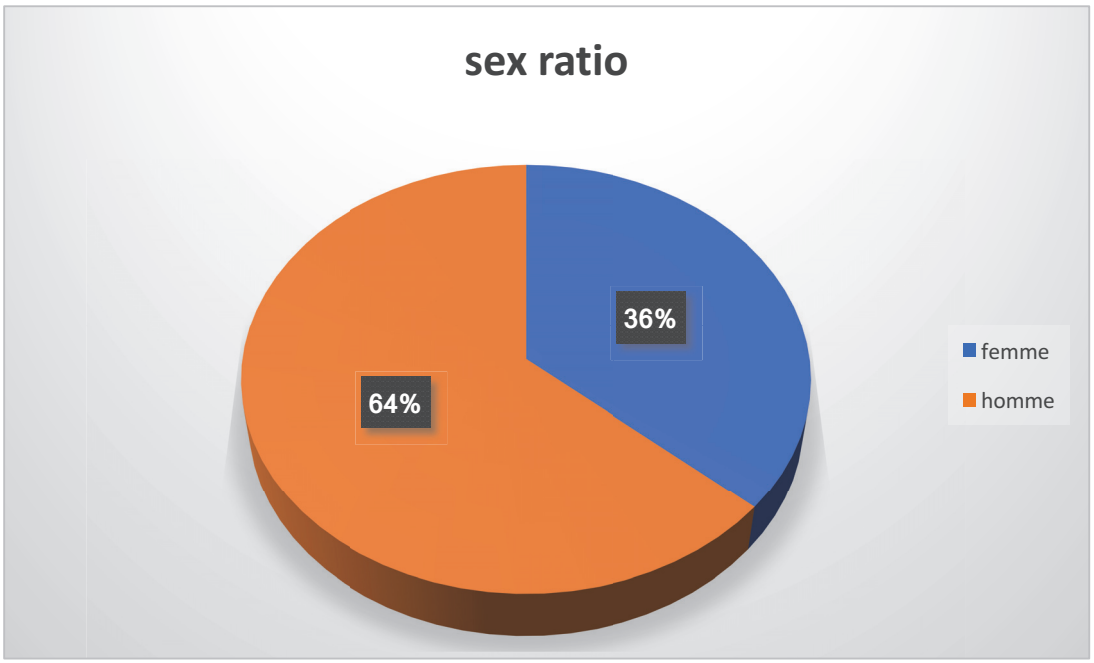
3.1 Données générales sur les entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre Juin 2018 et Août 2018 par un seul interviewer.
Au total, 11 entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes installés dans les Alpes Maritimes. Le recrutement a été clôturé au onzième entretien, après saturation de données.

Les caractéristiques des médecins interrogés :

La moyenne d'âge des praticiens interrogés était de 51,1 ans. Parmi ces personnes, on comptait 7 hommes et 4 femmes (figure 1).

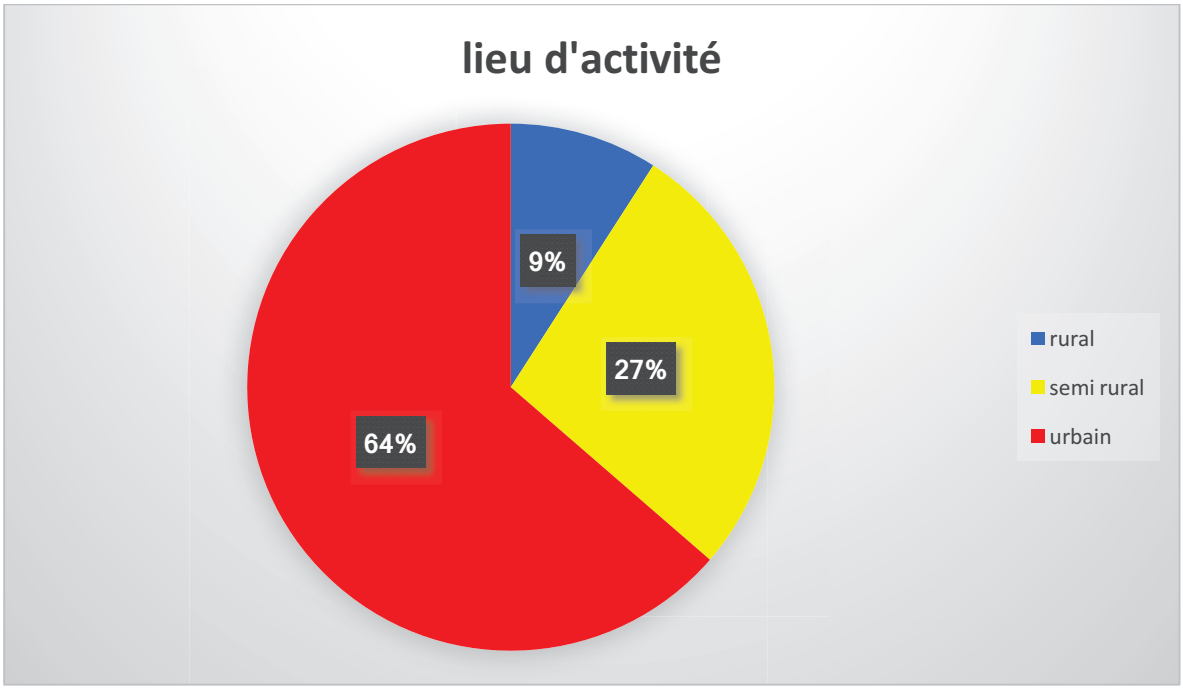
Figure 1 : sex ration



Concernant les diplômes réalisés en plus du DES de médecine générale, deux médecins avaient passé la capacité de médecine d'urgence, un médecin avait obtenu le DESC d'urgence, un médecin avait le Diplôme inter universitaire d'esthétisme et un médecin ayant l'agrégation de médecine aéronautique.

