



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Myriam EL FATMAOUI

Le 19 novembre 2014

**QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DE LA BANDELETTE
URINAIRE DANS L'INFECTION URINAIRE ET DU TEST DE DIAGNOSTIC
RAPIDE DE L'ANGINE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?
QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DE LA PRESCRIPTION DES
ANTIBIOTIQUES CHEZ LES GÉNÉRALISTES ?**

ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS
REALISÉS AUPRÈS DE DIX MÉDECINS GÉNÉRALISTES MOSELLANS
SUITE À UNE ÉTUDE AVEC ÉVALUATION DÉCLARATIVE DES PRATIQUES

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Président

Monsieur le Professeur Christian RABAUD

Juge

Madame le Docteur Corentine ALAUZET

Juge

Monsieur le Docteur Jacques BIRGÉ

Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : *(Rhumatologie)*

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur de Médecine Générale

Directeur du Département de Médecine Générale - Faculté de Médecine de Nancy

Spécialiste en Médecine Générale

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider cette thèse. Votre regard et vos conseils d'expert sur notre travail nous ont été très précieux. Veuillez recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Christian RABAUD

Professeur des universités de Maladies Infectieuses et Tropicales

Chef de Service Adjoint - Service de Maladies Infectieuses et Tropicales - CHU de Nancy

Président du Réseau ANTIBIOLOR

Pour l'honneur que vous nous faites de siéger dans le jury de cette thèse et de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre haute considération.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Jacques BIRGE

Docteur en Médecine

Vice-président du réseau ANTIBIOLOR

Vous êtes à l'origine de notre travail. Vous en avez dirigé l'élaboration jusqu'à son terme.

Pour votre disponibilité et votre accompagnement, soyez assuré de toute ma gratitude.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Corentine ALAUZET

Praticien Hospitalo-Universitaire au laboratoire de bactériologie, CHU de Nancy

Vous avez accepté de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de nos plus profonds remerciements.

Je remercie vivement les médecins du département de médecine générale qui ont animés les ateliers thèse-mémoire auxquels j'ai participé. Mesdames les docteurs : Aline Hurtaud, Laurene Millet-Malingrey, Violaine Mauffrey et Kénora Chau. Vos conseils méthodologiques m'ont été précieux du début à la fin.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de participer à l'étude et de se rendre disponibles pour les entretiens.

Merci à tous ceux qui m'ont aidé et ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Un grand merci à toute ma famille, mes proches, mes amis qui m'ont encouragé et soutenu.

Merci à mon tonton d'avoir traversé la Méditerranée spécialement pour être présent à ma thèse et Idris d'avoir traversé la Manche!

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 sont 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 ».

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	14
SERMENT D'HIPPOCRATE	20
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	25
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	26
RAPPELS ET CONTEXTE DU SUJET.....	27
1. L'angine et le TDR.....	27
2. L'infection urinaire et la BU	28
 PARTIE 1 : L'EXPÉRIENCE D'ANTIBIOLOR DE LA PROMOTION DE LA BU ET DU TDR AUPRÈS DE MG MOSELLANS PAR LA VISITE MÉDICALE	
INTRODUCTION PARTIE 1.....	30
1. MÉTHODE ET POPULATION.....	30
1.1 MÉTHODE : la visite médicale	30
1.1.1 Choix de la visite médicale comme procédé de communication et de modification des pratiques.....	30
1.1.2 Choix de l'animateur des VM	31
1.1.3 Préparation de la visite médicale.....	32
1.2 POPULATION de MG ciblée	33
2. RÉSULTATS.....	33
2.1 Arrêt des VM.....	33
2.2 Extrait d'informations recueillies : évaluation des pratiques pour le TDR et la BU	34
2.2.1 Description de la population rencontrée.....	34
2.2.1.1 Effectif.....	34
2.2.1.2 En fonction de l'âge et du sexe.....	34
2.2.1.3 En fonction du lieu d'exercice.....	35
2.2.2 Taux d'utilisation BU/TDR.....	35
2.2.2.1 Utilisateurs du TDR.....	35
2.2.2.2 Utilisateurs de la BU	35
3. DISCUSSION PARTIE 1	36

PARTIE 2: QUELS SONT LES OBSTACLES À L'UTILISATION DE LA BU DANS L'IU ET DU TDR DANS L'ANGINE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ? QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DE LA PRESCRIPTION DES ANTIBIOTIQUES CHEZ LES GÉNÉRALISTES? Étude qualitative par entretiens semi-directifs réalisés auprès de dix médecins généralistes mosellans

INTRODUCTION PARTIE 2.....	38
1. MÉTHODE ET POPULATION.....	39
1.1 Schéma d'étude	39
1.2 Choix de la population d'étude/recrutement	39
1.3 Guide d'entretien.....	39
1.4 Réalisation des entretiens	40
1.5 Retranscription et analyse des entretiens.....	40
2. RÉSULTATS.....	41
2.1 Taille de l'échantillon et saturation théorique	41
2.2 Déroulement des entretiens	41
2.3 Résultats de l'analyse thématique	43
2.3.1 Premier thème : l'infection urinaire et la BU	43
2.3.1.1 Déterminants à l'attitude diagnostique du MG.....	44
2.3.1.1.1 L'interrogatoire et la présomption clinique priment.....	44
2.3.1.1.2 L'expérience du MG	44
2.3.1.1.3 En cas de difficultés diagnostiques : ECBU.....	45
2.3.1.2 Déterminants à l'attitude thérapeutique du MG	45
2.3.1.2.1 Pour les cas de cystites aiguës simples.....	45
2.3.1.2.2 Si doute diagnostique	46
2.3.1.3 La BU	47
2.3.1.3.1 Utilisation antérieure et expérience	47
2.3.1.3.2 Freins à l'utilisation de la BU.....	47
2.3.1.4 L'avis des quelques MG utilisateurs réguliers ou non de la BU	51
2.3.1.4.1 Points positifs de la BU	51
2.3.1.4.2 Points négatifs de la BU	51

2.3.2 Deuxième thème: l'angine et le TDR.....	52
2.3.2.1 La clinique : déterminant principal à la démarche diagnostique	53
2.3.2.2 Les critères cliniques pris en compte.....	53
2.3.2.2.1 Les signes loco-régionaux	53
2.3.2.2.2 Les signes généraux.....	54
2.3.2.2.3 Diagnostic différentiel : la pharyngite	54
2.3.2.3 Examen para-clinique à visée étiologique	54
2.3.2.4 Les critères extra-cliniques influençant la décision de prescription d'antibiotiques	55
2.3.2.4.1 L'expérience.....	55
2.3.2.4.2 Cas de patients atteints de complications sévères post infectieuses à SBHA.....	55
2.3.2.4.3 La formation du MG.....	55
2.3.2.4.4 Si terrain fragile.....	55
2.3.2.4.5 Critères environnementaux.....	56
2.3.2.4.6 Critères liés à la relation médecin-malade.....	57
2.3.2.5 Le TDR.....	58
2.3.2.5.1 Utilisation antérieure et expérience	58
2.3.2.5.2 Les freins à l'utilisation du TDR	58
2.3.2.6 L'avis des quelques MG utilisateurs réguliers ou non du TDR :	61
2.3.2.6.1 Point positif du TDR : argument face au patient.....	61
2.3.2.6.2 Point négatif : contrainte de temps	61
2.3.3 Troisième thème: Autres déterminants à la prescription d'antibiotiques et avis des MG sur l'antibiothérapie en général.....	64
2.3.3.1 Avis des MG sur le phénomène de l'antibio-résistance	65
2.3.3.1.1 Se sentent-ils impliqués ?	65
2.3.3.1.2 Les facteurs favorisant selon les MG.....	65
2.3.3.2 Le rapport des patients à l'antibiothérapie selon les MG.....	66
2.3.3.2.1 La pression des patients.....	66
☐ Pression par l'exagération des symptômes.....	66
☐ Pression par des consultations répétées et insistance	66
☐ La liberté d'aller consulter un autre MG entraînant un risque de perte de patientèle	66
2.3.3.2.2 L'éducation et le niveau socio-économique des patients	67
2.3.3.2.3 Impact favorable d'une campagne de sensibilisation grand public	67
2.3.3.3 Le MG et l'antibiothérapie : autres déterminants subjectifs à la prescription	68
2.3.3.4 Application nuancée des recommandations en médecine générale.....	68
2.3.3.4.1 Les MG assument ne pas suivre les recommandations	68
2.3.3.4.2 Volonté des MG à conserver un libre arbitre de leurs décisions, au cas par cas	69
2.3.3.4.3 Contraintes de la médecine ambulatoire.....	69

3. DISCUSSION.....	71
3.1 Rappels des principaux résultats	71
3.2 Forces et limites de notre étude	71
3.3 Comparaison de nos résultats à la littérature	72
3.3.1 Les obstacles à l'utilisation de la BU et du TDR	72
3.3.1.1 La clinique jugée suffisante pour le diagnostic d'une IU	72
3.3.1.2 La fiabilité de la BU mise en doute	73
3.3.1.3 L'ECBU qui substitue à la BU	73
3.3.1.4 La clinique jugée suffisante pour diagnostiquer l'angine à SBHA	74
3.3.1.5 La fiabilité du TDR mis en doute	75
3.3.1.6 BU et TDR non rentables	76
3.3.2 Déterminants à l'attitude thérapeutique soit à la décision d'antibiothérapie ou non.....	77
3.3.2.1 La crainte de complications.....	78
3.3.2.2 La relation médecin-patient.....	80
3.3.3 Les MG ont-ils conscience des risques ?.....	81
3.3.4 Perspectives	82
3.3.4.1 Actions ciblées sur les patients, la population générale	82
3.3.4.2 Actions ciblées sur les MG.....	83
CONCLUSION.....	84
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES.....	88
BIBLIOGRAPHIE.....	89
ANNEXES.....	94
RÉSUMÉ.....	107

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

BU: bandelette(s) urinaire(s)

ECBU : examen cyto bactériologique des urines

GLAM : Groupe Lorrain d'Audit Médical

GNA : glomérulonéphrite aiguë post streptococcique

MG: médecin généraliste

IST : infections sexuellement transmissibles

IU: Infection(s) urinaire(s)

MNI: mononucléose infectieuse

RAA : rhumatisme articulaire aigu

SBHA : streptocoque bêta hémolytique du groupe A

SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française

TDR: Test de diagnostic rapide de l'angine à streptocoque bêta hémolytique du groupe A

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'antibio-résistance est un problème de santé publique préoccupant pour notre avenir thérapeutique. Elle est surtout consécutive à une surconsommation d'antibiotiques. En Europe, la France se place au quatrième rang des pays les plus consommateurs d'après les dernières données datant de 2010 **(1)**. Les antibiotiques sont majoritairement prescrits en ville (80%) et en particulier 70% de ces prescriptions sont réalisées par les médecins généralistes (MG).

Des plans nationaux pour préserver l'efficacité des antibiotiques sont lancés depuis 2001, ciblant les acteurs principaux : professionnels-prescripteurs et patients-consommateurs, avec notamment l'une des premières campagnes grand public de l'Assurance Maladie qui nous a tous marquée « *les antibiotiques c'est pas automatique* ». Entre 2000 et 2012 s'en est suivie une réduction de 12,5% de la consommation d'antibiotiques (médecine de ville et hôpital), mais une nouvelle tendance à la hausse s'installe depuis cinq ans. Le prochain objectif national fixé d'ici à 2016 est une diminution de 25%. Les efforts et les actions doivent donc persévérer **(1) (2)**.

Les infections urinaires (IU) et l'angine sont couramment rencontrées en médecine générale entraînant potentiellement une prescription d'antibiotiques. Environ 10 millions de cas par an pour l'angine et 5 millions de cas pour l'IU **(3) (4) (5)**.

Nous nous sommes intéressés à la bandelette urinaire (BU) et au test de diagnostic rapide de l'angine à streptocoque bêta hémolytique du groupe A (TDR). Ce sont deux moyens existants d'aide simples qui, si nous les employons dans ces pathologies, peuvent nous permettre un plus juste usage des antibiotiques. Or on constate que la BU et le TDR sont peu utilisés, 25% des MG en réalisent **(6) (7) (8)**. Au niveau national, les plans pour préserver l'efficacité des antibiotiques pilotés par le ministère de la santé, insistent sur le TDR mais aussi dans le plan actuel (2011-2016) il est étudié de mettre en place un dispositif similaire au TDR pour les BU (dans les IU) **(9) (10)**.

En 2013 le réseau d'antibiologie de Lorraine (Antibiolor) **(11) (12)** a entrepris avec notre participation d'aller à la rencontre individuelle de MG (sous forme de visite médicale). L'objectif était de promouvoir et donc d'inciter les MG à utiliser BU et TDR.

Dans un deuxième temps, nous avons entrepris une étude qualitative dont l'objectif principal était de tenter de mieux identifier les freins à l'utilisation de la BU et du TDR en pratique courante dans les cabinets de médecine générale.

RAPPELS ET CONTEXTE DU SUJET

1. L'angine et le TDR

On observe 10 millions de cas d'angines par an en France dont 60 à 80% sont d'origine virale or dans 75% à 90% des cas une antibiothérapie est prescrite **(3)(10)**. Face à une angine, le TDR est l'examen recommandé à réaliser pour tout patient âgé de plus de 3 ans, ce n'est que si et seulement si le TDR est positif qu'il est recommandé de prescrire une antibiothérapie. Cliniquement seule une scarlatine confirmerait qu'une angine est à streptocoque bêta hémolytique du groupe A (SBHA). Les scores cliniques prédictifs tels que le score de « Mac Isaac » sont moins fiables que le TDR. Avec une spécificité >95% (le risque de résultat faussement positif est donc faible) et une sensibilité >90% le TDR permet de détecter en moins de 5 minutes le SBHA après écouvillonnage du fond de gorge. La conséquence la plus grave, que pourrait entraîner une infection à SBHA est le rhumatisme articulaire aigu (RAA), néanmoins ce risque est devenu quasi nul dans les pays industrialisés (incidence 0,5 à 1/100 000 habitants) **(4) (13)**.

Les TDR sont fournis aux médecins libéraux (généralistes, ORL, pédiatres) gratuitement à la demande par l'Assurance maladie depuis leur instauration en 2002. Mais le taux de commande reste faible, en 2010, entre 1,5 et 1,9 millions de TDR ont été commandés **(7)**. Seulement 25% des MG déclarent utiliser le TDR **(7)** et 16% l'utilisent régulièrement **(10)**. Dans une thèse de médecine générale datant de 2011 dont l'objectif était d'évaluer l'utilisation du TDR par les MG de Haute-Savoie, sur 377 MG interrogés aussi seuls 25% déclaraient l'utiliser **(6)**.

Différentes études ont démontré que l'utilisation du TDR diminue significativement la prescription d'antibiotiques de 30% à 50% selon les études **(14) (15) (16) (17)**.

2. L'infection urinaire et la BU

L'IU est le deuxième type d'infection bactérienne la plus fréquente en médecine générale principalement chez la femme avec 4 à 6 millions de cas par an en France. La BU est le seul examen recommandé en cas de suspicion de cystite aigue simple. Chez la femme, sa valeur prédictive négative est supérieure à 95% si les nitrites et les leucocytes sont négatifs ce qui permet d'exclure avec une excellente probabilité une IU. Chez l'homme, sa valeur prédictive positive est de 90% si les nitrites ou les leucocytes sont positifs ce qui permet de conforter un diagnostic d'IU face à des symptômes **(5) (18)**.

Dans une étude rétrospective de 2011, 185 dossiers d'ECBU positifs avaient été repris dans des laboratoires, les MG les ayant prescrits ont été questionnés, il s'avérait que seulement 10,3% avait réalisé une BU avant l'ECBU **(19)**. Dans un autre travail datant de 2003 réalisé sur tout le territoire français auprès de 1587 MG dont l'un des objectifs était de décrire le mode de prise en charge des IU, sur 7916 patientes qui présentaient des signes urinaires une BU n'a été réalisé que pour 24,5% d'entre elles **(8)**. Un des mêmes objectifs pour une étude réalisée entre 2009 et 2010 auprès de 78 MG appartenant au réseau Antibiolor : 39% d'entre eux utilisaient systématiquement la BU dans l'IU et il a été constaté que 22% des patientes incluses étaient traitées à tort pour une cystite car elles avaient en fait un examen cytot bactériologique des urines (ECBU) stérile **(20)**. Aussi dans un audit en deux tours, réalisé entre 2010 et 2011 par le Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM) et Vorkauffer Stéphanie (thésarde), dont l'objectif était d'évaluer la pratique des MG dans les cas d'IU, au premier tour il a été constaté que 53% des 869 patients ont eu une BU et que 79% des 66 MG prescrivaient des ECBU devant une cystite simple **(21)**.

En terme d'économie, l'usage de la BU permettrait une diminution d'un tiers des ECBU réalisés **(8)**.

PARTIE 1 :

L'EXPÉRIENCE D'ANTIBIOLOR DE LA
PROMOTION DE LA BANDELETTE URINAIRE
ET DU TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE DE
L'ANGINE AUPRÈS DE MG MOSELLANS PAR
LA VISITE MÉDICALE AVEC ÉVALUATION
DÉCLARATIVE DE LEURS PRATIQUES

INTRODUCTION

À l'échelle régionale, avec Antibiolor, nous avons voulu mener une action de sensibilisation ciblée en 2013, à savoir réaliser la promotion de la BU et du TDR auprès de confrères MG lorrains en utilisant comme moyen de communication la « visite académique » appelée plus communément « visite médicale » (22) (23), démarche que l'on pourrait qualifier d'expérience pilote (12).