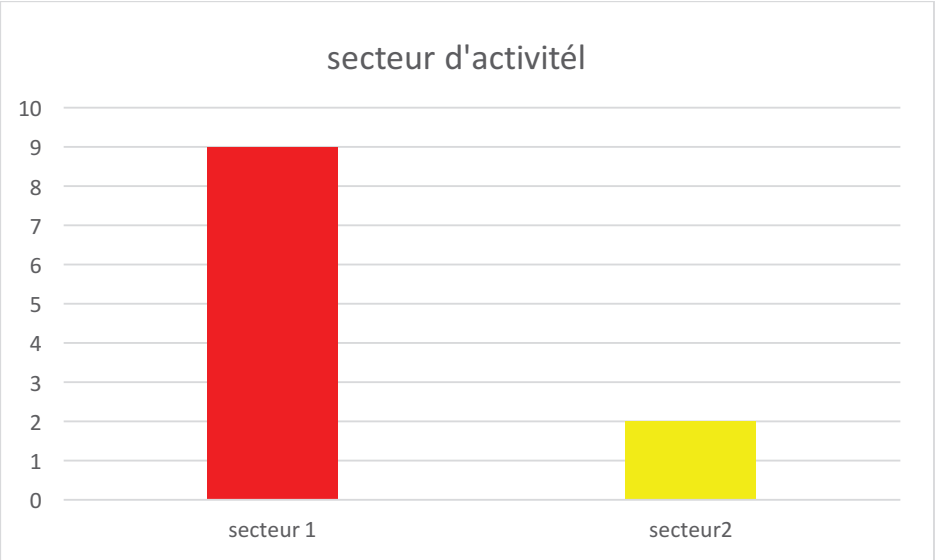
Au niveau du lieu d'activité des praticiens, 64% exerçent en milieu urbain, 27% en milieu semi-rural et 9% en milieu rural (figure 2).
Au niveau de leur activité, 81,8% des médecins étaient installés en secteur 1 contre 18,2% en secteur 2 (figure 3)

Figure 2 : localisation



Au niveau de leur activité, 81,8% des médecins étaient installés en secteur 1 contre 18,2% en secteur 2 (figure 3)

Figure 3 : secteur d’activité



Partie qualitative

Pour la représentation des résultats de l’analyse qualitative, il a été choisi de présenter la réponse à la question « Evaluation des raisons de la non utilisation du streptotest pour les angines par les médecins généralistes des Alpes Maritimes » en trois parties regroupant toutes les idées soulevées lors des entretiens par les docteurs en médecine générale, soit :

-Le test en lui-même
-La formation
-Le retentissement dans la pratique

Le test en lui-même

3.2.1. La fréquence d'utilisation

« *Devant une angine, quelle qu'elle soit le type, je le pratique systématiquement quand je le peux.* »
« : Quasiment jamais »
« Systématiquement quand j'ai un test à disposition. Aux urgences on a des tests, donc je l'utilise systématiquement devant une suspicion d'angine. »

La fréquence d'utilisation du TDR, par les médecins généralistes par rapport à l'âge, retrouvée est la suivante :

- L'intégralité des praticiens dont l'âge est inférieur à 40 ans, le pratiquent systématiquement.
- Les médecins à ne jamais l'utiliser sont rares, avec une moyenne d'âge des utilisateurs de 61 ans.
- La plupart des utilisateurs occasionnels ont une moyenne âge de 56,5 ans.

3.2.2. Le temps

« *Facile, mais ça prend quand même plusieurs minutes et quand il y a du monde dans la salle d'attente, ce n'est pas évident de poireauter le temps de la lecture du test »*

« Si je sais que je suis super à la bourre et en fonction de ce que je vois, des arguments cliniques, etc… je peux facilement le zapper ».

« Il y a une petite contrainte parce qu'entre le moment où on le fait et le moment où on a le résultat il y a un petit moment de flottement, 3 minutes ».

Le ressentiment des médecins généralistes interrogés concernant l'utilisation du TDR est fortement lié à leur activité et au nombre de patient vu en consultation par jour. Plus le nombre de consultation par jour est important moins ils le réalisent.

« C'est le gros point faible quand on connait le motif de la consultation : maux de gorge, fièvre… on essaie de le faire au début de la séance, mais c'est vrai qu'il faut bien entre 5 à 10 minutes pour avoir le résultat et quand on a beaucoup, beaucoup, de consultation dans la journée, je ne le fais pas systématiquement. C'est pour ça je ne le fais qu'en cas de doute »

La contrainte majeure retrouvée lors des interviews est le temps entre la réalisation du TDR et l'obtention du résultat.

Pour la majorité des interviewés, la durée est trop longue.

3.2.3. Technique de prélèvement et de manipulation

« Un test plus simple d'utilisation avec une petite boite, moins de réactifs comme pour le test de dépistage de la grippe »
« Plus ou moins, quelques manipulations à réaliser, mais sinon facile d'utilité »
« Facile non, il n'est pas. Tout est bien expliqué mais il y a beaucoup de manipulation à faire : mettre les réactifs, gratter la gorge, mettre l'écouvillon, tourner quelques secondes, attendre, mettre…. Il y a quand même beaucoup de manipulation. »

L'utilisation du TDR nécessite plusieurs étapes : la manipulation de réactifs ainsi que le prélèvement sur les amygdales par écouvillonnage.
Sur la totalité des médecins interrogés, la moitié reconnaissent des manipulations nombreuses et contraignantes du test à réaliser avant l'obtention du résultat.

« Les *petits, ils ont du mal à ouvrir la bouche et le fait de passer un coton tige sur les amygdales, parfois c'est vraiment tout une épreuve et ce n'est pas évident. »*
« Avant de renoncer je fais tenir la tête soit par les parents, soit par d'autres personnels soignants qui peuvent venir m'aider »
« Il m'arrive que l'enfant refuse d'ouvrir la bouche. J'ai déjà du mal à l'inspecter une première fois, je n'arrive pas forcément à lui faire ouvrir la bouche une seconde fois pour réaliser le streptotest. »

Cependant ce ressenti est unanime pour la pédiatrie. Le Test ne semble pas adapté pour les petits enfants. La phase de prélèvement reste très problématique et la compliance des patients très aléatoire. L'ensemble des interrogés confirment que ce geste invasif de prélèvement chez les enfants ne facilite pas sa mise en application.

3.2.4. Le kit du TDR

« La boite n'est pas très écologique et il m'arrive de manquer parfois de cupules, les cupules c'est les réceptacles où on met les réactifs, parce qu'il m'arrive d'en faire tomber et vue que c'est un nombre limité »
« La boite est encombrante. Elle prend de la place dans les étagères. Le fait d'avoir 2 réactifs est un peu contraignant et surtout il manque toujours des petites cupules pour mélanger les réactifs. »

L'avis général des médecins interrogés, ont comme principal argument que l'angine n'est plus un motif de consultation au domicile hormis cas particulier d'activité tel que des associations comme SOS médecin. Néanmoins la totalité des intervenants trouvent que le kit n'est pas fonctionnel ni adapté pour les transports par sa taille encombrante dans sa forme actuelle et la pensée générale qui en découle est que l'ergonomie du kit est à revoir.

3.2.5. L'approvisionnement

« Ben non je commande sur le site Améli et je les récupère rapidement. »
« Oui c'est facile et très rapide, c'est 3 – 4 jours »
« . Une fois que la machine est lancée il n'y a plus aucun souci. On va sur le site AMELI, on remplit le formulaire et entre 3 et 5 jours nous sommes livrés »

Les commandes des boites de TDR se réalisent au niveau de la CPAM par l'intermédiaire du site Améli. Un formulaire est à remplir par le professionnel de santé pour passer la commande. Généralement les généralistes réalisent eux même la commande du Kit. Une infime partie le réalise par l'intermédiaire d'un secrétariat.
La totalité des praticiens interrogés passant eux même leurs commandes, qualifient les démarches administratives comme « simple, facile ». Cela ne semble pas être un frein à la réalisation du TDR.

3.2.6. Le ressenti sur la fiabilité

« Oui je pense que ce test est fiable avec une sensibilité qui s'approche des 90%, donc on peut lui faire confiance. »
« Je n'ai pas confiance à 100% en ce test. Mon expérience me l'a prouvée au décours des cas ».

Le ressentiment général des praticiens interviewés montre que la fiabilité du test n'est pas à remettre en cause pour une large part d'entre eux. Le TDR reste un bon outil diagnostique devant une angine. Cependant il ne remplace pas l'expérience clinique du praticien qui l'utilise, c'est une aide supplémentaire pour étayer sa conduite thérapeutique.

3.3. La place de la formation dans l'utilisation du TDR

« Pendant l'externat et l'internat, j'ai eu une explication relative au TDR au moment de l'enseignement d'ORL sur les angines. J'ai pu l'utiliser en stage pendant l'externat et l'internat chez le généraliste »
« Ben j'ai suivi ce qui était marqué dans la boite. »
« Oui j'ai été formé aux 2 niveaux, par les laboratoires et en formation continue avec le Docteur référent en maladie infectieuse. »

On peut s'apercevoir que la formation de l'utilisation du TDR avant installation a un impact direct sur son utilisation. La totalité des médecins ayant reçu une formation avant installation le réalisent en systématique.
Néanmoins la fréquence d'utilisation du test par les médecins ayant été formés après installation contre les praticiens n'ayant pas été formés ne retrouve aucune différence significative. La fréquence d'utilisation varie entre « souvent » et « parfois » pour la majorité. Rare sont les non-utilisateurs malgré une formation post installation.

3.4. Transfert dans la pratique

« Oui et j'avais déjà fortement diminué depuis longtemps. »
« Même si je l'utilise pas souvent, j'essaie de me conformer à ses résultats et oui je pense avoir diminué ma prescription d'antibiotiques grâce à cela ».

L'utilisation du streptotest par les médecins traitants interrogés démontre une impression de baisse de leur prescription d'antibiotique.
Pour la plupart des personnes interviewées, ils reconnaissent l'utilité du TDR pour limiter l'usage systématique d'une antibiothérapie.

La contrainte majeure du temps de réalisation du TDR retrouvée précédemment, est accentuée chez les médecins ayant une forte activité.
« Quand même plusieurs minutes et quand il y a du monde dans la salle d'attente, ce n'est pas évident de poireauter le temps de la lecture du test »

« Bon il y a certaines angines érythémateux-pultacées extrêmement douloureuses et extrêmement fébriles où je ne me pose pas la question de faire le test, je mets un antibiotique tout de suite. »
« Je n'ai pas de score clinique en tête me venant à prime abord. Par contre je favorise mon expérience clinique et les signes cliniques du patient. Devant une angine qui me semble bactérienne, c'est-à-dire grosses amygdales, pas de toux avec de la fièvre, odynophagie, je mets des antibiotiques d'emblée ».

L’expérience des praticiens et les scores cliniques existants sont mis en avant chez la majorité des cliniciens afin de réaliser le moins de test possible chez les adultes pour un gain de temps.

« Le score de Mac Isaac, je l’utilise quand le TDR est infaisable parce qu’il y a un reflux… enfin un réflexe nauséeux, à ce moment là je fais les scores mais c’est rare »
« Je ne connais pas le nom du score actuellement utilisé , mais les items utilisés doivent être surement l’absence de toux , l’hypertrophie des amygdales , la fièvre , la douleur.. »

Cependant on constate qu’une minime partie de l’échantillon utilise de manière appropriée le score de Mac Isaac.

Chez l’adulte devant une angine d’étiologie probablement virale et un score de Mc Isaac inférieur à 2, une majorité de praticien ne réalise pas le test.
Néanmoins face à un patient demandeur d’antibiotique dans ce contexte d’angine virale la majeure partie des médecins vont réaliser le TDR en se reposant sur sa fiabilité pour étayer et argumenter la stratégie thérapeutique de non prescription d’antibiotique.

« En pédiatrie, il m'arrive que l'enfant refuse d'ouvrir la bouche. J'ai déjà du mal à l'inspecter une première fois, je n'arrive pas forcément à lui faire ouvrir la bouche une seconde fois pour réaliser le streptotest »
« Petits, ils ont du mal à ouvrir la bouche et le fait de passer un coton tige sur les amygdales, parfois c'est vraiment tout une épreuve et c'est pas évident. »

En pédiatrie l'expérience clinique est accentuée et primordiale pour la totalité des médecins devant la difficulté rencontrée à réaliser le test.