1. MÉTHODE ET POPULATION

1.1 MÉTHODE : la visite médicale

1.1.1 Choix de la visite médicale comme procédé de communication et de modification des pratiques

La visite médicale (VM), est l'une des méthodes la plus appropriée pour modifier le comportement professionnel des médecins. Les industriels pharmaceutiques l'utilisent et y investissent largement en tant que moyen marketing pour diffuser leurs messages auprès des médecins. Ces derniers accordent de l'importance à la VM et y sont attachés. La VM est une rencontre en tête-à-tête entre un médecin et un visiteur médical qui va lui présenter par exemple un nouveau médicament produit par le laboratoire qui le rémunère, cette rencontre est en général répétée pour le même produit afin de mieux faire passer les messages (22)(23)(24)(25).

Dans un autre domaine, Franco JM et al ont utilisé cette méthode pour une étude dont l'objectif était d'améliorer la surveillance des patients atteints de diabète de type 2 par les MG. L'impact a été favorable car globalement les pratiques se sont améliorées après ce type d'intervention (étaient mieux réalisés : examen des pieds, clairance de la créatinine, protéinurie/micro albuminurie, fond d'œil, hémoglobine glyquée) (26).

Étant donné l'efficacité de la VM et son appropriation par les MG français, il a été décidé d'employer cette méthode de communication dans le sens de « **visite d'éducation** » pour promouvoir BU et TDR.

1.1.2 Choix du visiteur médical

Un visiteur médical récemment retraité (que l'on nommera Mr D.) avait été recruté comme animateur des VM. Mr D. avait des atouts profitables à l'étude : son expérience de la communication et du relationnel avec les professionnels de santé et sa disponibilité. Il n'avait aucun lien avec un quelconque laboratoire ni avec les MG recrutés (**annexe 1**). Mr D. se présentait auprès des MG comme représentant d'Antibiolor accompagné d'un ordre de mission pour le certifier. L'étudiant était amené à accompagner quelquefois Mr D. en tant qu'observateur.

1.1.3 Préparation de la visite médicale

Nous avons réalisé :

Un argumentaire sur le TDR et la BU pour préparer le contenu des VM et former Mr D. sur le sujet, entre autres les messages importants à véhiculer aux MG lors des entretiens. Le propos étant de faire un rappel de ces outils, que l'on supposait tombés dans la désuétude, en insistant sur leurs atouts auprès des confrères MG (**annexes 2, 3**).

-TDR et BU sont des outils d'aide simples, faciles, fiables, donnant des résultats immédiats à utiliser dans la pratique quotidienne.

-Fiabilité du TDR : spécificité à 95%, sensibilité à 90%
-Antibiothérapie si et seulement si TDR positif→recommandations AFSSAPS octobre 2005 et SPILF novembre 2011 (**13**)
-Les TDR sont fournis par l'Assurance maladie à la demande, commande par le biais d'Ameli-espace pro ou par écrit (ordonnance, papier libre).
-En pratique faire un TDR à tous les patients présentant une angine dès l'âge de 3 ans.
-<3 ans angine = toujours virale
-TDR = test ludique surtout pour les enfants (couleurs, réaction chimique)

-Fiabilité BU : VPN>95% dans l'infection urinaire si nitrites et leucocytes négatifs
-Une BU négative = pas d'infection
-La BU est le seul examen recommandé si suspicion cystite aigue non compliquée→recommandations AFSSAPS juin 2008*
-Coût : à partir de 0,45€ la BU selon le nombre de paramètres inclus
-Utilité pour d'autres indications : bilan de fièvre isolée (pyélonéphrite ou prostatite), de douleur abdominale (colique néphrétique, recherche d'hématurie)
-Orientation immédiate permettant moins d'antibiothérapies injustifiées

Remarque : document réalisé avant la parution des recommandations de la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) d'avril 2014 (18**)*

Tableau 1: Messages principaux à transmettre aux MG pour la BU et le TDR

Une plaquette BU/TDR illustrée était distribuée à chaque MG rencontré permettant un support visuel lors des VM. Des fiches d'Antibioville (**11**) étaient proposées aux MG s'ils n'en disposaient pas (**annexe 4**).

Des fiches de synthèse non nominatives, à remplir de mémoire par l'animateur après chaque VM renseignant : le sexe et la tranche d'âge du MG, le lieu et le mode d'exercice, la connaissance d'Antibior et ses outils, sa fréquence d'utilisation du TDR et BU, impression globale de Mr D. de la rencontre. Les questions n'étaient pas posées directement soit le MG donnait l'information spontanément soit la question pouvait entrer subtilement dans le contexte de la conversation (**annexe 5**).

1.2 POPULATION de MG ciblée

Pour débiter, il avait été décidé de se limiter au recrutement des MG exerçant en libéral dans le département de la Moselle pour des raisons pratiques. Mr D. possédait le listing des MG libéraux de Moselle et allait à leur rencontre de façon aléatoire à leur cabinet médical durant leurs horaires de consultation libres.

2. RÉSULTATS

2.1 Arrêt des VM

Les VM avaient débuté mi-janvier 2013. Nous avons dressé un bilan après avoir rencontré une cinquantaine de MG.

Constatant que notre discours ne paraissait pas influencer les MG et se sentant inefficace, Mr D. décida d'interrompre les VM.

En ayant accompagné Mr D. lors d'une dizaine de VM, nous avons constaté le même comportement. Notre ressenti était que malgré notre argumentation sur l'utilité de la BU et du TDR la plupart des MG paraissaient peu intéressés du sujet « BU/TDR », cela se ressentait du fait du peu d'attention de leur part, du peu d'échanges et de la volonté d'abrèger rapidement les entretiens, les MG non utilisateurs de l'un et/ou l'autre de ces deux tests nous laissaient entendre qu'ils ne changeraient pas leurs habitudes sur ces tests, n'étant pas convaincus (**annexe 1**).

« Quelles ont été les difficultés rencontrées au cours des visites ? Qu'est-ce qui vous a amené à arrêter les visites ?

« Ce ne sont pas de réelles difficultés que j'ai rencontrées au cours de ces visites, c'est surtout la non écoute et le poids des habitudes. L'arrêt est du :

-à mon sentiment d'impuissance de ne pas pouvoir convaincre les médecins et les inciter à changer leurs pratiques.

-au fait que j'ai passé l'âge de me faire enquiquiner par des gens qui n'ont pas la politesse de vous écouter et qui se désintéressent du message que vous essayez de faire passer. »

Vous attendiez-vous à ces réactions ?

« Non pas du tout. Je pensais que les médecins seraient plus à l'écoute. »

Tableau 2: extrait interview Mr D à la suite des VM

2.2 Extrait d'informations recueillies : évaluation des pratiques pour le TDR et la BU

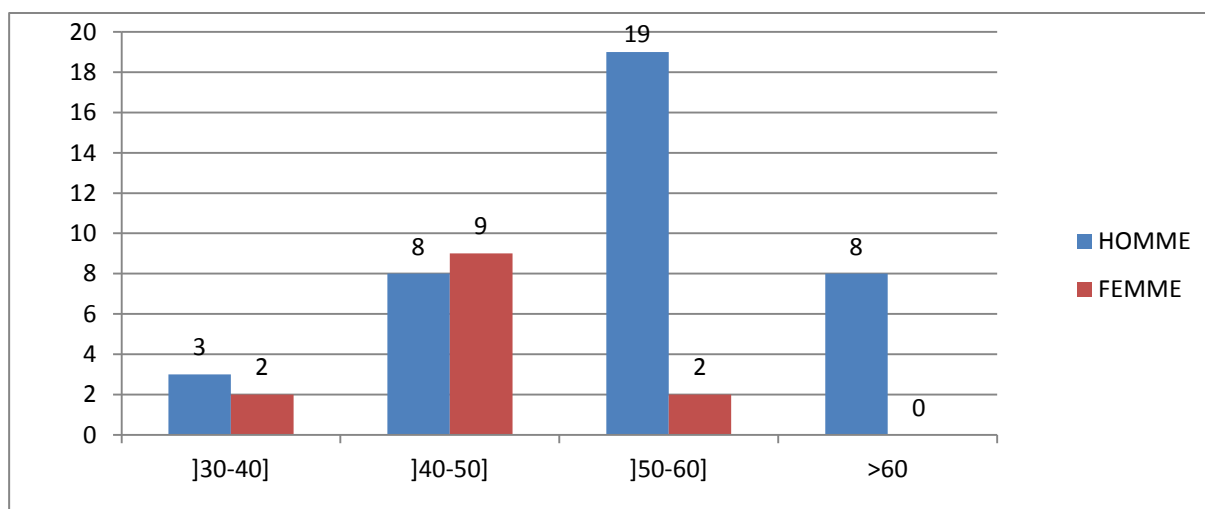
Nous allons présenter des données issues des fiches de synthèses remplies systématiquement par Mr D. après chaque rencontre comme compte rendu (**annexe 5**). Les données sont limitées à cet échantillon de MG, non représentatif de la population médicale.

2.2.1 Description de la population rencontrée

2.2.1.1 Effectif

Au total 51 MG avaient été rencontrés dont 3 refus d'emblée pour raison de manque de temps : 13 femmes et 38 hommes.

2.2.1.2 En fonction de l'âge et du sexe

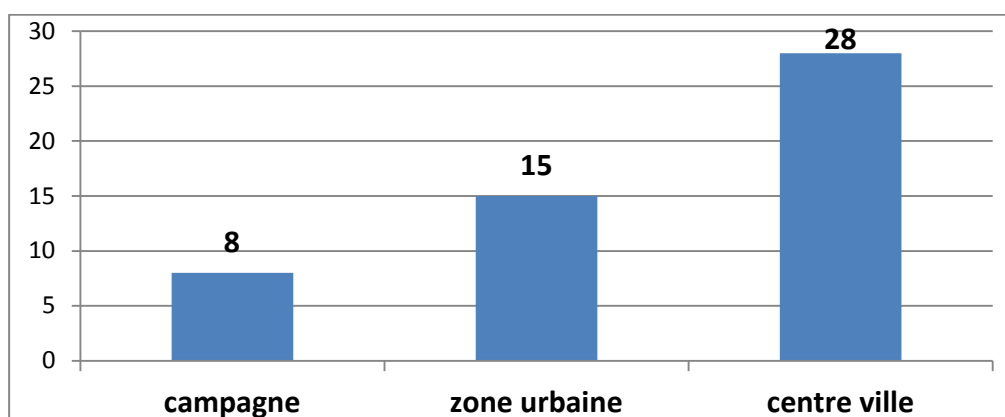


Graphique 1: Répartition par âge et sexe du panel des MG rencontrés lors des VM

Dans notre échantillon, la moyenne d'âge des MG est de 51 ans : 57% ont plus de 50 ans dont 16% ont plus de 60 ans.

En comparaison, sur le plan national, la moyenne d'âge des MG est de 51 ans environ aussi : 38% ont plus de 55 ans dont 16% ont plus de 60 ans (**27**).

2.2.1.3 En fonction du lieu d'exercice



Graphique 2: répartition géographique des MG rencontrés lors des VM

2.2.2 Taux d'utilisation BU/TDR

2.2.2.1 Utilisateurs du TDR

13 MG sur les 48 soit $27 \pm 12\%$ (IC 95%) déclaraient utiliser le TDR souvent ou toujours. Les 35 autres MG soit $73 \pm 12\%$ (IC 95%) déclaraient ne jamais ou très rarement utiliser le TDR.

Ces résultats ne sont statistiquement pas significatifs (après réalisation test du Chi2 $p > 0,05$), très probablement en raison de la faiblesse de l'effectif mais sont comparables à ceux de la littérature.

2.2.2.2 Utilisateurs de la BU

12 MG sur les 48 soit $25 \pm 12\%$ (IC 95%) déclaraient utiliser la BU souvent ou toujours. Les 36 autres MG soit $75 \pm 12\%$ (IC 95%) déclaraient ne jamais ou très rarement utiliser.

Pour la même raison que les résultats précédents, ceux-ci sont également statistiquement non significatifs et également comparables à ceux de la littérature.

3. DISCUSSION

Nous avons tenté une expérience qui était d'essayer d'inciter les MG à utiliser la BU et le TDR face aux situations d'angine et de suspicion d'infections urinaires respectivement en utilisant comme moyen de communication la VM. Après avoir rencontré une cinquantaine de MG, globalement l'animateur des VM n'avait pas l'impression d'être convaincant auprès de nos confrères, nos arguments n'ont pas paru être efficaces. Nous pensions qu'une « piqure de rappel » sur BU et TDR serait suffisante. Suite à cela nous nous sommes demandé les raisons de cet échec.

La VM est pourtant décrite dans la littérature comme moyen efficace pour influencer les médecins et les inciter à changer leur comportement **(24) (25) (26)**. L'animateur lors des VM était un visiteur médical expérimenté. Mais était-ce la méthode adéquate pour ces produits BU et TDR? En effet habituellement lors des VM ce sont des nouveautés (médicaments, dispositifs...) qui sont présentés aux médecins et qui leur suscitent de l'intérêt. Nous avons présenté BU et TDR qui sont des tests connus depuis longtemps par les MG et ont déjà pu faire leur propre expérience sur leurs usages et donc fixer leurs habitudes comme ils nous le déclaraient.

Était-ce lié au statut de Mr D. ? Mr D., en expliquant le bien fondé de l'usage du TDR et de la BU, n'étant pas médecin a pu de ce fait paraître moins crédible. Dans l'étude de Franco JM et al **(26)**, ce sont des médecins pairs qui ont réalisé les VM.

Cependant, nous avons pu évoquer les pratiques professionnelles sur cet échantillon de MG (certes non représentatif) rencontrés sur l'usage de la BU et du TDR. (25±12%) (IC 95%) des MG déclarent utiliser toujours ou souvent la BU et /ou le TDR au cabinet ce qui est concordant avec d'autres études **(8) (28)**.

Concernant le TDR, on peut dire que l'on observe une tendance dans cet échantillon : les MG plus jeunes, âgés de moins de 50 ans et exerçant en communauté urbaine utilisent plus régulièrement le TDR alors que les MG plus âgés et exerçant en campagne sont ceux qui l'utilisent le moins. Ce qui est concordant avec l'étude d'Anne Laure Michel qui montrait que de façon significative, les MG utilisant le TDR ont moins de 39 ans et exercent en semi urbain **(6)**.

Concernant la BU, les MG plus âgés, de plus de 60 ans et exerçant en campagne l'utilisent plus régulièrement alors que les MG et exerçant en centre ville ou zone urbaine sont ceux qui l'utilisent le moins. Nous n'avons pas retrouvé d'étude dans la littérature qui aurait pu valider ce constat.

Dans la deuxième partie, nous sommes allés à la rencontre des MG afin de comprendre et de mettre en évidence les déterminants qui les confortent à ne pas utiliser ces tests.

PARTIE 2 :

QUELS SONT LES OBSTACLES À
L'UTILISATION DE LA BANDELATTE
URINAIRE DANS L'INFECTION URINAIRE ET
DU TDR DANS L'ANGINE EN MÉDECINE
GÉNÉRALE ?

QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DE LA
PRESCRIPTION DES ANTIBIOTIQUES CHEZ LES
GÉNÉRALISTES ?

*Étude qualitative par entretiens semi-directifs réalisés
auprès de dix médecins généralistes mosellans*

INTRODUCTION

Les MG utilisent insuffisamment le TDR et la BU si l'on se réfère aux recommandations, ce que nous avons confirmé en première partie. Sur un échantillon d'une cinquantaine de MG mosellans (non représentatif de la population médicale) 25% déclaraient les utiliser régulièrement. Des rappels théoriques et des arguments sur les bénéfices et l'utilité de ces outils n'ont pas semblés suffisants pour motiver les MG à changer leurs habitudes lors des VM.

Ce qui nous a amené à ce questionnement : Quels sont les obstacles des MG à l'utilisation de la BU et du TDR lors d'une suspicion d'IU ou d'angine? Pourquoi ne suivent-ils pas les recommandations ?

Pour tenter d'y répondre, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative en réalisant des entretiens semi dirigés auprès d'un échantillon de MG parmi ceux rencontrés en première partie lors des visites médicales.

Les objectifs de cette étude étaient :

1. **D'identifier les freins à l'utilisation** de la BU dans l'IU et du TDR de l'angine par les MG.
2. **De distinguer les déterminants** aux décisions diagnostiques et aux décisions de prescription ou non d'une antibiothérapie devant la suspicion de l'une de ces infections sans l'utilisation de ces tests.
3. **De manière plus générale d'évaluer la perception** qu'ont les MG vis-à-vis de l'antibiothérapie et de la notion d'antibio-résistance.

1. MÉTHODE ET POPULATION

1.1 Schéma d'étude

Nous avons voulu obtenir le maximum d'informations possibles sur les motivations des MG déclarant à ne pas ou peu utiliser BU et/ou TDR. Une démarche qualitative nous a paru la mieux appropriée. Nous avons donc décidé de réaliser des entretiens semi directifs (29) (30).

1.2 Choix de la population d'étude/recrutement

Le recrutement des MG a été constitué parmi le panel des MG rencontrés lors des VM. Avec l'aide de Mr D., nous avons établi une liste d'une trentaine de MG qui déclaraient ne pas ou peu utiliser la BU et/ou le TDR et paraissaient peu convaincus lors des rencontres. A partir de là, le recrutement a été réalisé de façon standardisée par téléphone.

1.3 Guide d'entretien

Au préalable, nous avons conçu le plan des entretiens (29) (30). Suite au premier entretien, que l'on qualifie d'entretien exploratoire, nous n'avons pas jugé nécessaire de le modifier.

➤ Les infections urinaires :	• Narration du dernier cas • Démarche diagnostique et prise en charge habituelle, critères d'antibiothérapie • Usage de la BU : expérience/avis personnel
➤ Les angines :	• Narration du dernier cas • Démarche diagnostique et prise en charge habituelle, critères d'antibiothérapie • Usage du TDR : expérience et avis personnel
➤ Notion de « résistance aux antibiotiques » et prescription d'antibiotiques en général :	• Avis personnel sur le sujet, sur les causes, implication

Tableau 3: guide des entretiens semi dirigés

1.4 Réalisation des entretiens

Par contact téléphonique, nous sollicitons les MG pour qu'ils nous accordent la durée d'une plage de consultation afin d'obtenir leur avis sur la BU et le TDR.

Les entretiens ont été conduits par l'étudiant au cabinet de chacun des MG. Ils étaient enregistrés par dictaphone après accord oral du MG. Nous avons expliqué aux MG rencontrés que les enregistrements seraient rendus anonymes.

En début d'entretien avec les MG, nous exposons nos constatations sur la faible utilisation des BU et TDR par les médecins.

1.5 Retranscription et analyse des entretiens

Nous avons retranscrit les entretiens en totalité en les rendant anonymes (**annexe 8**).

Analyse du contenu des verbatims : après codage manuel de chaque entretien nous avons réalisé une analyse thématique. Nous avons donc pu classer les données par thème et sous thèmes qui ont pu ressortir et être commun à l'ensemble des entretiens (**annexe 8**).

2. RÉSULTATS

2.1 Taille de l'échantillon et saturation théorique

Sur la trentaine de MG listés, dix ont accepté une rencontre. Pour les MG appelés qui ne souhaitaient pas nous rencontrer leurs raisons étaient :

- Manque de temps
- Manque d'intérêt à l'étude

Le principe de saturation des données a néanmoins été respecté.

2.2 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre octobre et novembre 2013. Le délai entre l'appel et rendez-vous convenu avec les MG variait d'une à quatre semaines environ. Nous avons réalisé les entretiens en face à face avec les MG interviewés dans leur cabinet. Les entretiens duraient en moyenne un quart d'heure, vingt minutes suffisant pour l'étude.

N° Entretien	Moment de la journée	Ambiance/attitude du médecin	Durée de l'entretien
E 1	Fin de matinée/fin de consultation	Pressée car visites à faire, peu concentrée	20 min
E 2	Milieu d'après midi, avant ses consultations	Ambiance un peu tendue, MG sur la défensive	30 min
E 3	Milieu d'après midi avant ses consultations	Décontracté, volubile, impliqué	20 min
E 4	Soirée, fin des consultations	Fatigué	15 min
E 5	Milieu d'après midi, avant ses consultations	Décontractée, très volubile	30 min
E 6	Début d'après midi avant ses consultations	En retard, discussion abrégée à la fin	18 min
E 7	Début d'après midi avant ses consultations	Détendue	15 min
E 8	Fin d'après midi avant ses consultations	Brièveté des réponses et donc de l'entretien	10 min
E 9	Fin d'après midi avant ses consultations	Chaleureux, impliqué	25 min
E 10	Soirée, fin des consultations	Détendu	15 min

Tableau 4: Déroulement et description des entretiens

MG	Sexe	Age	Durée d'installation et mode d'exercice	Lieu d'exercice	Type de patientèle	Usage antérieur BU	Usage actuel BU	Usage antérieur TDR	Usage actuel TDR
M1	F	56	18 ans cabinet de groupe	Zone urbaine	Plutôt jeune : enfants/adolescents	Oui	Non	Oui (juste essai)	Non
M2	H	54	22 ans cabinet de groupe	Ville	De tout	Oui	Non	Oui au début	Non
M3	H	62	34 ans cabinet seul	Zone urbaine	De tout +de plus en plus de pédiatrie et de gynécologie	Non	Non	Non	Non
M4	H	61	34 ans cabinet de groupe	Zone urbaine	En précarité	Oui	Non	Oui	Non
M5	H	48	22 ans cabinet de groupe	Ville	Patients fidèles/généralistes successives	Oui (juste essai)	Non	Oui (juste essai)	Non
M6	F	52	20 ans en association	Ville	Plutôt jeune+en précarité	Oui	Oui (1 fois/2)	Non	Non
M7	F	50	19 ans cabinet de groupe	Ville	Plutôt âgée	Oui	Oui, souvent	Oui	Oui (quelques fois)
M8	H	57	29 ans cabinet seul	Ville	De tout	Oui	Oui, toujours	Oui au début	Non
M9	H	51	15 ans cabinet seul	Zone urbaine	De tout	Oui	Non	Oui juste essai	Non
M10	H	58	30 ans cabinet seul	Ville	Plutôt âgée	Oui	Non	Oui	Oui souvent

Tableau 5: Caractéristiques socio démographiques des MG rencontrés

2.3 Résultats de l'analyse thématique

2.3.1 Premier thème : l'infection urinaire et la BU

2.3.1.1 Déterminants à l'attitude diagnostique du MG : 2.3.1.1.1 L'interrogatoire et la présomption clinique priment 2.3.1.1.2 L'expérience du MG 2.3.1.1.3 En cas de difficultés diagnostiques : ECBU
2.3.1.2 Déterminants à l'attitude thérapeutique du MG : 2.3.1.2.1 Pour les cas de cystite aiguë simple • La présomption clinique prime et suffit • La crainte de complications • Certains demandent un ECBU 2.3.1.2.2 Si doute diagnostique
2.3.1.3 La BU 2.3.1.3.1 Utilisation et expérience antérieures 2.3.1.3.2 Freins à l'utilisation de la BU • BU inutile : présomption clinique souvent suffisante et déterminante • Contraintes de temps et pratiques • L'ECBU : une alternative à la BU • Doute sur la fiabilité de la BU • Dates de péremption courtes • Contraintes économiques : coût • BU : non rentable pour le MG en cabinet
2.3.1.4 L'avis des quelques MG utilisateurs réguliers ou non de la BU : 2.3.1.4.1 Points positifs de la BU : confirmation et élimination diagnostiques, remise en question du diagnostic 2.3.1.4.2 Points négatifs de la BU : coût, dates péremptions courtes, conditionnement

Tableau 6: Plan du premier thème : l'infection urinaire et la BU

La majorité des MG déclaraient que les IU étaient un motif de consultation courant chez eux.

2.3.1.1 Déterminants à l'attitude diagnostique du MG

2.3.1.1.1 L'interrogatoire et la présomption clinique priment

- ***Pour les cas de cystites aiguës simples***

Pour la majorité des MG rencontrés, dans les cas simples de cystites aiguës : signes urinaires typiques et/ou contexte habituels et/ou terrain typique, la clinique, en particulier l'interrogatoire, permet d'établir le diagnostic sans difficulté :

« si j'ai des signes cliniques pour, ça suffit à faire le diagnostic » M2L46, « la femme qui se connaît, qui après chaque rapport ou en post règles ou si elle sort d'une gastro-entérite : 'ça brûle, ça pique, ça fait mal et de surcroît elle a des urines qui sont sanguines' bon allez je ne me pose pas de questions, c'est trop patent sur le plan clinique » M5L109

- ***Pour éliminer les diagnostics différentiels***

Bien sûr, d'abord les diagnostics d'IU compliquées comme la pyélonéphrite :
« La seule chose que tu vérifies c'est s'il y a de la fièvre, s'il y a de la fièvre tu regardes s'il n'y a pas une pyélite ou une pyélonéphrite qui commence au quel cas là il faut faire l'analyse. » M3L32.

Deux des MG ont évoqué qu'ils envisageaient potentiellement deux diagnostics différentiels à la cystite qu'ils écartent ou non par l'interrogatoire :

- ✓ La cystite interstitielle d'origine inflammatoire : *« il y a un piège c'est ce qu'on appelle les cystites à urines claires en fait les crystalgies... il n'y a que la femme qui a ça et en général et c'est pas du tout pareil. C'est des formes d'impatiences quoi... elles ne vont faire leurs courses que dans des magasins où elles sont sûres qu'il y aura des toilettes... Tu l'interroges et tu le sais » M3L62.*
- ✓ La mycose génitale : *« Oui les signes cliniques. J'en déduis infection urinaire vraie ou infection urinaire suspectée ou candidose vulvo-vaginale associée qui peut simuler des cystites... Selon les dires du patient, selon l'interrogatoire, je prends une décision. » M9L23.*

2.3.1.1.2 L'expérience du MG

Les MG justifiaient souvent que leur démarche clinique était suffisante en soulignant le fait d'avoir acquis de l'expérience :

« Moi je fais parti des anciens de la médecine où on faisait de la clinique... Et puis ça se sent ces trucs là. » M3L55.

2.3.1.1.3 En cas de difficultés diagnostiques : ECBU

Dans certains cas les MG expliquent pouvoir avoir des difficultés à établir le diagnostic, ils prescrivent alors un ECBU au patient :

- Si doute diagnostique/clinique atypique : « *c'est quand on a des doutes que c'est utile avant de faire un ECBU.* » M7L33, « *ces cas là oui, je fais un ECBU...si c'est 'j'ai mal au ventre, j'ai une pesanteur' je fais un ECBU* » M5L108.
- Selon le terrain : « *Chez la personne âgée c'est là où il ne faut pas forcément se fier à la clinique. Simplement une altération de l'état général chez une personne âgée suffit pour faire un ECBU.* » M2L50, « *à part chez les enfants, une fois sur deux ils ne se plaignent pas.* » M3L37.

2.3.1.2 Déterminants à l'attitude thérapeutique du MG

2.3.1.2.1 Pour les cas de cystites aiguës simples

- ***La présomption clinique prime et suffit***

Nous venons de voir que le diagnostic est conditionné par l'interrogatoire. Après le diagnostic posé, les MG prescrivent l'antibiothérapie d'emblée :

« *Bon une cystite ce n'est quand même pas difficile à faire le diagnostic, donc tu donnes un traitement.* » M3L26, « *je l'ai traité tout de suite. Selon les recommandations d'ailleurs...généralement en mono dose.* » M2L30.

- ***La crainte de complications***

L'un des MG justifiait également son attitude de traiter d'emblée, sans trop discuter son diagnostic, par crainte de complications, par 'couverture' :

« *J'ai pas envie de tergiverser pour une cystite banale de la femme jeune à qui on peut donner un traitement minute ou sur 3 jours plutôt que de passer sur une pyélonéphrite une semaine après.* » M5L94.

- **Certains demandent un ECBU**

Pour certains MG, tout en prescrivant l'antibiothérapie probabiliste d'emblée, un ECBU en plus va pourtant être demandé :

- ✓ Soit systématiquement : « Dès qu'il y a une symptomatologie je demande une analyse au labo » MIL74, « Je prescris les antibiotiques en même temps en leur disant de ne commencer à les prendre qu'une fois que le prélèvement a été fait » MIL31.
- ✓ Soit au premier épisode : « pour un patient présentant une symptomatologie de novo il est certain que là on ne va peut être pas être trop systématique et on va étayer notre diagnostic par un ECBU » M5L140, « si la clinique est tellement patente je ne vais pas attendre l'ECBU, je vais lui dire d'uriner dans un flacon puis de prendre l'antibiotique et on attend le résultat de l'ECBU » M5L147.
- ✓ Soit au cas par cas : « 'C'était une cystite classique chez une femme. Uroculture avec un antibiogramme et antibiothérapie probabiliste en attendant les résultats' 'Donc l'ECBU vous le demandez tout le temps ou ?' 'ça arrive que je traite sans faire d'ECBU. On va dire dans 50% des cas à peu près.' » M4L23.

Les MG demandent un ECBU dans ces contextes plutôt dans un but de se conforter à posteriori quant à l'antibiothérapie probabiliste qu'ils auraient prescrite :
« Si l'antibiotique que j'ai prescrit correspond à l'antibiogramme, parce qu'on a le résultat deux jours après, donc c'est bon, par contre s'il faut changer d'antibiotique, je leur téléphone » MIL34.

Remarque sur les retours d'ECBU négatifs à posteriori : pour l'un des MG ce qui pouvait l'expliquer était que les patientes avaient pris une automédication ou commencé les antibiotiques avant l'analyse :
« 'parfois on a des ECBU qui sont négatifs.' ' Et dans ces cas là qu'est ce que vous vous dites ?' 'Qu'on arrive après la bataille, que la patiente a pris quelque chose en douce (Rires)' » M4L59.

2.3.1.2.2 Si doute diagnostique

Dans ces cas là, les MG préfèrent attendre les résultats de l'ECBU avant de décider de mettre en route un traitement :
« Quand vraiment l'interrogatoire est douteux, j'envoie faire l'ECBU et je ne prescris pas d'antibiotiques. » MIL40, « si ce n'est pas trop parlant j'attends les résultats » M4L26.

2.3.1.3 La BU

2.3.1.3.1 Utilisation antérieure et expérience

La majorité des MG déclaraient n'avoir eu aucune expérience d'utilisation de la BU ou vraiment d'une durée brève en début d'exercice:

« *'Est-ce qu'il y a eu une période où vous l'utilisiez ?' 'Jamais, dans ma vie j'ai du mettre un « multistix » une fois dans un flacon d'urines ... et peut être deux...' » M5L80, « Non, honnêtement j'en n'ai jamais utilisé. » M3L53, « 'Y'a-t-il eu une période où vous l'utilisiez ?' 'Il y a très longtemps (Rires)' » M4L33*

2.3.1.3.2 Freins à l'utilisation de la BU

- ***BU inutile car la présomption clinique est souvent suffisante et prime***

Pour les MG non utilisateurs, dans les cas de symptomatologie typique d'IU, le diagnostic paraissant certain, alors la réalisation d'une BU n'est pas utile. Selon eux, il n'y aurait pas d'avantage ou de nouvelles informations en plus de la clinique qu'apporteraient la BU :

« *... si, tu pourrais faire la BU, ça ne ferait que confirmer s'il y a des nitrites » M3L31, « Ça n'apporte rien de plus » M4L39. « L'argumentation est purement clinique.... Sans bandelette » M5L64*

De plus quelque soit le résultat de la BU, s'ils la réalisaient, cela ne modifierait pas la suite de leur démarche médicale en particulier si elle était négative alors que la suspicion du MG allait dans le sens d'une IU :

« *Si c'était quelque chose qui changerait ma pratique et à faire absolument on le ferait comme la contrainte d'un examen clinique. » M2L72, « tout de façon même si la bandelette revient négative ou positive, ils vont ressortir avec un traitement » M5L90.*

L'un des médecins voit l'utilité de la BU pour le dépistage d'autres pathologies plutôt que l'IU :

« *Mais pour moi ce qui justifierait entre guillemets cette démarche en temps et en argent, ça serait de faire des recherches de protéinurie des choses comme ça » M2L86.*

- **Contraintes de temps et pratiques**

Suite à l'argument clinique, la contrainte de temps était le frein à la non utilisation de la BU le plus récurrent au cours des entretiens :

« *La BU franchement c'est une question de temps. Ça prend trop de temps* » M9L40.

- ✓ **Se fournir/recueil et analyse : chronophage**

Tous les MG rencontrés étaient équipés en sanitaires. Le problème était que chaque étape prend du temps :

-Le MG doit aller se fournir les BU lui-même : « *et puis parce que les bandelettes faut les changer* » M5L87.

-Le recueil et l'analyse : « *Perte de temps, il faut leur demander d'aller aux toilettes, le temps de faire pipi euh... c'est trop de temps.* » M4L36, « *j'ai un toilette, une salle d'examen, le patient je ne peux pas m'amuser à le faire sortir puis rentrer puis attendre deux minutes, faire la BU* » M9L41. Un des MG a évoqué le cas de la difficulté à réaliser chez les nourrissons et les enfants : « *Chez les enfants le test à la bandelette c'est difficile parce que soit il a moins de 2 ans et c'est dans la couche et après pour le faire pisser des fois t'y arrives pas.* » M3L38

- ✓ **Surcharge de travail et conditions de travail**

Les MG mettent en avant que ce temps est trop conséquent par rapport à leur charge et conditions de travail :

« *Vous verriez quelque fois ma salle d'attente vous comprendriez pourquoi trois minutes c'est trois minutes !!* » M5L99, « *...on n'a plus de temps en médecine générale, on est trop peu nombreux on a un travail de dingue, un travail administratif de fou alors tant pis pour les trucs théoriques qu'on apprend en faculté, nous on adapte en fonction de notre salle d'attente. On n'est pas dans la fonction publique, on est obligé de faire comme ça.* » M5L217.

- **L'ECBU une alternative à la BU**

En fonction des contextes, nous avons vu que les MG réalisaient un ECBU soit pour substituer à la BU pour certains (dans les cas de cystites simples), soit en sautant l'étape de dépistage par la BU (en cas d'incertitude diagnostique, suspicion d'IU compliquée, contexte particulier).

- ✓ **Recours au laboratoire plus facile**

Les MG interrogés exercent à proximité d'un laboratoire, pour la majorité c'est un facteur facilitateur qu'ils admettent :

« Donc là vous n'utilisez plus du tout ou... ?... Plus du tout. Non... parce qu'en fait j'ai le labo qui est à côté. » MIL49, « 'Le fait qu'il y a un labo proche ?' 'Dans notre situation, ça c'est vrai, je serai peut être au fin fond de la vallée de Seine avec un laboratoire très éloigné, chez quelqu'un pour qui j'ai un doute, j'aurai peut être pas le même regard. Mais ça compte pour autre chose, comme une suture qu'on va peut être envoyée à défaut faire une suture aux urgences parce qu'on a une salle d'attente qui est blindée' » M5L122.