« Il m'arrive de mettre des antibiotiques d'emblée quand j'ai vraiment des signes de gravité. Que j'ai un abcès un flegmon péri-amygdalien ou une clinique très, très forte, allant même jusqu'au trismus. »
« Il y a certaines angines très rouges avec un gros œdème d'un côté par exemple où je crains le phlegmon donc je mets sous antibiotiques tout de suite »

De plus face à des situations cliniques spécifiques d'urgence tel que l'abcès, le phlegmon péri amygdalien ou le trismus, La globalité des professionnels de santé mettent une antibiothérapie d'urgence sans réalisation d'un TDR.

Discussion

Il s'agit d'une étude dans les Alpes Maritimes ayant comme objectif principal d'évaluer les raisons de la non utilisation du TDR par les médecins généralistes du 06.

L'intérêt est de décrire la pratique médicale de terrain, au travers de la vision des praticiens par la recherche qualitative.
Grace à cette diversité, les médecins ont exprimé une vision et des expériences différentes selon leur âge, le type d'exercice, le sexe et le lieu d'activité.

Les limites de cette étude :

L'étude qualitative a pour but de générer des hypothèses, des idées, en explorant les expériences et les opinions d'un petit nombre de médecin.
Les résultats obtenus ne visent pas à la généralisation de la population.
Lors du premier contact téléphonique pour demander leur accord sur leur participation ainsi que le thème abordé, le recruteur est resté volontairement peu explicite pour ne pas influencer leurs réponses.
On peut en conclure que seul les médecins les plus motivés ont participé à cette étude.

Les biais de ce travail :

-Biais de sélection :

Le critère d'inclusion était d'être un médecin généraliste inscrit au tableau du conseil de l'ordre des médecins des Alpes Maritimes. Le recrutement téléphonique s'est fait à partir de l'annuaire internet du CNOM qui est potentiellement non complété ou erroné avec un manque de mise à jour.

-Biais liés au recueil des données :

La personnalité de l'enquêteur, son caractère, son expérience, ses opinions personnelles peuvent retentir de manière plus ou moins consciente sur les entretiens.
Des biais de suggestions verbaux ou d'attitude peuvent modifier les discours des interviewés, suite au manque d'expérience de l'investigateur.

Résumé des principaux résultats et comparaison avec la littérature :

Notre objectif principal était d'évaluer les raisons de la non utilisation du TDR par les généralistes des Alpes Maritimes. Plusieurs résultats sont confortés par des résultats antérieurs dans la littérature.
La fréquence d'utilisation du test retrouvée est relativement élevée, rare sont les non-utilisateurs du TDR. Dans l'étude de 2006 en Rhône-Alpes (8) on retrouve une fréquence quasi similaire des non utilisateurs du test. Cependant la majorité des études déterminent un taux de non d'utilisation du TDR d'environs 50% (9)(10).
Ce décalage est dû au type d'étude choisie, notre étude qualitative n'a pas vocation d'être représentative. Mais elle permet de relever des hypothèses afin de comprendre ce phénomène et des comportements dans leur contexte naturel.

Le principal facteur limitant de l'utilisation du TDR retrouvé dans de nombreux travaux français (13/14/15/16/17) est le temps. La durée moyenne de 5 min avant l'obtention d'un résultat est un frein majeur à sa pratique. Notre étude ne déroge pas aux résultats antérieurs avec une majorité des interviewés exprimant une durée trop importante entre les diverses manipulations et l'obtention du résultat final.

Le temps est souvent couplé à un deuxième facteur limitant primordial : La forte activité des praticiens modifiant la pratique des généralistes qui est décrite dans l'étude de ATTALI.C (19).
L'activité professionnelle varie d'un praticien à l'autre. Cependant ce qui est mis en évidence, c'est l'impact d'une activité accrue associée aux contraintes de réalisation du TDR ; ceci induit une diminution de la pratique du test.

Les généralistes qui prescrivent le plus d'antibiotiques, jusqu'à deux fois plus sont ceux qui ont l'activité professionnelle la plus importante et qui exercent depuis longtemps (20/21).
La pratique du TDR ne sera jamais aussi rapide que la prescription d'antibiotiques(22).

L'expérience clinique est mis en avant comme facteur limitant de l'utilisation du TDR dans différentes études dont celle de CORNAGLIA.C (9) et NICE clinical guideline(28). De nombreux médecins sont tout de même guidés par leur instinct clinique, la présentation du patient et la relation médecin/malade.

Il est difficile de changer les habitudes médicales, et dans le cadre des angines l'expérience clinique prime. Comme dans l'étude Marseillaise (18), on pourrait croire à une corrélation entre FMC et la réalisation du

TDR mais non, la plupart ne l'utilise pas post formation. Dans notre étude nous ne retrouvons aucune différence significative entre les médecins ayant reçu ou non une formation post-installation.

Le score de Mac Isaac est méconnu par la plupart de médecins généralistes, alors qu'ils utilisent la plupart des critères de ce score (22).

Ce score n'est utilisé de manière appropriée que par une minime partie des utilisateurs. Ce résultat est concordant avec une étude Parisienne (9) avec un taux de 28%.

Cette démarche explique également en partie la non-conformité aux recommandations et à la prescription d'antibiotiques en cas de TDR négatif comme le sujet l'étude PAAIR (19).
Avec le recul de sa mise sur le marché depuis 16 ans, malgré la création de formation continue sur l'usage des bonnes pratiques du TDR. On pourrait s'attendre à une plus grande adhésion de cet outil diagnostique. Force est de constater, une réalité toute autre. L'aptitude d'intégration de nouveau concept se heurte aux expériences et habitudes professionnelles acquises depuis plusieurs années. On en dégage un sentiment de résistance aux nouvelles pratiques.

Ce qui nous révèle que le facteur de l'âge est un facteur clef influençant la réalisation ou non du test. Le jeunes médecins ont plutôt tendance à utiliser régulièrement le test comparativement à leurs ainés.

Dans les interviews menés, on remarque que la totalité des médecins de moins de 39 ans, le réalise systématiquement. La thèse de Valérie Metz-Cochinaire d'Angers (11) démontre que les moins de 40 ans sont 77,78% à réaliser le TDR systématiquement.