- ✓ **ECBU : examen plus complet et confortant avec antibiogramme**

Certains MG expliquaient favoriser l'ECBU qui a l'avantage d'indiquer un antibiogramme, précision qui conforte le MG :

« Et puis on n'a pas d'antibiogramme avec une BU » MIL53, « 'et d'autres évoquaient le fait d'avoir un laboratoire proche, s'il y a un doute ou... ?' 'Oui exactement, moi il y en a un à 150 mètres. Avec un antibiogramme qui est béton.' » M9L68.

- **Doute sur fiabilité**

Certains MG précisait ne pas faire confiance en la BU :

- ✓ Soit suite à des expériences personnelles :
« Je me suis rendu compte que dès que le flacon est ouvert plusieurs fois les résultats sont faussés. » MIL45, « les médecins du travail nous envoient sans arrêt des gens pour hématurie à la BU et quand on contrôle au labo il n'y a rien du tout. » MIL46.
- ✓ Soit parce que la BU embarrasserait plus le MG si son résultat négatif n'allait pas dans son sens :
« Si je vais faire la bandelette et que le résultat est positif je vais dire 'et bien oui il fallait bien un antibiotique'. Si la bandelette est négative 'bah oui docteur, mais moi j'ai mal quand même' bon ben vous devez faire un ECBU, et bien effectivement dans ce sens ça sous entendrai que j'ai plus de confiance l'ECBU qu'en la bandelette. » M2L76, «... mais encore une fois si la clinique est parlante torve mais parlante avec une BU négative, je vais quand même faire l'ECBU. Alors qu'est ce que je vais m'embêter à faire la BU puisque je vais quand même faire l'ECBU, vous voyez ce que je veux dire. Ça n'a rien changé dans mon arbre décisionnel, rien ! » M5L142.

- **Dates péremptions courtes**

« C'est peut être bien la BU mais il faut avoir sans arrêt des boîtes récentes. » MIL48,
« J'ai eu des flacons il y a 20 ans, je m'en suis servi une fois et puis c'est périmé » M2L59.

- **Contrainte économique**

Globalement les MG sont d'accord sur le fait que les BU sont chères à l'achat :
«... de somme modique en somme modique ça alourdit globalement.» M4L48.

- **Pas de rentabilité pour le MG en cabinet**

Non rentable par rapport à la rémunération du MG pour la consultation :

« Seulement sur l'acte, déjà que vous réglez 3 à 4 problèmes, j'ai consultation pour l'acte, il faut arrêter ! Je ne vais pas faire en plus faire une BU et si un gamin arrive faire le TDR qui prend 4 ou 5 minutes ! Tout ça pour 23 euros ! » M9L63, « Il faut arrêter je serais à 40 euros, prix moyen de la consultation de généralistes européens et bien j'aurais une secrétaire, j'aurais un cabinet plus grand, les BU c'est la secrétaire qui les ferait et je les interpréteraïs. Il y aurait une autre organisation. » M9L58.

Un autre médecin expliquait utiliser la BU en maison de retraite le matériel y étant fourni et la BU réalisée par un tiers :

« Parfois j'en fais en maison de retraite. Là il y a tout, des BU toujours en stock... je demande à l'infirmière de me la faire et puis voilà c'est vite fait. » M10L41.

2.3.1.4 L'avis des quelques MG utilisateurs réguliers ou non de la BU

2.3.1.4.1 Points positifs de la BU

A contrario des non utilisateurs, pour les utilisateurs, la BU est un outil d'aide. Elle leur permet de confirmer le diagnostic d'IU, ou d'éliminer ce diagnostic lorsqu'il existe une incertitude clinique, ou de remettre en question le diagnostic :

« la BU nous fait que confirmer le diagnostic, on la trempe dans les urines et avant même le délai des 2 minutes les leuco et nitrites auront déjà viré. » M8L42, « 'Quelle a été votre démarche après ce résultat de BU négatif ?' 'J'ai cherché autre chose que l'infection urinaire chez elle. Je me suis dit que ce n'était pas une récurrence de cystite. La BU m'a permis d'éliminer ça.' » M7L23, « c'est quand j'ai des gens qui viennent et que je ne sais pas trop ce qu'ils ont par exemple s'il se plaignent d'avoir mal au ventre ou des choses comme ça, là je fait la BU » M6L62.

2.3.1.4.2 Points négatifs de la BU

Pour eux les points négatifs de la BU (rejoignant les non utilisateurs) sont : le prix, les dates de péremptions courtes et le conditionnement des BU :

« J'étais à court la dernière fois je suis allé à la pharmacie en acheter c'était cher et en plus en voyant la date dessus il fallait que je les utilise dans les 3 mois ! » M8L30, « ... il y a 10 cases sur la BU alors qu'il en faudrait que 3 » M7L49.

2.3.2 Deuxième thème : l'angine et le TDR

2.3.2.1 La clinique est le déterminant principal à la démarche diagnostique et la décision thérapeutique
2.3.2.2 Les critères cliniques pris en compte 2.3.2.2.1 Les signes loco-régionaux 2.3.2.2.2 Les signes généraux 2.3.2.2.3 Diagnostic différentiel : la pharyngite
2.3.2.3 Examen para-clinique à visée étiologique
2.3.2.4 Les critères extra-cliniques influençant la décision de prescription d'antibiotiques : 2.3.2.4.1 L'expérience 2.3.2.4.2 Cas de patients atteints de complications sévères post infectieuses à SBHA 2.3.2.4.3 La formation du MG 2.3.2.4.4 Si terrain fragile 2.3.2.4.5 Critères environnementaux • La possibilité ou non d'une réévaluation à 48h • La veille de week-end 2.3.2.4.6 Critères liés à la relation médecin-malade • En fonction du patient • En fonction du MG : son ressenti, son intuition
2.3.2.5 Le TDR : 2.3.2.5.1 Utilisation antérieure et expérience 2.3.2.5.2 Les freins à l'utilisation du TDR • TDR inutile car la présomption clinique suffit et prime • Acquis de la formation antérieure ancrés • Contrainte de temps • Contrainte de réalisation • Doute sur fiabilité du TDR • Cas d'angines rarement vus dans son activité • MG faible prescripteur d'antibiotiques • Moyen possible d'éviter les complications iatrogènes des antibiotiques sans le TDR • Un MG ne pense pas que l'utilisation du TDR ait un impact sur l'économie d'antibiotiques
2.3.2.6 L'avis des quelques MG utilisateurs réguliers ou non du TDR : 2.3.2.6.1 Point positif du TDR : Avis commun aux non utilisateurs et quelques utilisateurs = Argument face au patient 2.3.2.6.2 Point négatif : contrainte de temps

Tableau 7: Plan du deuxième thème : l'angine et le TDR

Pour une partie des MG rencontrés, les angines sont des infections qu'ils voient fréquemment pour une autre partie ces infections sont plutôt rares.

Concernant l'avis des MG sur l'étiologie des angines, l'un des MG non utilisateur du TDR pense que les bactériennes sont plus fréquentes :

« Statistiquement il me semble que le chiffre qui avait été énoncé était que 60% des angines étaient virales, moi j'aurai dit l'inverse (que 60% sont bactériennes) » M5L211.

Deux autres MG non utilisateurs pensent au contraire que la majorité sont virales :

« Les trois quart des trucs que l'on voit sont d'origine virale. » M4L105, « Pour 90% des cas qu'on a c'est viral » M8L50

2.3.2.1 La clinique est le déterminant principal de la démarche diagnostique et donc de la décision d'antibiothérapie

Les MG non utilisateurs du TDR considèrent que l'on peut définir le caractère viral ou bactérien d'une angine cliniquement :

« 'comment avez-vous fait le diagnostic pour trancher que c'était plutôt viral ou bactérien ?' 'Interrogatoire et clinique.' » M9L103

Nous avons constaté que d'un MG interrogé à l'autre, les critères cliniques en faveur ou non d'une angine bactérienne peuvent différer voire s'opposer. Ces critères cités font en fait partie pour la plupart du score de Mac Isaac (**annexe 7**)

2.3.2.2 Les critères cliniques pris en compte

2.3.2.2.1 Les signes loco-régionaux

- Pour la majorité des MG, **l'aspect et le volume des amygdales** entrent en compte pour définir le caractère bactérien :

« Amygdales qu'elles soient rouges, vernissées ou avec un dépôt érythémateux pultacé » M5L193, « Et bien une gorge qui est rouge ou bien éventuellement avec des points blancs. » M1L94.

Mais pour l'un des médecins cela n'est pas le cas :

« L'aspect plus ou moins, ça dépend des cas. Ce n'est pas parce qu'il vient avec deux grosses belles amygdales toutes rouges que c'est une angine bactérienne » M9L116.

- Pour la plupart des MG la présence d'**adénopathies** est un critère bactérien : « 'quelqu'un...qui a des adénopathies' 'là je vais le mettre sous antibiotiques.' » M8L56.
- Pour l'un des MG l'**odynophagie** est un critère important : « 'pour trancher si c'est plutôt bactérien ou viral ?' 'La température et l'odynophagie donc aux 3 temps : salive, liquides et alimentation.' » M9L110. Pour un autre MG l'odynophagie n'est pas nécessaire : « Il y a même des gens qui ont des angines et qui n'ont pas mal » M1L96.
- L'un des MG nous a confié qu'il faisait le **diagnostic à l'odorat** : « Et je vais te dire une chose moi mon test c'est à l'haleine, je le sens quand c'est du streptocoque » M3L140.

2.3.2.2.2 Les signes généraux

- La **fièvre et l'altération de l'état général** sont des facteurs importants pour les MG : « c'est une odynophagie fébrile, douleur à la déglutition qui fait mal avec de la fièvre, une fièvre de cheval. » M5L170, « 'quelqu'un... qui a de la fièvre'... 'là je vais le mettre sous antibiotiques.' » M8L56.
- Pour l'un des MG **les vomissements** sont signes d'une étiologie virale : « Une angine qui vomit comme disait mon maître Philippe Canton c'est une virose, donc ça aussi je le sais. » M5L177. Pour un autre MG ça peut accompagner une angine bactérienne : « parfois vomissement, parfois pas » M9L106.

2.3.2.2.3 Diagnostic différentiel : la pharyngite

Pour certains MG, le seul diagnostic différentiel à l'angine bactérienne c'est la pharyngite aiguë d'étiologie virale:

« ...quelqu'un qui aura mal à la gorge avec une gorge un peu rouge, qui n'a pas de ganglions je le colle sous anti inflammatoires » M4L69, « je vois plus de pharyngites que d'angines, donc les mêmes symptômes : fièvre, douleur en avalant ; mais en regardant la gorge c'est une pharyngite alors anti inflammatoires et un spray et au revoir madame » M5L190, « Pour 90% des cas qu'on a c'est viral avec mal de gorge et cliniquement une pharyngite » M8L50.

Nous avons donc constaté dans le discours de certains MG qu'il y avait une certaine confusion, ils n'avaient pas l'air de faire la distinction entre les termes 'angine' (définition clinique) et 'angine bactérienne' (étiologie), pour eux l'angine est par définition bactérienne.

2.3.2.3 Examen para-clinique à visée étiologique

Pour l'un des MG, lorsqu'il suspecte une scarlatine compliquant une angine à SBHA, il réalise un prélèvement de gorge (nous ne lui avons fait préciser pourquoi lors de l'échange) :

« J'envoie faire un prélèvement de gorge uniquement s'il y a une suspicion de scarlatine au labo » M1L88.

2.3.2.4 Les critères extra-cliniques influençant la décision de prescription d'antibiotiques

2.3.2.4.1 L'expérience

L'expérience est un fait pour tous les médecins :

« J'ai de l'expérience » M8L59, « 'Donc quand vous voyez la grosse angine avec fièvre pour vous c'est bactérien ? ' 'Oui mais il y a peut être d'autres choses qui entrent en ligne de compte « l'expérience ». Dans ces cas là je ne fais pas de TDR.' » M7L78.

Face à un tableau clinique un des MG explique pouvoir suggérer une mononucléose infectieuse (MNI), par son expérience, et s'il la suspecte sans certitude, par précaution il évite les pénicillines :

« j'ai vu des enfants qui présentaient une amygdalite d'origine mononucléosique... Mais ça c'est l'expérience qui m'a apporté ça, dans un contexte particulier, je vais me dire 'tiens ça, ça ressemble à une angine mononucléosique' » M5L173.

2.3.2.4.2 Cas de patients atteints de complications sévères post infectieuses à SBHA

Un MG témoignait :

« depuis qu'ils font le 'c'est pas automatique ' , on revoit des scarlatines qu'on n'avait pas vu depuis 20 ans, on revoit des rhumatismes articulaires et on revoit des glomérulonéphrites en particulier chez les petits » M3L100, « on revoit des trucs que l'on ne voyait plus. » M3L113.

2.3.2.4.3 La formation du MG

Certains des MG rencontrés préfèrent continuer à suivre les recommandations antérieures :

« Moi je suis encore pour 'toute angine nécessite des antibiotiques' » M1L122.

L'un des MG qui jusque là traitait toutes les angines sans TDR, nous a fait remarqué qu'elle avait suivi un séminaire ORL lui faisant reconsidérer sa pratique à l'égard du TDR :

« Mais là, je vais m'y mettre au TDR en tout cas les cas simples, qui n'ont pas l'air méchant euh... Je pense qu'on peut s'abstenir d'antibiotiques » M6L17.

2.3.2.4.4 Si terrain fragile

L'un des médecins nous a indiqué l'exemple des valvulopathies :

« Et bien il y a l'exception des patients fragiles porteurs d'une valvulopathie par exemple chez qui il ne faut pas prendre de risques, je traite par antibiotiques tout de suite » M10L86.

2.3.2.4.5 Critères environnementaux

- ***La possibilité ou non de réévaluation à 48h***

L'un des MG nous indiquait que lorsqu'il penchait plus pour une angine virale, chez des patients coopérants pour consulter de nouveau (proximité, règlement consultation) il s'abstenait de prescrire des antibiotiques :

«Je ne mets pas d'antibiotiques quand je pense que...on peut jouer comme ça, s'ils ne sont pas trop loin et qu'ils ont une possibilité de revenir » M2L138, « parfois on peut penser que ce n'est pas une angine, que c'est viral, mais simplement au patient on lui dit que s'il a de la fièvre, s'il commence à vomir et ça se calme pas « vous revenez dans 24-48 heures » et on réévalue et s'il faut on met un traitement antibiotique » M9L148.

- ***La veille de week-end***

La fin de semaine est plus propice aux prescriptions d'antibiotiques en ambulatoire :

« 'le fait de vouloir éviter que le patient revienne...' 'Alors ça c'est plus en fin de semaine, si on voit la personne le vendredi, on prescrira plus facilement des antibiotiques parce qu'il y a le weekend qui suit plutôt qu'un lundi où on peut dire « écoutez repassez si ça ne s'améliore pas' » MIL123, « Un enfant qui a 39°C de température, on est vendredi soir, je vais le mettre sous antibiotiques » M2L134.

2.3.2.4.6 Critères liés à la relation médecin-malade

- **En fonction du patient**

Chez la plupart des MG, une certaine pression des patients peut les entraîner à prescrire une antibiothérapie même s'ils n'en jugent pas d'indication :

« J'ai des patients pour qui quoi que je dise quoi que je fasse ils veulent leurs antibiotiques et ils sont venus pour ça. Je sais d'avance que je prescrirais des antibiotiques à la fin de la consultation... c'est malheureux mais c'est comme ça 'docteur j'ai mal à la gorge, il me faut des antibiotiques, j'ai tout essayé ça ne passe pas' j'ai tout de suite compris » M10L78.

L'un des MG nous a fait comprendre sa crainte de perdre ses patients/qu'ils n'aient plus confiance en lui :

« Les gens vous leur faites le coup 2 fois 'revenez dans 3 jours si ça ne va pas mieux ' et ils ressortent 23 euros, le prochain coup ils iront chez quelqu'un qui leur donnera l'antibiotique.' » M2L142.

- **En fonction du médecin: ses affects, son intuition**

On constate que certains médecins expriment avoir des difficultés et d'être mal à l'aise s'ils ne prescrivent pas d'antibiotiques quand les symptômes sont bruyants :

- ✓ **Par empathie** vis-à-vis de son patient ou face à l'inquiétude de parents et à défaut de proposer une surveillance continue qui n'est pas possible en ambulatoire :

« La personne elle retourne chez elle, elle est toute seule ou la maman qui est toute seule avec son petit voilà et donc c'est difficile » M2L155.

- ✓ **Par crainte d'une évolution défavorable et par précaution ils traitent :**

« Un enfant qui a 39°C de température, on est vendredi soir, je vais le mettre sous antibiotiques » M2L134, « 'Vous craigniez des complications ?' 'Oui bien sûr, déjà le patient qui a toujours mal et qui revient au bout de 2-3 jours comme je viens de dire... après ça peut se compliquer en abcès ou phlegmon.' » M6L123.

2.3.2.5 Le TDR

2.3.2.5.1 Utilisation antérieure et expérience

La majorité des MG interrogés déclaraient avoir déjà utilisé le TDR mais très peu :
« *J'ai du en faire qu'une dizaine* » M5L211, « 'Est-ce que le TDR vous l'utilisez ?' Je l'ai utilisé pour voir' » M1L100.

Certains y ont eu recours plus longuement avant d'arrêter ou d'en faire moins :
« *Les TDR, je les ai bien utilisés pendant 1 an* » M2L116, « *Je l'ai beaucoup utilisé au début* » M7L96.

2.3.2.5.2 Les freins à l'utilisation du TDR

- **TDR inutile car la présomption clinique suffit et prime**

Ils ne pensent pas qu'il y ait d'avantage ou de nouvelle information en plus de la clinique. Globalement il apparaît que pour les MG le TDR n'est pas un test utile :

« *Alors pendant un temps j'ai fait ce qu'il fallait pour jouer le jeu ...mais même chose, c'est pas ça qui va changer ma pratique* » M2L118, « *J'ai de l'expérience, je l'ai beaucoup utilisé et je me suis rendu compte que le TDR n'apportait pas grand-chose de plus de la clinique* » M8L59, « *en fait quand je faisais le TDR il confirmait ce que je prédisais dans 99% des cas. Selon l'aspect clinique.* » M8L60.

L'un des MG précisait que son intuition clinique d'étiologie bactérienne primerait sur le test :

« *s'il y a vraiment une angine cliniquement et que le TDR est négatif, je mettrai quand même sous antibiotiques.* » M1L105.

- **Acquis de la formation antérieure ancrés**

Même s'ils connaissent les recommandations actuelles, quelques MG préfèrent suivre leurs anciens acquis :

« *Moi je suis encore pour 'toute angine nécessite des antibiotiques'* » M1L122, « *toutes les angines je continue à faire comme je faisais avant* » M3L98, « *C'est ce qu'on nous apprend à l'école, dans les bouquins d'ORL, c'est avant tout clinique tout ça.* » M9L108.

- **Contrainte de temps**

Au niveau du temps, comme pour la BU c'est l'argument le plus redondant chez les médecins après la clinique, le TDR est considéré trop long à réaliser et à attendre les résultats compte tenu de la charge de travail du MG :

« *Un TDR qui marche à la seconde, aussi rapide qu'une bandelette de glycémie chez un diabétique... Peut être que là ouais je serai plus à même de faire l'effort sur un TDR que sur une bandelette* » M5L30, « *Quand t'as pas le temps, que ta salle d'attente est pleine* » M3L126, « *Si une consultation dure 25 minutes le temps de faire l'ordonnance, d'examiner le patient et de faire le TDR et tout ça pour une angine, mais ce n'est plus des journées de 10 heures que je vais faire !* » M9L126.

- **Contraintes de réalisation**

Sur le plan pratique il a été noté la difficulté de réalisation chez les enfants peu coopérants :

« essaye voir de faire le truc avec le gosse, si t'as travaillé en pédiatrie, de temps en temps il faut le pincer pour qu'il crie pour pouvoir lui faire hein...et quand il ne vomit pas exprès. » M3L133.

La pratique du TDR peut avoir été oubliée ce qui fait perdurer sa non utilisation également :

« Et encore pour être bon, être performant, il faut le faire souvent parce qu'on perd la main et donc après il faut revoir le mode d'emploi, c'est tout bête mais si on ne le fait pas tous les jours on oublie vite » M5L204.

- **Doute sur la fiabilité du TDR**

Certains MG doutent sur la fiabilité du TDR en remettant en cause son résultat s'il n'allait pas dans leur sens :

« s'il y a vraiment une angine cliniquement et que le TDR est négatif, je mettrai quand même sous antibiotiques. »M1L105, « Enfin je sais que ce n'est pas du 100%. Je crois qu'on est dans les 90% de fiabilité ce qui est peut être beaucoup mais très peu en même temps. Parce que le fait qu'on ne soit pas à 100% n'est pas utilisable... Chez quelqu'un qui a 39°C qui est un petit peu abattu enfin bref sans le test on se dit « bon dans le doute je le mets sous antibiotiques ». Le test va être négatif, s'il vous reste 1/10^{ème} de doute c'est énorme, ça veut dire qu'au bout du 10^{ème} patient statistiquement je suis dedans ça se trouve... » M2L158.

L'un des MG soulignait aussi la possibilité de mal réaliser le test sous-entendant que cela entraînerait de faux résultats :

« Et ça dépend si on le fait bien peut être, ça cela reste à voir. » M2L163.

- **Cas d'angines rarement vus dans son activité**

L'un des MG nous a fait comprendre qu'il ne rencontrait pas souvent d'angines et par conséquent même s'ils n'utilisent pas le TDR, pour lui le peu d'angines mis sous antibiotiques n'entraîne pas de conséquences :

« Mais comme je vous l'ai expliqué, l'angine en médecine générale c'est quelque chose que l'on voit relativement rarement » M5L187.

- ***MG faible prescripteur d'antibiotiques***

Quelques MG indiquaient faire partie des faibles prescripteurs d'antibiotiques dans leur secteur sans n'avoir jamais utilisé le TDR, ce qui les conforte :

« D'autre part je ne fais pas de TDR, vous savez qu'on a des statistiques de la caisse avec les prescriptions d'antibiotiques annuelles, je suis l'un des plus faibles prescripteurs d'antibiothérapie sur la Moselle par rapport à ma population de recrutement... Et je ne fais pas de test... » M9L132.

- ***Moyen possible d'éviter les complications iatrogènes des antibiotiques***

Pour l'un des MG, sa solution c'est d'éviter d'utiliser l'Amoxicilline dans l'angine, moyen de diminuer la iatrogénie s'il a traité par excès :

« l'amoxicilline j'ai une appréhension sur une potentielle mononucléose infectieuse, donc je ne suis pas très amoxicilline sur l'angine » M5L194.

- ***Ne pense pas que l'utilisation du TDR ait un impact sur l'économie d'antibiotiques***

Par ailleurs l'un des MG posait la question de l'utilité du TDR :

« d'économie de santé quelque part parce que le TDR a un coût à l'achat, OK ce n'est pas moi qui le paye mais est-ce que c'est vraiment chaque fois nécessaire ? Est-ce que vraiment on fait une économie de prescription d'antibiotiques sur les angines ? » M9L174.

2.3.2.6 L'avis des quelques MG utilisateurs réguliers ou non du TDR :

2.3.2.6.1 Point positif du TDR : argument face au patient

C'est un avis commun aux non utilisateurs et les quelques utilisateurs = Argument concret face au patient pour expliquer l'absence de nécessité d'antibiotiques :

« Parce que souvent je vois un patient qui n'a pas vraiment une angine, qui a mal à la gorge, qui veut des antibiotiques pour que ça passe plus vite, je lui dis 'Attendez on va faire le test pour savoir s'il en faut' » M7L56 (utilisateur), « c'est vrai qu'on a un argument pour un patient qui voudrait des antibiotiques, si je lui montre noir sur blanc en lui expliquant les résultats et en plus ça m'aura pris du temps de lui expliquer, non seulement il aura fallu que je lui fasse le test mais que je lui explique comment ça marche. Là je serais hautement considéré au terme de ma consultation, je serais un bon médecin » M5L235 (non utilisateur).

2.3.2.6.2 Point négatif : contrainte de temps

Pour l'un des MG utilisateur le test peut être long à réaliser par rapport à la charge de travail : *« quand j'ai trop de monde en salle d'attente, parfois le TDR je n'ai pas trop le temps de le faire. » M10L90.*

RECAPITULATIF : RAISONS ÉNNONCÉES DE SOUS UTILISATION DE LA
BU ET DU TDR

	BU	TDR
FREINS	-Présomption clinique prime et suffit -Inutilité du test -Contrainte de temps -Contraintes pratiques (recueil) -Proximité d'un laboratoire -ECBU : possible alternative -Doute sur fiabilité -Dates de péremptions courtes -Conditionnement des BU inadapté -BU chères	-Présomption clinique suffit et prime -Acquis formation antérieure : toute angine=antibiotique -Inutilité du test -Contrainte de temps -Contrainte de réalisation -Doute sur fiabilité -Autres justifications : angine rarement rencontré, MG faible prescripteurs d'antibiotiques, pas la conviction que l'utilisation du TDR ait une incidence sur l'économie d'antibiotiques
Points positifs		-Argument possible face au patient

Tableau 8 : Récapitulatif des freins à l'utilisation de la BU et du TDR énoncés par notre panel de MG

Au total : ligne de conduite des MG n'utilisant pas la BU et le TDR dans l'IU et l'angine:

Nous avons constaté que les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques de ces infections ne sont pas harmonieuses entre les MG. C'est principalement en fonction de la présomption clinique que le MG va décider de prescrire ou non une antibiothérapie. D'autres facteurs extra-cliniques vont influencer sur cette décision : la pression du patient, la crainte d'évolution défavorable/principe de précaution.

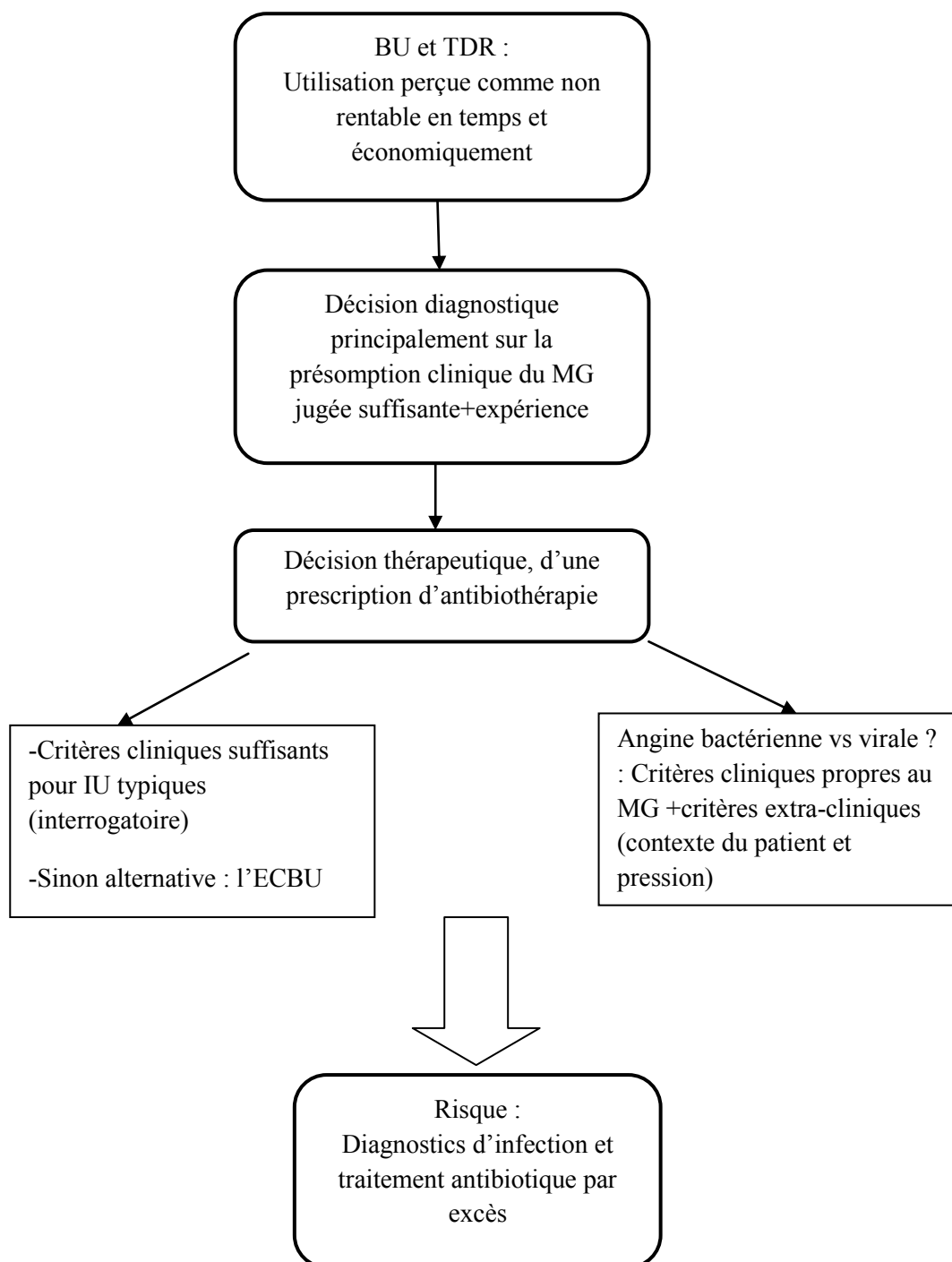


Figure 1 : Raisonnement des MG pour la prise en charge des IU et des angines sans utilisation de la BU et TDR

2.3.3 Troisième thème : Avis des MG sur l'antibiothérapie en générale, autres déterminants subjectifs à la prescription d'antibiotiques

Les MG sont-ils conscients de ce risque de sur-prescription lorsqu'ils prescrivent un traitement antibiotique ? Et mesurent-ils son possible impact sur l'écologie bactérienne?

2.3.3.1 Avis des MG sur le phénomène de l'antibio-résistance
2.3.3.1.1 Se sentent-ils impliqués ?
2.3.3.1.2 Les facteurs favorisant selon eux : l'hôpital, le patient, l'environnement
2.3.3.2 Le rapport des patients à l'antibiothérapie selon les MG
2.3.3.2.1 Les moyens de pression des patients
2.3.3.2.2 L'éducation et le niveau socio-économique des patients
2.3.3.2.3 L'impact favorable sur les patients d'une campagne de sensibilisation
2.3.3.3 Le MG et l'antibiothérapie : autres déterminants à la prescription
2.3.3.4 Applications nuancées des recommandations en médecine générale
2.3.3.4.1 Les MG assument ne pas suivre les recommandations
2.3.3.4.2 Volonté des MG à garder un libre arbitre de leurs décisions
2.3.3.4.3 Contraintes de la médecine ambulatoire (vs hôpital)

Tableau 9 : Plan du troisième thème : les MG et l'antibiothérapie, déterminants à la prescription, avis

2.3.3.1 Avis des MG sur le phénomène de l'antibio-résistance

2.3.3.1.1 Se sentent-ils impliqués ?

En termes de responsabilité dans ce phénomène, si certains MG pensent que l'activité en médecine générale y contribue : « ...c'est nous les généralistes qui sommes les prescripteurs d'antibiotiques » M5L29, « C'est sûr qu'on y contribue » M4L108, d'autres ne le pensent pas : « je ne pense pas que c'est la pratique libérale qui fasse ça » M9L181.

Par ailleurs, globalement ils ne se sentent pas personnellement concernés : « ...je me sens très peu concerné parce que mes relevés montrent que je suis dans les plus faibles prescripteurs d'antibiotiques. » M4L108.

2.3.3.1.2 Les facteurs favorisant selon les MG

- **L'hôpital**

En pratique, les MG ne sont pas confrontés à ce problème qui est pris en charge en hospitalier, ce qui fait que pour beaucoup d'entre eux l'antibio-résistance n'est liée qu'à l'hôpital : « ce n'est pas nous qui avons les armes atomiques, c'est dans l'hôpital » M3L146.

- **Les patients : mal-observance thérapeutique et pression**

Les MG sont d'accord sur le fait de la contribution des patients :

- ✓ Soit par une mal-observance thérapeutique : « ils nous le disent ou des fois ils nous amènent des boîtes, c'est parce qu'ils ne les ont pas pris » M1L152.
- ✓ Soit par la pression et l'insistance que certains patients appliquent sur le MG pour la prescription d'antibiotiques non justifiés : « Et puis les patients y contribuent aussi énormément avec leur pression » M7L107.

- **Sur-utilisation d'antibiotiques dans le secteur agro-alimentaire**

D'autres avis ont été émis sur les étiologies de l'antibio-résistance, pour l'un des médecins la cause principale est l'utilisation des antibiotiques dans le secteur agroalimentaire et c'est sur cela qu'il faudrait agir en priorité : « Non mais tous les antibiotiques qui sont mis dans un tas de chose, dans les aliments et un peu partout sur terre à haute dose, il faut peut être voir ça aussi. » M2L199. (Remarque : c'était un des sujets d'actualité dans les médias à l'époque de cet entretien)

- **Manque de nouveaux antibiotiques**

Pour un autre médecin la pénurie de développement de nouvelles molécules d'antibiotiques est une raison centrale : « Il y a des années de ça on avait des labos qui venaient nous présenter des nouveaux antibiotiques régulièrement et maintenant on n'en a plus du tout. Donc il y a moins d'avancées scientifiques » M8L81.

2.3.3.2 Le rapport des patients à l'antibiothérapie selon les MG

Nous avons donc vu que la plupart des MG sont confrontés à la pression de certains patients, ils admettent prescrire des antibiotiques même si ça n'est pas justifié pour eux en particulier dans les infections des voies aériennes supérieures et inférieures (outre l'angine ce sont les exemples que les MG nous décrivaient en outre l'angine).

2.3.3.2.1 La pression des patients

Certains MG déclaraient céder à cette pression, d'autres non : « *Moi je n'ai pas peur de perdre un patient* » M9L194, d'autre et certains font un compromis avec ces patients : « *Alors je t'explique, tu coupes la poire en deux, tu lui dis « si au bout de 4 jours y'a de la fièvre, vous reviendrez je vous donnerai l'antibiotique ».* Il faut tendre la carotte » M3L159.

Les MG nous ont expliqué les différents moyens de pression des patients qui sont :

- **Pression par l'exagération des symptômes**

« Je vais vous dire, c'est même à demi mot, pour une bronchite par exemple je vais dire je ne donne pas d'antibiotique, ce n'est pas surinfecté : pas d'otite, pas de surinfection bronchique, pas d'angine, le nez ça coule pas sale, vous avez la maman qui dit 'Non, non, le nez ça coule sale ! Ah c'est vert, vert-jaune, c'est sale' on a compris le message !... Qu'est ce que vous voulez que je fasse ? Vous voyez là ça ne va pas se jouer qu'avec un traitement symptomatique. » M2L172.

- **Pression par des consultations répétées et insistance**

« Vous avez vu le quartier là ? Il y en a à peu près deux tiers en CMU ou d'AME donc de tout de façon ils reviennent systématiquement pour l'antibiotique. C'est gratuit, ça ne coûte rien. » M4L95.