L'âge est en corrélation avec la formation reçue des généralistes. La mise sur le marché du TDR date de 2002, et les praticiens de moins de quarante ans ont reçu une formation universitaire et hospitalière avant installation sur ce test permettant d'intégrer systématiquement cet outil dans leur pratique à l'inverse de leurs ainés.

La totalité des médecins formés avant installation dans notre recherche réalisent systématiquement le TDR. Cependant on ne retrouve aucune différence significative pour les praticiens ayant reçu une formation théorique et/ou pratique post installation sur l'utilisation et l'indication du TDR versus le groupe n'ayant reçu aucune formation.

Dans notre étude ce point est mis en valeur pour la conduite clinique devant des signes de gravité tel qu'un abcès ou un phlégmon péri-

amygdalien, le TDR n'est pas utilisé et le patient directement mis sous antibiotique pour la totalité de nos médecins interrogés.
Au niveau du retentissement de la fiabilité du test, celui-ci est accepté et considéré comme fiable par la plupart de la population étudiée. Devant une angine d'étiologie probablement virale avec un TDR négatif, il n'y aura qu'une mineure partie des praticiens qui prescriront des antibiotiques. Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude des maîtres de stage de Paris Descartes (9) avec un taux et ainsi que pour l'étude PACA (27)

En pédiatrie les raisons de non utilisation du TDR cités auparavant sont toutes accentuées. D'après le vécu des professionnels ce dispositif ne semble pas adapter pour les enfants en bas âge ; la difficulté de sa réalisation est ressenti comme un traumatisme par l'enfant à la suite de ce geste invasif.
Il serait intéressant d'apporter une amélioration du dispositif pour pouvoir les réaliser en pédiatrie du fait de son utilité qui n'est plus à prouver chez les enfants de plus de trois ans.

La commande du kit en ligne (25) est qualifié de facile par la totalité des médecins. Ces résultats sont similaires dans l'étude de Tiphaine Girard (22). Ce facteur ne semble plus être un frein majeur de non utilisation comme auparavant. À noter qu'une amélioration sur l'ergonomie du kit

pour le transport durant les visites au domicile permettrait son utilisation, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Paradoxalement on note une baisse générale des commandes en 2005 avec 2,3 millions de kit puis 1,4 millions en 2013 (23). Dans les Alpes-Maritimes en 2017, 1791 boites de TDR ont été distribuées d'une valeur de 42012 euros pour une démographie de 1967 médecins généralistes dans le département (24).

Le ressenti générale des interviewés sur l'utilité du TDR est unanime : La globalité considère avoir baissé leur prescription antibiotique grâce à ce test. Des résultats très disparates sont retrouvés dans la littérature allant de 76% (23) à 86% (29). Cependant ce ressenti est bien supérieur à la réelle pratique professionnelle d'après différentes études Françaises avec un taux de 44% (27) ou Américaine (29).

Conclusion

La médecine générale actuelle est de plus en plus standardisée reposant sur de multiples protocoles d'institues savantes ainsi que des recommandations nationales. Le TDR est un outil diagnostique des angines à streptocoque beta hémolytique du groupe A dont la fiabilité a fait ses preuves, permettant une diminution de la prescription

d’antibiotiques afin de lutter contre l’apparition de nouvelles résistances. Cependant on peut s’apercevoir que ce test n’est pas rentré dans les mœurs de tous les praticiens.
Notre étude a pour objectif de comprendre pourquoi ce dispositif n’est pas utilisé par tous, en évaluant les raisons de non utilisation du TDR par les médecins généralistes du département.

Nos travaux ont permis de mettre en valeur plusieurs raisons de la non utilisation du TDR par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes concordantes avec la littérature antérieure. Le facteur limitant majeur est un temps trop élevé entre la réalisation du test et l’obtention des résultats. Cela est en inadéquation face à la charge de travail en constante évolution de la médecine générale libérale.

De plus on remarque que l’âge des médecins est un facteur influençant la non utilisation du TDR. Les praticiens de moins de 40 ans le réalisent de manière plus systématisée que les anciens médecins. On peut corréler cette relation de cause à effet à une formation universitaire reçue par les plus jeunes sur le TDR avant installation. Tandis que pour les praticiens installés avant l’apparition du TDR en 2002, on ne retrouve pas de différence sur le taux d’utilisation du test entre les médecins ayant participé aux formations médicales continues pratique et/ou théorique versus le groupe de médecin n’ayant pas eu de formation.

Une refonte de cette formation pratique et/ou théorique des FMC devra être envisagée même si l'on sait qu'il est difficile de changer la pratique médicale des années antérieurs et que de nombreux médecins font passer en priorité leur expérience clinique.

Une étude type qualitative pourrait être envisagée dans le futur sur les raisons des limites de l'impact de la formation pratique et/ou théorique sur le taux d'utilisation du TDR.

Les différentes pistes évoquées dans les interviews pour accentuer le taux d'utilisation du TDR par les médecins sont :

Une simplification du test pourrait être envisagée en collaboration avec les bactériologistes et les industriels fabriquant le TDR afin d'obtenir un outil diagnostique plus rapide et moins contraignant pour un futur proche. L'amélioration et la rapidité de résultat de ce futur test permettrait-il une utilisation plus systématique ?

Une poursuite des campagnes de l'assurance maladie sur l'utilité du TDR visant à sensibiliser la population affecterait-elle significativement la pratique du médecin généraliste face à des patients éclairés de plus en plus demandeur de ce test ?

Sur le point financier, une piste à envisager est la revalorisation salariale même significative type rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). Ce modèle a fait ses preuves dans le passé comme pour le suivi

de patients diabétiques sur le court terme. Néanmoins au long terme l'efficacité de ce modèle est moindre. En serait-il de même pour le TDR ?

Une refonte de la formation post installation des médecins généralistes de plus de 40 ans serait à envisager face à son manque d'impact sur la pratique de praticiens au niveau de ce test. Ce pendant nous avons remarqué durant l'étude qu'il est très difficile d'agir sur les comportements, les réflexes et les habitudes médicales acquises antérieurement.