- **La liberté d'aller consulter un autre MG entraînant une perte de patientèle au premier**

*« Les gens vous leur faites le coup 2 fois 'revenez dans 3 jours si ça ne va pas mieux ' et ils ressortent 23 euros, le prochain coup ils iront chez quelqu'un qui leur donnera l'antibiotique.' »*M2L142, « *A l'hôpital ça passe tout seul parce que c'est 'Monsieur, madame si vous n'êtes pas content allez voir ailleurs', mais en libéral c'est un certain boulot pour faire ça... il faut réussir à s'imposer* »M2L207.

2.3.3.2.2 L'éducation et le niveau socio-économique des patients

Pour les MG ce fait est dû à l'éducation des patients, la notion culturelle que les antibiotiques 'guérissent tout' : « *ils pensent moins bien guérir sans antibiotiques* » M10L104, « *aujourd'hui les patients sont convaincus que si vous ne leur donnez pas d'antibiotiques sur une angine c'est que vous n'êtes pas un bon médecin.* » M5L214 ; et la difficulté à leur faire comprendre le contraire : « *'Ils ont du mal à comprendre' 'Ils ne peuvent pas comprendre.'* » M4L115.

L'un des MG souligne également le fait qu'en allant chez le médecin les patients ne veulent pas être venus pour rien étant donné qu'ils ont réglé une consultation : « *Mais il y a aussi que pour eux il faut repartir avec une ordonnance ils diront 'Dr j'ai déjà pris de l'effergal et ça ne marche pas, c'est pour ça que je suis venu vous voir, il me faut des antibiotiques', je ne vais pas me battre avec eux. On explique une fois, deux fois* » M10L104.

Quelques médecins ont précisé que les patients les plus demandeurs d'antibiotiques étaient surtout les patients issus d'un milieu socio économiquement faible et les personnes âgées : « *il y a une pression de la population surtout dans les classes défavorisées.* » M4L113, « *C'est plutôt avec les personnes plus âgées qui veulent : piqûres, antibiotiques, suppositoires etc.* » M7L114.

2.3.3.2.3 Impact favorable d'une campagne de sensibilisation grand public

L'un des moyens positifs qui a pu aider les médecins, pour contourner cette pression des patients que quelques MG ont mentionné, cela a été les campagnes de sensibilisation auprès de la population générale : « *Je sais le but c'est de faire moins d'antibiotiques... Je dirai que les campagnes qui ont été faites à la télé ou autre ça a fait beaucoup de bien* » M2L170, « *Après les campagnes de pubs 'les antibiotiques ce n'est pas systématique' et compagnies, ça a largement contribué à nous aider, il fallait s'en servir* » M9L193.

2.3.3.3 Le MG et l'antibiothérapie : autres déterminants subjectifs à la prescription

En dehors de la pression des patients, les MG nous ont expliqué d'autres situations où ils prescrivent une antibiothérapie sans que cela soit justifié en premier lieu :

L'un des MG revendiquait son statut de « médecin de famille » de connaître ses patients ayant l'avantage de les suivre :

« mais on connaît aussi nos patients. On sait que ce gaillard là il vient avec un nez qui coule c'est la sinusite sûr dans 10 jours, je lui met alors au moins une 2^{ème} ordonnance ce qui m'arrive souvent de donner un lavage de nez, un antipyrétique et un ibuprofène quelconque et une 2^{ème} ordonnance qu'il se met sous le coude, parce qu'il se connaît » M5L296I, afin d'éviter au patient de devoir revenir : « il lui faut éviter de refaire la salle d'attente parce que moi je n'ai pas besoin de 23 euros de plus, et il sentira par lui-même : douleur péri orbitaire, écoulement nasal purulent unilatéral, il se connaît il sait que c'est une sinusite maxillaire et il va en officine chercher ses antibiotiques, il prendra ses C3G pendant 5 jours » M5L298.

Un autre MG nous expliquait prescrire des antibiotiques dans certains cas par empathie et crainte de l'évolution car surveiller un patient en ambulatoire est difficile :

« Mais si c'est quelqu'un qui est vraiment pas bien, qui a une bronchite virale comme elles le sont généralement, alors sortir avec une boîte de doliprane...ça demande un certain exercice. » M2L201.

2.3.3.4 Application nuancée des recommandations en médecine générale

2.3.3.4.1 Les MG assument ne pas suivre les recommandations

Certains MG reconnaissaient ne pas suivre les recommandations *« Bien sûr sur un plan théorique il y a pleins de trucs que je devrais faire »M5L256, « Mais j'ai conscience que ce n'est pas comme ça qu'il faut faire, mais je fais quand même. » M5L101.*

Mais ils ont confiance en leur pratique, de plus ils n'ont jamais eu de complications : *« mais si je m'étais planté dans ma profession ça se saurait et les patients le sauraient aussi et je pense que je n'aurais pas l'activité que j'ai aujourd'hui. »M5L256, « Il faudrait que j'entende des arguments, et peut-être... Est-ce mauvais médecin de ne pas les utiliser ? Peut être... C'est peut être l'intérêt de votre travail, les messages ne sont pas passés ou bien s'il n'y a pas d'argument... » M2L108, « Mais la BU ça peut aider, c'est bien quand on peut le faire... mais c'est pas vraiment nécessaire... On s'en sort toujours donc euh (Rires) » M10L64.*

2.3.3.4.2 Volonté des MG à conserver un libre arbitre de leurs décisions, au cas par cas

Les MG expriment une volonté de conserver leur libre arbitre dans leurs décisions diagnostiques ou thérapeutiques : « *Il faut accorder à la médecine générale, et c'est ce qu'on ne fait plus dans les facultés en France, le côté intuitif donc le côté intelligent du médecin. C'est bien il y a des barrières je suis complètement d'accord mais au quotidien je pense qu'il faut laisser une part un peu d'intuition* » M5L259.

2.3.3.4.3 Contraintes de la médecine ambulatoire

Certains MG ont bien exprimé les contraintes de la médecine ambulatoire, par opposition à l'hôpital, pour justifier leurs décisions thérapeutiques en particulier pour des cas de prescription non recommandée d'antibiothérapie.

- ***Une surveillance rapprochée difficile à mettre en place***
« *enfin on n'est pas à l'hôpital ! On ne peut pas dire 'on va surveiller l'enfant, il a 39°C, c'est viral, ne vous inquiétez pas les infirmières sont là etc'.* » M2L153.
- ***Un manque de moyens***
« *Moi je suis médecin avant tout je ne suis pas une succursale de labo ou de la caisse ou de ceci ou cela. Donc effectivement moi mon acte il est limité 23 euros depuis moult années, je n'ai pas de pouvoir de répercussion de tous mes investissements on m'impose des normes informatiques, on m'impose ceci on m'impose cela, il arrive un moment où il faut s'arrêter quoi ! Je ne suis pas un hôpital, je ne suis pas un dispensaire, je ne suis pas une entreprise de ce type là* » M9L52.

Synthèse

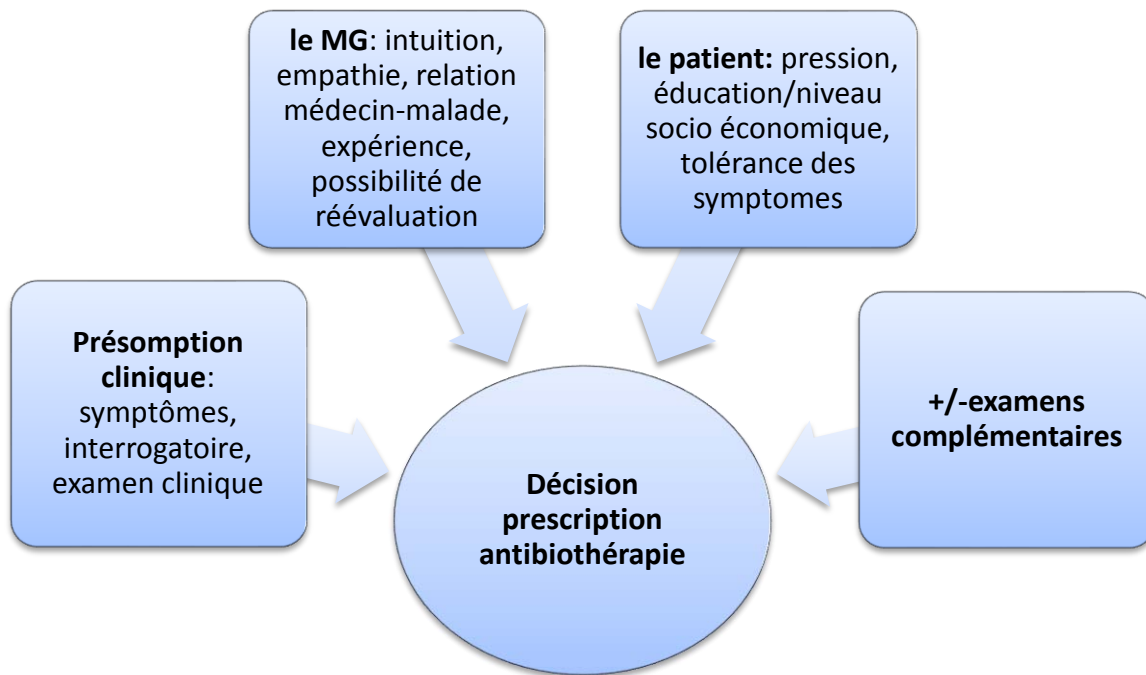


Figure 2: Synthèse des déterminants énoncés pouvant influencer les MG dans leur décision thérapeutique : prescription ou non d'une antibiothérapie

3. DISCUSSION

3.1 Rappels des principaux résultats

Dans notre étude nous avons pu constater que globalement les MG ont choisi de ne pas utiliser la BU et le TDR dans leur pratique au cabinet car pour eux ces tests ne sont pas rentables en temps surtout et économiquement. La présomption clinique est le critère ayant le plus de poids à leurs réflexions diagnostique et thérapeutique. Pour ce qui est de la décision thérapeutique, prescrire des antibiotiques est aussi influencé par d'autres facteurs « extra-cliniques » liés à l'environnement du médecin ou du patient, la relation médecin-malade. Ce qui entraîne des pratiques nuancées selon les médecins et les situations.

3.2 Forces et limites de notre étude

Notre étude a été réalisée avec une méthode qualitative, par entretiens semi-directifs, choix qui nous a paru le plus adapté pour recueillir les opinions des différents MG sur le sujet (29) (30). De plus lors des VM nous avons ressenti une certaine susceptibilité de quelques MG, le sujet abordé étant délicat puisque l'on traitait des pratiques des MG. Il aurait été probablement difficile d'obtenir une participation de ces MG pour réaliser des focus group. Aussi dans la littérature la majorité des études traitant des freins à l'utilisation du TDR sont surtout quantitatives (méthode de questionnaire), il y a quelques études qualitatives avec des focus group (17) (31) (32). Concernant la BU, nous n'avons pas retrouvé d'étude de ce type.

L'échantillon de l'étude n'est pas représentatif de la population médicale mais une étude qualitative a pour objet de clarifier des faits, comprendre un phénomène et non de le quantifier (33).

L'échantillon final était de dix MG ce qui paraît peu en regard d'autres études mais le recrutement des MG a été réalisé à partir d'un premier échantillon d'une trentaine de MG tiré de la précédente étude avec déclaration de leurs pratiques, de ce fait nous savions d'avance pour chacun s'ils n'utilisaient pas ou peu la BU et/ou le TDR. De plus leur participation n'a pas été optimale et nous n'avons donc pas pu obtenir d'échantillonnage raisonné : nous avons 3 femmes pour 7 hommes par exemple et seulement des MG exerçant en ville ou zone urbaine.

Malgré la taille moindre de notre échantillon, in fine nous avons pu constater que la saturation des données a été acquise.

Concernant notre méthodologie, pour l'analyse des résultats nous pouvons regretter que l'analyse thématique des entretiens n'ait pas été faite par la méthode dite de « triangulation », le principe étant qu'une à deux autres personnes procèdent également à cette analyse ce qui aurait renforcé la validité des résultats (34).

3.3 Comparaison de nos résultats à la littérature

3.3.1 Les obstacles à l'utilisation de la BU et du TDR

Les freins identifiés sont semblables pour la BU et TDR :

- une présomption clinique suffisante et qui prime rendant inutile ces tests
- une contrainte de temps et économique
- la fiabilité de ces tests mise en doute

3.3.1.1 La clinique jugée suffisante pour le diagnostic d'une IU

Les MG soulignaient que la clinique était souvent suffisante pour le diagnostic et donc l'attitude thérapeutique. En effet, l'association de brûlures mictionnelles, d'une pollakiurie en l'absence de point d'appel gynécologique permet de porter le diagnostic de cystite bactérienne dans 90% des cas **(35) (36) (37)**. En 2001 après une revue de la littérature, S Bent et al avaient proposé un algorithme décisionnel dans lequel ils indiquaient qu'il n'était pas nécessaire de réaliser de BU si une patiente se présentait avec des brûlures mictionnelles, une pollakiurie, l'absence de signes gynécologiques (écoulement, risque infection sexuellement transmissibles (IST)) car avec ce tableau clinique la probabilité que ce soit une cystite est supérieure à 90% et donc traitement probabiliste d'emblée. Par contre si la patiente présente ces symptômes typiques d'une IU et que la BU est négative la probabilité d'IU reste de 23%, ils proposaient donc de réaliser un examen gynécologique, reprendre l'interrogatoire avec les risques d'IST, de réaliser des prélèvements gynécologiques et un ECBU avant de traiter **(36)**.

Mais les recommandations de la SPILF de mai 2014 et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) datant de 2008 sur les IU préconisent la réalisation une BU devant toute suspicion d'IU en complément de la clinique **(18) (5)**. Après une revue de la littérature, Léonie GM Giesen et al confirme cela **(38)**.

En ne s'appuyant que sur l'interrogatoire, il est possible de se tromper et donc de traiter à tort une IU qui en fait n'en est pas une. Dans une étude réalisée en Angleterre dans différents hôpitaux par Patel HD et al, un ECBU avait été réalisé à tous les patients chez qui une IU était cliniquement soupçonnée, finalement sur 1076 cas suspectés, 172 avaient un ECBU négatif soit 16% **(39)**. De même dans le travail de Comes JF où un ECBU a été réalisé à toutes patientes chez qui le MG soupçonnait une cystite et que finalement 22% des ECBU étaient stériles (effectif : 244 patientes) **(20)**.

3.3.1.2 La fiabilité de la BU mise en doute

La BU est un outil de dépistage semi quantitatif, c'est le seul test recommandé à réaliser dans les cas de suspicion de cystite aiguë simple. La BU est complémentaire de l'examen clinique. Avec une valeur prédictive négative supérieure à 95%, chez la femme la BU permet d'éliminer de manière quasi certaine un diagnostic d'IU si les leucocytes et nitrites s'avèrent négatifs par contre si elle est positive elle n'affirme pas l'IU mais a une excellente valeur d'orientation ; à l'inverse chez l'homme c'est la valeur prédictive positive qui importe le plus car elle est supérieure à 90% si les leucocytes ou les nitrites sont positifs **(18) (5) (39) (40)**. Dans le travail de Patel HD et al, la fiabilité de la BU a été démontrée, en effet chez tous les patients chez lesquels on suspectait une IU, une BU et un ECBU étaient réalisés, la BU a été retrouvée négative dans 175 cas sur 1076 et seulement 3 cas sur les 175 à BU négative avaient finalement un ECBU positif **(39)**.

D'autres infections peuvent mimer les symptômes d'une IU en particuliers les affections génitales chez la femme (infections vaginales, IST) **(36)**.

Néanmoins nous avons constaté que les MG n'accordent pas tellement de crédit ni d'intérêt à la BU, ils nous expliquaient même qu'ils n'en tiendraient pas compte par rapport à leur intuition clinique, certains ajoutaient qu'ils ne voulaient pas prendre de risque et préféraient traiter compte tenu de leur intuition. On se rend compte qu'il est difficile pour les MG de remettre en cause leur propre diagnostic.

3.3.1.3 L'ECBU qui substitue à la BU

Hormis la cystite aiguë simple, il est recommandé de réaliser un ECBU dans les autres cas d'IU, dans un deuxième temps après la BU, car il est nécessaire dans ces cas d'identifier et connaître la sensibilité du germe responsable **(5) (18)**. Mais nous avons vu que des MG utilisent parfois directement l'ECBU comme un examen substituant à la BU. Cette même tendance est constatée dans différents travaux : dans l'étude de J. Prouzergue, sur 185 dossiers d'ECBU positifs repris dans les laboratoires, dans 39% des cas le diagnostic était une cystite aiguë simple **(19)** ; dans l'étude nationale de F. Haab et al, il a été observé que 33% des ECBU avaient été demandés pour des cystites simples **(8)** ; dans l'étude de S. Vorkafer, au premier tour de son audit clinique, 79% des 66 MG prescrivaient à tort un ECBU **(21)** ; même constatation dans l'étude espagnole de Llor C et al dans laquelle 33% des cystites aiguës simples ont eu un ECBU alors que dans certains cas la BU avait été réalisée avant et était positive **(41)**.

Ce sont plus pour des raisons de facilités que les MG conviennent de réaliser l'ECBU, entre autres avec la proximité d'un laboratoire, ne pas perdre de temps en consultation. C'est ce qui est aussi décrit par J. Prouzergue **(19)** et C. Goudot **(28)** dans leurs études. Nous avons également vu que certains médecins réalisaient l'ECBU dans l'objectif de se rassurer avec cette analyse plus complète (un antibiogramme) même s'il n'est pas nécessaire.

3.3.1.4 La clinique jugée suffisante pour diagnostiquer l'angine à SBHA

La plupart des MG non utilisateurs du TDR pensent que les angines bactériennes sont plus fréquentes, alors qu'au contraire les angines sont virales dans près de 75% des cas tout âge confondu **(3) (13)**.

Les MG n'utilisant pas le TDR estiment qu'ils peuvent distinguer une angine d'étiologie virale d'une angine bactérienne à SBHA par leur appréciation clinique. Le diagnostic d'une angine est purement clinique, mais le diagnostic étiologique ne peut pas se faire par l'observation clinique (en dehors d'une scarlatine ou d'une herpangine). Certes, certains éléments cliniques peuvent préjuger d'une angine à SBHA par exemple : l'absence de toux, de rhinorrhée, de dysphonie, la présence d'adénopathies, d'une dysphagie, mais cela n'est ni suffisant ni significatif **(42)**. De plus, nous avons remarqué que les critères cliniques de jugements des MG entre eux ne sont pas harmonieux, par exemple « l'aspect des amygdales », « la fièvre » ont un poids plus ou moins important selon les MG, « les vomissements » sont un signe de SBHA pour un MG pour d'autres pas forcément. S'ajoute aussi quelquefois une confusion entre la pharyngite et l'angine. Ce qui crée une divergence dans les attitudes diagnostiques et thérapeutiques, entraînant le plus souvent des traitements par excès.

Les recommandations indiquent qu'il faut réaliser un TDR systématiquement devant toute angine pour les enfants d'âge supérieur ou égal à trois ans (car avant trois ans il est très rare d'avoir une angine bactérienne, abstention d'antibiothérapie) et pour les adultes dont le score de Mac Isaac est supérieur à deux **(13)**. Le score de Mac Isaac (**annexe 7**) est un score clinique à ne pas utiliser chez l'enfant étant donné que sa spécificité et sa sensibilité sont faibles chez eux **(13)**. Dans différentes études il est constaté que ce score est méconnu des MG, alors qu'en fait ce sont la plupart de ces critères qu'ils utilisent pour statuer du type d'angine **(6) (43)**. Par ailleurs dans l'étude rétrospective de Durel-Maurisse A., il a été montré que l'utilisation du score de Mac Isaac diminue déjà la prescription d'antibiotiques injustifiée mais non suffisant **(44)** ou l'étude de Le Breton J et al **(45)**.

3.3.1.5 La fiabilité du TDR mis en doute

Lorsque le TDR est utilisé et qu'il est positif, on remarque dans les études que les MG suivent le résultat dans quasiment 100% des cas et prescrivent l'antibiothérapie. A contrario, lorsque le TDR s'avère négatif, surtout si la présomption clinique est contraire, les MG doutent de sa fiabilité et vont alors prescrire une antibiothérapie dans 15% à plus de 50% des cas selon les études **(6)(7)(15)(31)(41)(43)(46)(47)(48)(49)(50)(51)(52)**.

La culture est le gold standard des examens pour le diagnostic d'une angine à SBHA mais le résultat n'est obtenu qu'au bout de 48 heures **(3)**. Le TDR rend un résultat au bout de 5 minutes maximum, il est prouvé que c'est le meilleur test en termes coût-efficacité et balance bénéfice-risque à utiliser en routine **(3)**. Sa spécificité est estimée supérieure à 95% et sa sensibilité à plus de 90% **(13)**. Par ailleurs dans leur article, Cohen JF et al, à partir d'une revue de la littérature, ont montré que le risque de faux positifs est rare **(53)**.

Mais dans les études, il est montré que lors d'une incertitude diagnostique, les médecins tendent à la sur-prescription comme dans l'étude transversale observationnelle de Faure H et al où pour 15% des 272 cas d'angines dont le diagnostic était incertain **(50)**, même constat mis en évidence dans les focus group réalisés par Marion Christine : l'incertitude diagnostique amène les MG français plutôt à prescrire qu'à s'abstenir **(32)**.

3.3.1.6 BU et TDR non économiquement rentables

Les MG considèrent que la BU et le TDR ne sont pas économiquement rentables pour eux en cabinet en temps et en argent, c'est ce qui conditionne principalement la non utilisation de ces tests après la présomption clinique suffisante.

- ***Non rentable en temps (6) (14) (19) (28) (31) (32) (43) (49) :***

Le temps pris à réaliser ces tests est jugé trop important dans une consultation de médecine générale par rapport à la charge de travail : les cinq minutes d'attente pour le résultat du TDR, le recueil d'urines pour la BU aussi. Il est à préciser que les MG que nous avons rencontrés n'avaient pas de secrétaire, quelques uns avaient un secrétariat téléphonique. Lors des entretiens nous n'avons pas interrogé les MG sur la durée moyenne de leurs consultations.

- ***Non rentable en argent (19) (28) :***

L'achat des BU est à la charge des MG, ils estiment cet investissement onéreux, en plus les dates de péremptions sont courtes. Les BU vendues et trouvées le plus sur le marché sont conditionnées dans un flacon d'au minimum 50 BU avec 8 plages de réactifs voire plus, le délai d'utilisation après la fabrication d'une BU est de 24 mois. Le coût d'une BU varie entre 0,50 centimes et 1 euro en fonction de la marque et du nombre de plages de réactifs alors qu'un ECBU coûte environ 23 euros. En pratique, dans les pharmacies il est impossible de trouver des BU ne contenant que les plages « nitrites » et « leucocytes » qui nous intéressent. Ceci pourrait expliquer en partie l'excès de prescription d'ECBU non justifiés (20). En recherchant sur internet, nous avons trouvé un fournisseur qui vend des flacons contenant 10 BU, avec deux plages réactives pour les leucocytes et nitrites uniquement le prix rapporté à l'unité étant de 1,48 euros donc plus chères que les flacons de 50 BU avec plus de plages réactives. Les TDR sont gratuits pour le médecin et pour le patient, ils sont pris en charge par la sécurité sociale depuis leur instauration en 2002. Le coût d'un test TDR revient à 0,72 euros HT. Ils sont adressés aux MG sur simple demande (écrite par voie postale ou internet). Dans l'étude de Pulcini C 11% des MG interrogés par téléphone jugeaient la tâche administrative longue pour se procurer les TDR et 7% ne savaient comment s'en procurer, éléments non mis en évidence dans notre étude (14).

D'autre part, certains MG considèrent leur rémunération (tarif d'une consultation) insuffisante pour réaliser en plus l'un ou l'autre de ces tests. La comparaison aux rémunérations plus élevées de MG dans certains pays européens (comme en Allemagne) a été soulignée également (54).

3.3.2 Déterminants à l'attitude thérapeutique : antibiothérapie ou pas

En particulier avec l'exemple des angines ou d'autres infections des voies aériennes supérieures ou inférieures, les MG nous ont décrit d'autres facteurs que l'on qualifierait d' « extra-cliniques » les influençant sur leur décision de prescrire ou non des antibiotiques.

3.3.2.1 La crainte de complications

Pour l'angine, quelques MG signalaient la crainte de complications graves liées au SBHA telles que le RAA ou la glomérulonéphrite aiguë post streptococcique (GNA) mais aussi des complications suppuratives locorégionales. L'un des MG nous avait témoigné qu'il suivait des patients atteints de GNA ce qui l'entraîne à traiter toutes les angines. L'antibiothérapie dans l'angine à SBHA permet de diminuer le risque de RAA mais ce risque est quasi nul dans les pays industrialisés, de réduire sa contagiosité à l'entourage, et de raccourcir la durée des symptômes mais ils ne sont en moyenne réduits que de 16 heures. Pour ce qui est du risque de GNA et des complications de suppuration péri pharyngées, le rôle préventif de l'antibiothérapie n'a pas été démontré. De plus les GNA ont rarement un point de départ pharyngé, mais plutôt cutané **(13) (48) (55)**. Ces risques étant faibles ont entraîné certains pays d'Europe à ne plus recommander l'antibiothérapie de l'angine à SBHA **(47)**. Nous avons également noté que les MG prescrivent plus facilement une antibiothérapie aux patients dont le terrain est fragile tels que les diabétiques ou porteurs d'une valvulopathie alors que cela n'est pas du tout un critère considéré dans les recommandations **(4)**.

Pour l'IU, certains MG interrogés déclaraient qu'ils préféraient traiter lorsqu'ils suspectaient une cystite cliniquement d'emblée par crainte d'évolution en pyélonéphrite. Or le risque de complication d'une cystite en pyélonéphrite est très rare. En l'absence de traitement, la cystite aiguë simple va guérir spontanément dans 25 à 45% des cas. L'objectif de l'antibiothérapie dans la cystite est principalement d'arrêter les symptômes et de soulager la patiente et non pas la crainte d'évolution en pyélonéphrite **(18)**.

Les MG craignent une évolution défavorable face à une symptomatologie bruyante ou un terrain plus fragile, on pourrait donc dire qu'ils réalisent une antibiothérapie de prévention.

Des difficultés liées à la médecine générale ambulatoire ont été précisées par les MG : la surveillance du patient, la réévaluation à 48 heures, son « isolement » (MG seul à devoir prendre décision). Ce sont des facteurs retrouvés dans plusieurs études : chez Faure H et al **(50)**, pour Le Breton J et al (où 33,6% des prescriptions d'antibiotiques étaient inappropriées pour l'angine) **(45)**, pour Joseph JP et al dans leur enquête observationnelle **(16)**. Dans l'étude de Cassir et al dont l'un des objectifs était de déterminer les facteurs influençant en médecine de ville la prescription d'antibiotiques, 84% des MG (effectif : 19) et pédiatres (effectif : 11) interrogés par téléphone déclaraient avoir recours aux antibiotiques dans un but de prévention lors de difficultés de réévaluation à 48 heures et 71% en cas de terrain fragile (diabète par exemple) même hors recommandation **(56)**.

Certains MG, en tant que médecins de famille, considèrent pouvoir estimer le risque de surinfection bactérienne chez certains de leurs patients ce qui fait qu'ils leurs fournissent d'emblée une deuxième ordonnance d'antibiotique (l'exemple d'un rhume pouvant évoluer en sinusite était donné par un MG).

Les difficultés de surveillance où réévaluation décrites par les médecins lors des entretiens étaient les veilles de week-end ou sur le plan financier les patients ne voulant pas ou ne pouvant pas revenir et encore régler une consultation. La stratégie d'antibiothérapie « de couverture » est adoptée dans ces cas.

L'un des MG n'utilisant pas le TDR, nous a expliqué qu'il n'utilisait pas les bêta-lactamines dans l'angine pour couvrir le risque iatrogène en cas de MNI qu'il n'aurait su distinguer. Le risque iatrogène existe tout de même, dans la première partie de l'étude de Cassir et al étudiant les enfants hospitalisés dans les suites d'une antibiothérapie prescrite en ville, dans 60% des cas les enfants n'auraient pas du avoir d'antibiothérapie et 15% des enfants présentaient des signes d'intolérance digestive ou d'allergie attribuables aux antibiotiques qui n'étaient pas indiqués pour tous (56).

3.3.2.2 La relation médecin-patient

En médecine générale, le médecin tisse une relation de confiance avec son patient au cours du temps. Un phénomène d'empathie entre en jeu. Face à son patient malade, avec une symptomatologie plus ou moins bruyante, les MG nous ont expliqué la difficulté de ne rien prescrire d'autre qu'un traitement symptomatique même s'ils savent que c'est viral. Le médecin aurait l'impression de perdre son rôle, la confiance et la considération du patient **(57)**.

D'autre part les patients peuvent exercer une pression sur leur MG de plusieurs manières : exagération de leurs symptômes, consultations itératives pour le même motif, changement de médecin traitant. Dans l'étude de Cassir et al 33% des médecins interrogés déclaraient prescrire des antibiotiques hors recommandation en cas de pression parentale **(56)**. Même constats dans les travaux prospectifs par questionnaires de Cornaglia C et al B **(49)** et Joseph JP et al **(16)**.

Les MG décrivaient que de façon générale et culturelle que les patients pensent que les antibiotiques sont le remède « miracle » qui va les guérir dans les infections comme l'angine même si c'est viral. Dans l'étude de Faure et al, sur 172 cas d'angines, 18% des patients exprimaient une préférence à un traitement antibiotique et 4% le contraire **(50)**. Quelques médecins évoquaient également que les patients issus d'un milieu social plus faibles ou les personnes âgées sont les plus demandeuses c'est ce qui est rapporté aussi dans l'étude de Faure et al **(50)**. Dans l'enquête de Jochen WL Cals et al réalisée auprès d'un panel de 935 personnes, 48% d'entre elles pensaient que les antibiotiques sont efficaces dans le traitement d'infections virales **(58)**.

L'étude qualitative datant de 1998, réalisée en Grande Bretagne (ciblée sur les cas d'angines ou pharyngites) a montré que les patients ne s'attendent pas forcément une prescription d'antibiotiques lorsqu'ils consultent alors que les MG ont le sentiment au contraire que les patients s'attendent beaucoup à une prescription d'antibiotiques. Jugement faussé du à un manque de communication entre les deux parties **(57) (59)**.

3.3.3 Les MG ont-ils conscience des risques ?

Le fait de ne pas réaliser de BU ou de TDR et d'avoir cette attitude vis-à-vis de la décision de prescription d'antibiotiques n'a jamais porté préjudice à leurs patients, tout en précisant que les MG interrogés ont tous eu une durée d'exercice supérieure à quinze ans. Alors pourquoi changer ? Les MG assument donc leurs décisions même si l'antibiothérapie n'est pas justifiée ou recommandée, ils veulent garder leur libre arbitre en fonction des facteurs que l'on a cités.

Le risque principal est la sur-prescription d'antibiotiques.

Quelques MG non utilisateurs de la BU et/ou du TDR précisait avoir un profil de faible prescripteur d'antibiotiques au regard de leurs statistiques ce qui les confortent à ne pas changer leurs habitudes.

Concernant la réflexion sur le phénomène d'antibio-résistance, on constatait que les MG en avaient conscience mais qu'ils ne se sentaient pas personnellement impliqués avec leurs pratiques et ils voient cela plutôt comme un problème hospitalier. Très probablement du fait de ne pas y être confronté concrètement. Dans l'étude de Cassir et al 35% des médecins questionnés par téléphone considéraient que leur prescription pouvait avoir un impact sur l'émergence de souches résistantes et pouvait modifier l'écologie locale (56).

3.3.4 Perspectives

Certains aspects mis en évidence seraient possiblement modifiables si des actions sont établies.

3.3.4.1 Actions ciblées sur les patients, la population générale

La pression des patients et la relation médecin-malade a un poids important dans la décision du MG.

Les MG nous ont rappelé que la campagne de sensibilisation « les antibiotiques c'est pas automatique » leur avait bien servi pour dissuader les patients de leur prescrire une antibiothérapie non justifiée. Une étude réalisée en Australie a démontré l'impact favorable d'une campagne nationale de sensibilisation répétée sur cinq années de suite sur la réduction d'utilisation inappropriée d'antibiotiques dans les infections des voies aérienne supérieures **(60)**. La proportion de patients conscients de l'inefficacité des antibiotiques dans ces infections avait significativement diminué.

Des campagnes médiatiques pourraient être entreprises et répétées pour inciter les patients à demander eux-mêmes à leur MG un test TDR ou une BU lorsqu'ils présentent un mal de gorge ou des brûlures urinaires par exemple. On pourrait cibler aussi une diffusion pour les TDR dans les centres de PMI (Protection Maternelle et infantile) où souvent les enfants issus de milieu socio-économiquement faibles sont suivis, les urgences pédiatriques également.

De plus pour le TDR nous avons remarqué que les MG utilisateurs ou non étaient d'accord sur le fait que cet outil pouvait être un appui dans l'argumentation à la non prescription d'antibiotiques face aux patients.

3.3.4.2 Actions ciblées sur les MG

Concernant le TDR, avant son instauration nationale, une étude baptisée « Test Angine » à l'échelle régionale (Bourgogne) avait été réalisée : les résultats montraient une excellente acceptabilité du TDR par les médecins avec modifications de leurs pratiques les premiers mois d'utilisation et par les patients (61). Pourtant les MG n'en commandent pas assez et ne les utilisent pas assez.

Un manque de rentabilité économique a été décrit par les MG : peut être qu'une proposition d'un système d'indemnisation inciterait les MG à prendre le temps de réaliser ces tests selon les recommandations.

Un manque de rentabilité en temps : mener des interventions auprès des MG , au cours de séances de formation continue par exemple, pour les convaincre à prendre plus de temps en consultation pour l'écoute, le dialogue et l'éducation de leurs patients. Dans l'étude suisse de Lundkvist et al, il est constaté que les patients les plus satisfaits sont d'une part ceux dont leur médecin a prescrit le plus d'antibiotiques mais d'autre part aussi les patients dont le médecin a pris du temps à la consultation (écoute, explications) en ne prescrivant pas davantage (57).

L'ECBU est souvent réalisé de manière injustifiée et en substitution à la BU, leur coût est par ailleurs onéreux. Peut être faudrait-il établir des règles de prescription plus restrictive.

Nous avons aussi constaté des lacunes sur le plan des connaissances théoriques : par exemple l'idée que les angines ou les cystites peuvent facilement se compliquer, que les angines bactériennes sont plus fréquentes, que ces tests ne sont pas fiables. Ce sont des points qu'il faudrait reprendre au décours de formations tout comme la précision des facteurs liés à l'antibio-résistance, et leurs conséquences.

Dans certains pays d'Europe comme les Pays-Bas, l'Angleterre et la Belgique (parmi les moins prescripteurs d'antibiotiques), il n'est plus recommandé de réaliser de TDR et de traiter les angines à SBHA. Il est considéré que le RAA n'est plus un problème (45), de plus l'antibiothérapie dans l'angine à SBHA ne diminue les symptômes que de 16 heures en moyenne (48). Cette recommandation serait-elle applicable par les MG français grands prescripteurs d'antibiotiques? Ou l'appliquer seulement aux patients de plus de 15 ans chez qui la fréquence d'angine à SBHA est rare ?