Bibliographie

(1) http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2015-Point-d-Information

(2) Fichier_these_durel-maurisse_ab-angine-mac_isaacee281.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/547/fichier_these_durel-maurisse_ab-angine- mac_isaacee281.pdf

(3) Caisse primaire d'assurance maladie. Les antibiotiques, c'est pas automatique. www.ameli-sante.fr/oreilles-nez-et-gorge/angine/quest-ce-que-langine/angine-virale-et- bacterienne-a-streptocoque.html

(4) OMS. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata(URSS), 6-12 Septembre 1978. Journal de Genève-5000(R) ;83.Genève,1978.

(5) Gay B. Actualisation de la définition européenne de la Médecine générale. Presse Med. 2013 ;42 :258-260

(6) Frappé, Paul.Intubation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale:Broché;

(7) Alami S,Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives Vendôme. PUF; 2009

(8) Schweckler D. Utilisation du test de diagnostic rapide de l'angine streptococcique en médecine générale : une étude transversale en région Rhône-Alpes. Thèse Universisté Lyon I 2006.

(9) Cornaglia C, Robinet J, Partouche H. Évolution de la pratique du test diagnostic rapide de l'angine streptococcique parmi les médecins généralistes, maîtres de stage de la faculté de médecine Paris Descartes : 2005-2007. Méd Mal Infec 2009;39:375-381

(10)Tailandier A, Garnier F. Angine et TDR que font les MG des Pays de Loire ? Rev Prat Med Gen 2008;22:576.

(11))Académie de Rouen- Thèse Magne Utilisation du test de diagnostic rapide dans la prise en charge de l'angine de l'enfant chez les médecins généralistes Hauts-Normands.pdf [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01369258/document

(12))Michel A-L, Gaillat J. Enquête de pratique sur l'utilisation du test de diagnostic rapide dans les angines en médecine générale en Haute-Savoie [Internet]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2011 [cité 2012 août 8]. Available de: http://www.sudoc.fr/154703923

(13) Académie de Grenoble- Thèse Michel Enquête de pratique sur l'utilisation du test de diagnostic rapide dans les angines en médecine générale en Haute Savoie.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619199/document

(14))Thèse-Alexandre-Saunier-VF.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: http://www.voixmedicales.fr/wp-content/uploads/2013/12/Th%C3%A8se-Alexandre-Saunier-VF.pdf

(15))MARION, Christine. Place du TDR dans la prise en charge de l'angine en médecine générale. Étude quantitative et qualitative en pays de la Loire.-88p. Th : Méd. : Nantes : 2011

(16))Joseph JP, Devoize M, Neau D. Eléments déterminant la prescription d'antibiotiques au cours des angines : Résultats d'une enquête auprès de médecins généralistes maîtres de stage. Médecine et Maladies Infectieuses, 2013, n°43, 74

(17) PULCINI, Céline. Perceptions et attitudes de médecins généralistes français vis-à-vis des TDR angines. Disponible sur : http://www.infectiologie.com/site/medias/JNI/JNI12/2012-JNI-TDR-angine-Pulcini.pdf

(18) BENBAHI delphine. Impact du test de diagnostic rapide sur l'intention initiale de prescription antibiotiques par les médecins généralistes maîtres de stage à la faculté de médecine d'Aix-Marseille, dans la prise en charge des angines. Disponible sur :https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01792578/document

(19))Attali C, Rola S, Renard Vincent, Montagne O, et al. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. Exercer 2008;82:66-72.

(20) Genevieve Cadieux et al., « Predictors of inappropriate antibiotic prescribing among primary care physicians », CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De l'association Medicale Canadienne

(21) MC Weiss et al. « Perception of patient expectation for an antibiotic : acom-parison of walk-in centre nurses and GPs »Family Practice 21, n°5(octobre1,2004) :492-499.

(22) Cohen R, Chaumette L, Bingen E, De Gouvello A, de La Rocque F. The future in tonsillopharyngitis: Rapid strep test. Médecine Mal Infect. 1997 Apr;27(4):424–33.

(23) GIRARD Tiphaine: Le Test de Diagnostic Rapide dans l'angine est-il un enjeu de santé publique en Savoie? Disponible :https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01077874/document

(24) https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

(25) Test de diagnostic rapide (TDR) de l'angine [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-prevention/test-diagnostic-rapide-tdr-angine

(26) Pulcini C, Pauvif L, Paraponaris A, Verger P, Ventelou B. Perceptions and attitudes of French general practitioners towards rapid antigen diagnostic tests in acute pharyngitis using a randomized case vignette study. J Antimicrob Chemother. 2012 Jun;67(6):1540–6.

(27) NICE clinical guideline 69. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. http://publications.nice.org.uk/respiratory- tract-infections-antibiotic-prescribing-cg69

(28) Park M, Hue V, Dubos F, Lagrée M, Pruvost I, Martinot A. Reasons for misuse of strep A rapid antigen detection tests for

pharyngitis in private medical practice. Arch Pédiatrie Organe Off Sociéte Fr Pédiatrie. 2013 Oct;20(10):1083–8

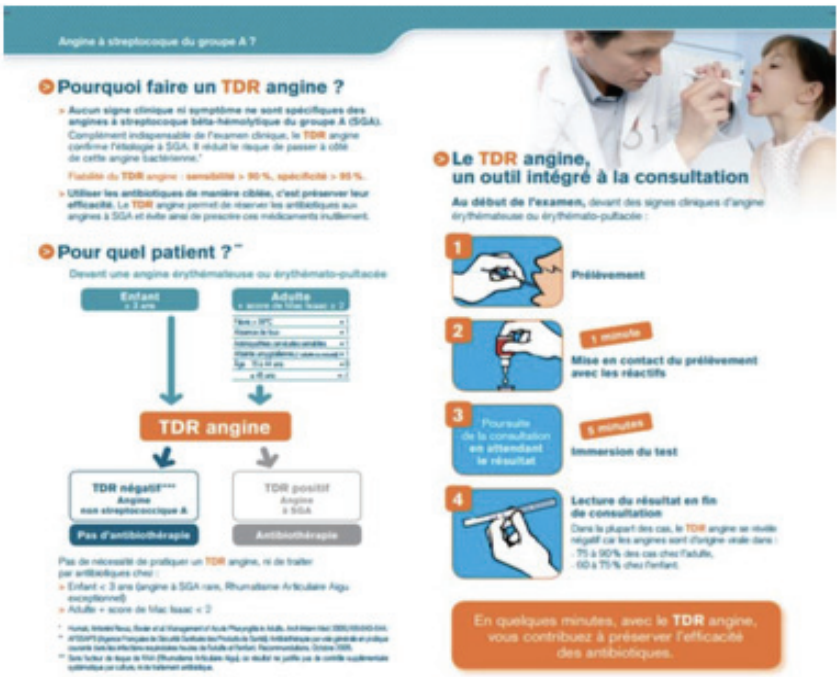
(29) Ayanruoh S, Waseem M, Quee F, Humphrey A, Reynolds T. Impact of Rapid Streptococcal Test on Antibiotic Use in a Pediatric Emergency Department: Pediatr Emerg Care. 2009 Nov;25(11):748–50

ANNEXES

Annexe 1

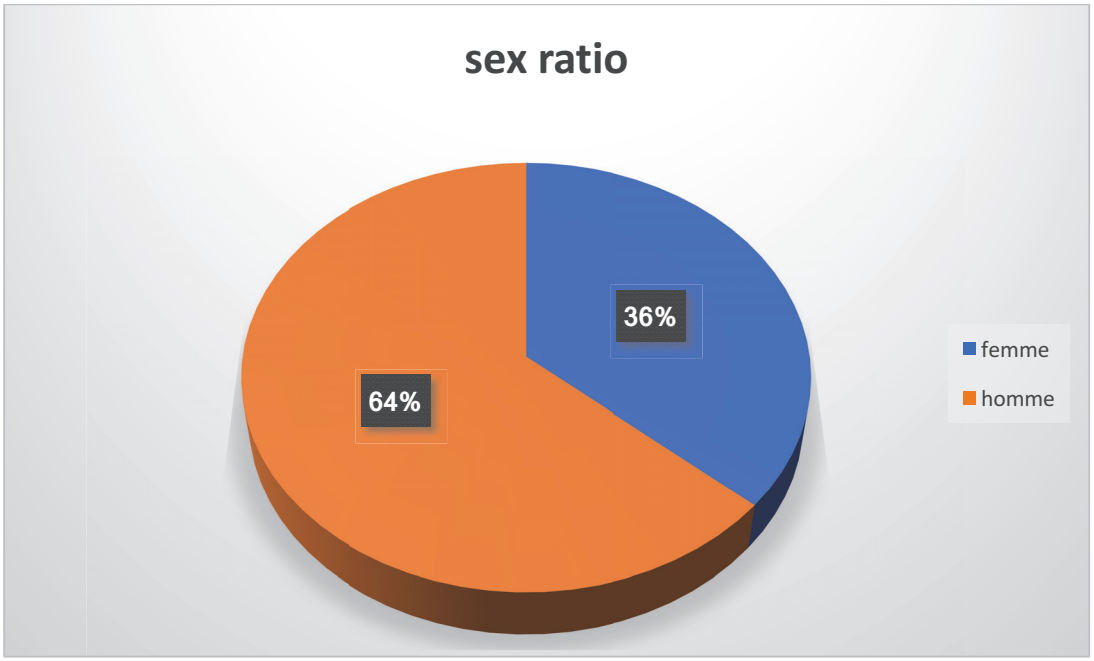






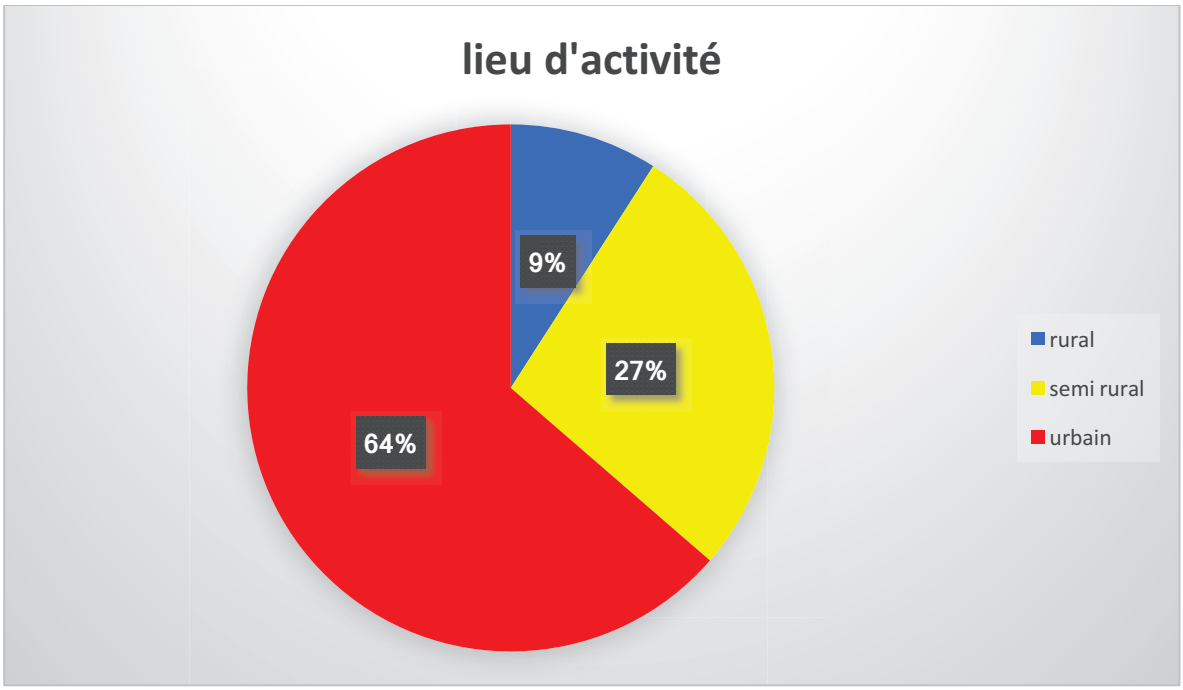
Annexe 2 : sex ratio

_Figure 1 : sex ration



Annexe 3 : localisation

Figure 2 : localisation



Annexe 4 : trame interview

Questionnaire thèse : évaluation des raisons de la non utilisation du streptotest par les médecins généralistes du 06

Partie socio-démographique

- nom/age/sexe
- lieu (rural/semi rural/urbain)
- Exercice professionnel (cabinet seul/de groupe , secrétariat ou non. / secteur 1 ou 2 hospitalier/clinique / ehpad , domicile)
- explication de votre activité (nombre de consultation plage horaire , visite)

-parcours et formation: cursus/ date d'installation (tdr depuis 2002 sur le marché)

—>avez vous été formé avant votre installation pratique et/ou théorique (détaillez)

—>après votre installation pratique et/ou théorique (détaillez)

—> connaissez vous les moyens d'acquérir ses connaissances manquantes ?

FMC / CPAM/ recommandation/revues / internet

Partie sur les facteurs influençant l'utilisation du TDR

- nombre d'angine par mois (fréquence) 5< 5 et 15 < x

le test en lui même : l'utilisez vous de manière fréquente devant une suspicion d'angine : jamais , parfois , souvent , systématiquement

selon vous est ce un test fiable ?
facile à utiliser ,
sans contrainte de temps (sinon détaillez)

avez vous des remarques concernant la formation de la boite du kit TDR

En visite : le réalisé vous ?

Le test vous semble t il adapté au transport pour les visites aux domiciles (sinon détaillez)

-concernant l'approvisionnement :
-le faite vous vous même ou par une tierce personne (secrétariat)
-connaissez vous les démarches administratives (avant ou après installation)
-ces démarches vous sembles telles adaptées ? oui ou non
- délais moyen de livraison ,
avez vous été confronté à des rupture de stock
-limite de conservation (12 mois)
-connaissez vous le cout
)

Les critères de gravité , antibiothérapie

Concernant l'aspect clinique sur quelles données /score clinique favorisé vous l' utilisation ou la non utilisation systématique du TDR ? (score de mac isaac)

Suivant le résultat du score, utilisez vous le TDR ?
☐ non je n'utilise pas le score ☐ non,si score=-1ou0ou1 ☐ non,si score≥2
☐ oui si score=-1ou0ou1 ☐ oui si score≥2
☐ autre: ...

Si le TDR est négatif prescrivez vous les ATB ? si oui détaillez les facteurs favorisant ce choix

(doute technique sur prélèvement, score clinique , âge du patient)

Ainsi que le type d' ATB prescrit

Dans quelle situation spécifique mettez vous directement sous atb le patient en ne tenant pas compte ou en ne réalisant pas le tdr?

L'utilisation du TDR vous a t-il permit de diminuer votre prescription d'antibiotique ?

Partie relation medecin/patient/TDR

Depuis la création du test et de mise sur le marché en 2002 , celui-ci vous semble t il rentré dans les moeurs de la vie des patients (alliance thérapeutique) réponse ouverte ?

-sont ils demandeur du test ?
-comprennent ils l'utilité de celui ci ?
(sensibilité 90 spécificité 95)

Votre pratique est elle modifié devant un patient demandeur de TDR?
exemple avec deux cas de figure

1. suspicion angine bactérienne avec patient soit demandeur ou non
2. suspicion angine virale avec patient soit demandeur ou non

cas particulier en pédiatrie :

Le réalisé vous systématiquement après trois ans devant suspicion angine ?

Sinon expliquez les conditions vous poussant à ne pas le réaliser

Favorisé vous votre expérience clinique et les scores clinique existant afin d'en réalisé le moins possible?

Le test vous semble il adapté pour les enfants ?

Questions ouvertes

Le TDR dans la forme actuel vous semble t il avoir un avenir tant sur son utilité qu'à son but final ?

Pensez vous qu'une campagne de sensibilisation de grand publique l'intérêt du TDR serait nécessaire pour améliorer l'adhésion des patients ?

Une revalorisation salariale de l'acte(CCAM) comme pour le frottis , vous semble t -il envisageable pour favoriser l'utilisation duTDR? (avis)

Selon vous qu'est ce qui pourrait vous inciter à utiliser d'avantage le TDR (simplification)

Y-at-il un point limitant de la pratique du tdr qui n'a pas été abordé dans l'entretien selon vous ?

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Résumé

Introduction :

L'angine est une pathologie fréquente environ 9 millions de consultation par an. A noter une ré-augmentation du taux de prescription d'antibiotiques entre 2010 et 2015 dont 93 % est réalisée en ambulatoire. Notre hypothèse diagnostique initiale était que les médecins généralistes des Alpes Maritimes n'utilisaient pas de manière systématique le TDR. Afin d'évaluer les raisons de son manque d'utilisation nous avons choisi comme critère de jugement principale « Évaluation des raisons de non utilisation du TDR par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes »

Matériel et méthodes :

C'est une étude qualitative par entretien semi-dirigé auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes, selon un guide d'entretien préétabli. Le choix de la méthode permettait une démarche interprétative. Les critères d'inclusions : être inscrit au tableau de l'ordre des médecins du 06. Les Critères d'exclusions : remplaçants non thèsés. Le recrutement a été réalisé par randomisation d'après la liste des médecins généralistes du 06 inscrits au tableau de l'ordre

Résultats :

La moyenne d'âge des onze médecins interrogés est de 51,1 ans. Tous les utilisateurs du test remarquent une durée de réalisation trop importante. La totalité des praticiens formés sur le TDR avant installation le réalisent systématiquement avec une moyenne d'âge de 36,6 ans. Par contre nous ne montrons aucune différence significative sur la fréquence d'utilisation des médecins formés post installation versus les personnes non formées. La fiabilité du TDR n'est pas remise en cause par la majeure partie des médecins. Seulement une minorité prescrit des antibiotiques avec un TDR négatif. On remarque que l'activité professionnelle importante des praticiens est corrélée avec une diminution de l'utilisation du TDR. Le ressenti générale sur l'utilité du TDR est unanime : La globalité considère avoir diminué leur prescription antibiotique grâce à ce test.

Conclusion :

Dans notre étude l'hypothèse initiale de manque d'utilisation en systématique du TDR par les praticiens du département est concordante avec les résultats obtenus. Les facteurs influençant la non utilisation du TDR par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes sont : La durée de réalisation et l'obtention de résultat jugées trop longues. La moyenne d'âge supérieur à 40 ans. La formation pratique et/ou théorique n'influence pas un taux plus important de réalisation du TDR versus les médecins formés avant installation.