Pour les antibiotiques en France, récemment, un amendement a été voté pour la vente et la délivrance des antibiotiques à l'unité dans les pharmacies volontaires (principe qui existe déjà en Grande Bretagne ou Allemagne). Ainsi le gaspillage des antibiotiques seraient moindre. Si l'expérience est favorable le principe sera probablement être généralisé.

CONCLUSION

Dans la première partie de notre travail, nous avons pour objectif d'inciter et d'amener les médecins généralistes à utiliser la BU et le TDR au cabinet, comme les recommandations l'indiquent dans l'infection urinaire et l'angine. Cela pour in fine diminuer certaines prescriptions inappropriées d'antibiotiques.

Nous sommes allés au contact de médecins généralistes mosellans en réalisant des visites médicales. Ce moyen de communication est apprécié par les médecins français et les influence largement d'après la littérature.

Pour préparer notre discours lors des VM, nous avons revu la littérature. Dans différentes études, quantitatives et concernant le TDR pour la majorité, nous avons retrouvé des causes freinant les MG à utiliser la BU et le TDR : une contrainte de temps, une contrainte de réalisation, le coût des BU, le manque de confiance à ces tests. À partir de ces éléments, nous avons préparé notre discours en ciblant ces causes en particulier : prouver la fiabilité de ces tests en rappelant leur VPP/VPN/sensibilité/spécificité selon les situations, expliquer qu'en s'y prenant en début de consultation par exemple il n'y a pas de temps perdu durant la consultation, rappeler les recommandations...

Cependant, notre expérience a été un échec contrairement aux visites médicales réalisées par les laboratoires pharmaceutiques pour la promotion des médicaments. Nous avons renoncé au projet après avoir rencontré une cinquantaine de MG.

L'échec inattendu était dû au sujet et non à la méthode de communication. La visite médicale fonctionne bien lorsque ce sont de nouveaux dispositifs ou médicaments qui sont présentés aux médecins. Nous, nous voulions amener les MG à changer leurs habitudes vis-à-vis de tests déjà connus. Certes nous avons transmis des arguments positifs, validés en faveur de la BU et du TDR, pour leur montrer que ces outils apportent des bénéfices pour le médecin et le patient plutôt que des inconvénients. Les enjeux sur l'antibiothérapie ont pu également être abordés. Malgré tout, cela n'a pas fonctionné, la plupart des MG ne semblaient ni convaincus ni influencés par notre discours, notre intervention étaient souvent vue comme une critique de leurs pratiques. Les trois quart des médecins rencontrés déclaraient ne pas utiliser ou peu utiliser ces tests. Certains des médecins nous rapportaient parfois leurs raisons à ne pas utiliser ces tests. La contrainte de temps était la raison principale que nous avons retenue.

C'est ce qui nous a amené en deuxième partie de notre travail, à réaliser une enquête qualitative pour relever et approfondir les raisons de sous utilisation de ces tests mais aussi de mettre en évidence les déterminants à la prescription des antibiotiques et le regard que porte les MG à l'antibiothérapie et l'antibio-résistance.

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de dix MG tirés du panel des médecins vus lors des visites médicales.

Nous avons constaté que ces tests sont sous-estimés par les MG et qu'ils en ont un degré de confiance moindre.

D'abord pour les MG ces tests paraissent inutiles car c'est leur présomption clinique qui prime, d'ailleurs certains MG indiquaient que même s'ils réalisaient ces tests, si les résultats n'allaient pas dans leur sens ils n'en tiendraient pas compte.

Lorsqu'il existe une incertitude diagnostique, la tendance est plutôt la prescription d'une antibiothérapie d'emblée ou pour l'IU de faire directement réaliser un ECBU. Prescrire un ECBU d'emblée paraît quelque fois une solution de facilité en raison de : la proximité des laboratoires, le gain de temps, une analyse complète avec antibiogramme confortant le MG même si cela n'est pas justifié mais aussi parce que l'ECBU n'est pas à la charge du MG contrairement à la BU.

Ensuite, pour les MG l'inconvénient principal de ces tests c'est la non rentabilité : ni en temps, ni en argent. Les MG estiment ne pas pouvoir se permettre de réaliser ces tests lors d'une consultation, cinq minutes sont considérées trop longues et leur rémunération insuffisante pour en plus réaliser un des tests. Le coût des BU est considéré élevé compte tenu des dates de péremption assez rapide.

Concernant la présomption clinique, avec une notion d'expérience clinique que revendiquent les MG, nous avons constaté pour l'angine par exemple que les critères cliniques en faveur d'une angine bactérienne sont différents voire s'opposent d'un MG à l'autre.

Pour ce qui est des déterminants à la prescription d'une antibiothérapie, à la présomption clinique propre à chaque MG, s'ajoutent d'autres critères extra cliniques qui vont les influencer plus ou moins. Les MG exprimaient la difficulté qu'ils ont de ne pas prescrire d'antibiothérapie en fin de consultation face à certaines situations : une certaine empathie face à une symptomatologie bruyante avec la crainte d'une mauvaise évolution, la crainte de complications (pyélonéphrite, adénophlegmon...) ce qui n'est pas fondé, la pression du patient.

Concernant le facteur « pression du patient », certains MG nous ont déclaré qu'ils ont pu souvent le contourner grâce aux campagnes publicitaires d'impact favorable telles que « les antibiotiques, c'est pas automatique », c'est une piste qu'il faudrait continuer d'investir.

Les critères cliniques et extra-cliniques variables d'un MG à l'autre entraînent des déductions diagnostiques et donc des décisions thérapeutiques différentes, la tendance allant vers la prescription d'antibiotiques et d'examen complémentaires inappropriés loin des recommandations. Cette attitude tendant à la prescription inappropriée ou injustifiée d'antibiotiques n'entraîne pas de complications médicales chez les patients, cela conforte les MG à ne pas se remettre en question également.

L'antibio-résistance n'est pas un phénomène palpable, il n'est pas rencontré en médecine générale. Par ailleurs ces MG ne pensent pas que leurs prescriptions entraînent des conséquences sur l'écologie bactérienne, ils se sentent peu responsables et peu impliqués personnellement.

Sur le plan des connaissances théoriques, nous avons constaté des lacunes qu'il faudrait corriger lors de formations médicales : concernant les pathologies IU et angines (la crainte de complications rares par exemple), concernant la fiabilité des tests, concernant l'antibiothérapie et les facteurs liés à l'antibio-résistance/les risques de l'antibio-résistance. Une remise à niveau d'une part est nécessaire et pourrait permettre une remise en question des MG, l'un des MG rencontré (M6) avait déclaré ne jamais réaliser de TDR jusqu'à sa participation à un séminaire ORL.

Notre étude qualitative n'a pas mis en évidence d'élément nouveau, concernant les freins à l'utilisation de la BU et du TDR, par rapport à la littérature.

Nous avons constaté que les MG que nous avons rencontrés, ayant énoncés les différents freins, nous avait déclaré avoir que très peu ou jamais eu d'expérience d'utilisation de ces tests. Ils ont très vite renoncé à les utiliser, puisque les solutions étant : de se fier à leur présomption clinique et expérience ou à défaut et dans l'incertitude, de réaliser des examens complémentaires comme l'ECBU et de traiter par précaution.

Ce travail a mis en exergue les difficultés qu'ont les MG à mettre en pratique les outils d'aide à la décision diagnostique et thérapeutique dans l'IU et l'angine, et qu'ils ne semblent pas mesurer l'impact de leurs prescriptions d'antibiotiques sur l'écologie bactérienne à l'échelle individuelle et collective alors que 70% des antibiotiques sont prescrits par les MG. Compte tenu de la situation d'évolution de l'antibio-résistance, les dérives sont difficilement acceptables sachant que des recommandations existent avec des outils d'aide qu'il est essentiel d'utiliser. Nous avons constaté que les pratiques des MG sont difficilement modifiables. Faudrait-il mettre en place des mesures coercitives vis-à-vis des MG afin de les responsabiliser ?

Aussi les MG que nous avons rencontrés nous expliquaient la difficulté qu'ils ont à ne rien prescrire en fin de consultation ou à ne pas indiquer de diagnostic face à un patient symptomatique. L'incertitude diagnostique est embarrassante pour le médecin. La médecine de ville était souvent opposée à la médecine hospitalière, les MG nous expliquaient devoir répondre dans l'immédiat à la plainte d'un patient qui consulte et lui éviter de revenir à nouveau pour le même problème alors qu'à l'hôpital le patient peut être surveillé et qu'on y peut surseoir le traitement antibiotique.

Mais est-ce vraiment ce qu'attendent les patients, une réponse immédiate et un traitement immédiat ? Certaines études ont effectivement montré qu'il y avait un décalage entre les véritables attentes des patients et ce que croient les médecins de ces attentes. Il serait intéressant d'approfondir cette question pour explorer le ressenti des patients : qu'attendent-ils d'une consultation ? Est-il contraignant pour eux de revenir pour réévaluer leur état plutôt que de leur prescrire un traitement immédiatement ?

Nous avons également perçu un sentiment d'isolement de la part des MG rencontrés, lors des incertitudes diagnostiques, surtout lorsqu'ils opposaient leur situation par rapport à l'hôpital. Il serait intéressant de déterminer pourquoi ils ne demandent pas d'avis auprès d'un confrère dans ces cas là.

LISTE DES GRAPHIQUES, TABLEAUX ET FIGURES

GRAPHIQUE 1: RÉPARTITION PAR ÂGE ET SEXE DU PANEL DES MG RENCONTRÉS LORS DES VM.....	34
GRAPHIQUE 2: RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MG RENCONTRÉS LORS DES VM..	35
TABLEAU 1: MESSAGES PRINCIPAUX À TRANSMETTRE AUX MG POUR LA BU ET LE TDR.....	32
TABLEAU 2: EXTRAIT INTERVIEW MR D À LA SUITE DES VM.....	33
TABLEAU 3: GUIDE DES ENTRETIENS SEMI DIRIGÉS.....	39
TABLEAU 4: DÉROULEMENT ET DESCRIPTION DES ENTRETIENS.....	41
TABLEAU 5: CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES MG RENCONTRÉS..	42
TABLEAU 6: PLAN DU PREMIER THÈME : L'INFECTION URINAIRE ET LA BU	43
TABLEAU 7: PLAN DU DEUXIÈME THÈME : L'ANGINE ET LE TDR.....	52
TABLEAU 8 : RÉCAPITULATIF DES FREINS À L'UTILISATION DE LA BU ET DU TDR ÉNONCÉS PAR NOTRE PANEL DE MG.....	62
TABLEAU 9 : PLAN DU TROISIÈME THÈME : LES MG ET L'ANTIBIOTHÉRAPIE, DÉTERMINANTS À LA PRESCRIPTION, AVIS	64
FIGURE 1 : RAISONNEMENT DES MG POUR LA PRISE EN CHARGE DES IU ET DES ANGINES SANS UTILISATION DE LA BU ET TDR	63
FIGURE 2: SYNTHÈSE DES DÉTERMINANTS ÉNONCÉS POUVANT INFLUENCER LES MG DANS LEUR DÉCISION THÉRAPEUTIQUE : PRESCRIPTION OU NON D'UNE ANTIBIOTHÉRAPIE	70

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ANSM. *Évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012* [en ligne]. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2012-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information> [consulté le 3 mars 2014]
- (2) ANSM. *Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France* [en ligne]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/80021cd6bb92b94c16a3db89088fd4f0.pdf [consulté le 3 mars 2014]
- (3) Abdelkader Maizia, Laurent Letrilliart, Cyrille Colin. *Stratégies de diagnostic de l'angine aiguë en France : une étude coût-efficacité*. Press Med., avril 2012, tome 41, n°4, 195-203
- (4) AFSSAPS. *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infections ORL et respiratoires basses. Angines aiguës. Argumentaire*, 1999
- (5) AFSSAPS. RECOMMANDATIONS. *Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte*. Juin 2008
- (6) MICHEL, Anne Laure. *Enquête pratique sur l'utilisation du test de diagnostic rapide dans les angines en médecine générale en Haute Savoie*. – 47p. Th : Méd. : Grenoble : 2011
- (7) Megerlin F, Dahan M, Luis F. *Diffusion des Tests de Diagnostic Rapide et organisation des soins de premier recours. Quelles conséquences ? À propos du TDR angine*. Médecine & Droit, 2012, 42–48
- (8) Haab F, Costa P, Colau JC, Gérard A, Liard F, Bohbot JM, Leng JJ, Lobel B, Soussy CJ, Boulanger P. *Les infections urinaires de la femme en médecine générale. Résultats d'un observatoire réalisé auprès de 7916 patientes*. Presse Med, septembre 2006, tome 35, n° 9, 1235-1240
- (9) Ministère de la santé. *Plan d'alerte national sur les antibiotiques 2011-2016*. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_antibiotiques_2011-2016_.pdf [consulté le 15 juillet 2014]
- (10) Ministère de la santé. *Bilan du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010*. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_du_plan_pour_preserver_l_efficacite_des_antibiotiques_2007-2010.pdf [consulté le 15 juillet 2014]

(11) ANTIBIOLOR site officiel [en ligne]. Disponible sur : http://www.antibiolor.org/site/reseau_presentation.php [consulté le 3 mars 2014]

http://www.antibiolor.org/site/element_1699.php [consulté le 8 juillet 2014]

(12) ANTIBIOLOR. *Antibiolor infos-En 2013, Antibiolor utilisera l'expérience et le savoir faire de la visite médicale pour promouvoir des outils au juste usage des antibiotiques*. [en ligne]. Disponible sur : http://www.antibiolor.org/site/medias/_documents_partages/groupe_information/AntibioInfos25.pdf [consulté le 3 mars 2014]

(13) Recommandations de bonne pratique. *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant*, 2011

(14) 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> [consulté le 14 juillet 2014]

(15) Poutrain JC, Savignac J, Oustic S, et al. *Les tests de diagnostic rapide dans l'angine*. La Revue du Praticien de Médecine Générale, mars 2004, tome 18, n°644, 337-340

(16) Joseph JP, Devoize M, Neau D. *Éléments 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) Pajot M, Asseray N, Leux C et al. *Utilisation des tests de diagnostic rapide en médecine générale. Enquête réalisée de novembre 2006 à janvier 2007 dans les pays de la Loire*. Press. Med., 2010, n°39, e77-e85

(18) SPILF. *Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. Argumentaire*. Mai 2014

(19) PROUZERGUE BLANCHER, Julie. *Analyse de la prescription antibiotique des médecins généralistes en Haute-Vienne dans le traitement des infections urinaires de l'adulte*.- 151 p. Th : Méd. : Limoges : 2011

(20) COMES, Jean-François. *Épidémiologie bactérienne des infections cystites non compliquées en Lorraine*.- 93 p. Th : Méd. : Nancy : 2011

(21) VORKAUFER, Stéphanie. *Les infections urinaires communautaires bactériennes de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique. Résultats de deux tours d'un audit clinique réalisé par 66 médecins généralistes lorrains*.- 104p. Th: Méd. : Nancy : 2011

(22) CHABOT, Jean-Michel. *La « visite académique »*. La Revue du praticien, 2001, n°51, 1687-1688

(23) HAS. *La visite académique (academic detailing, outreach visit)*, juin2006

- (24) FOISSET, Etienne. *Étude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons.*- 197 p. Th : Méd. : Brest : 2012
- (25) HAS. *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales-Janvier 2000* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/effimeth.pdf> [consulté le 4 mars 2014]
- (26) Franco JM, De Chezournes P, Falcoff H. *Impact des « visites de pairs ». Étude randomisée à l'île de la Réunion sur l'amélioration du suivi des patients diabétiques.* La Revue du Praticien, 2007, 1211-1217
- (27) CARMF. *Caisse Autonome de Retraite des médecins de France* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/stat1.htm> [consulté le 4 septembre 2014]
- (28) GOUDOT, Charlotte. *Utilisation des bandelettes urinaires en médecine générale : enquête de pratique auprès des 229 médecins aubois.*- 132p. Th : Méd. : Reims : 2008
- (29) BERTHIER, Nicole. *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales.* 3^e édition. Paris : Armand Colin, 2006
- (30) Blanchet A, Gotman A. *L'entretien.* 2^e édition. Paris: A. Colin; 2010
- (31) Départements de médecine générale de Nantes et Angers. *Étude des modalités de prise en charge de la pathologie inflammatoire de l'oropharynx en médecine de ville en pays de la Loire.* 2008
- (32) 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
- (33) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. *Introduction à la recherche qualitative.* Exercer, 2008, vol 19, n°84, 142-145
- (34) Guion LA, Diehl DC, Mc Donald D. Triangulation: Establishing the validity of qualitative studies. 2011 [consulté le 6 juillet 2014]; Disponible sur: <http://edis.ifas.ufl.edu/fy394>
- (35) PéanY, Bohbot J-M, Chartier-Kastler E, et al. *Les nouvelles recommandations pour la prise en charge des cystites aiguës simples.* Progrès en urologie FMC, septembre 2009, vol 19, n°3, F109-F111
- (36) Bent S, Nalamothu BK, Simel DL, et al. *Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection?* JAMA, 2002, n°287, 2701-10

- (37) Bent S, Saint S. *the optimal use of diagnostic testing in women with acute uncomplicated cystitis*. Am J Med., 2002, 113 (supplA), 205-85
- (38) Leonie GM Giesen, Grainine Cousins, Borislav D Dimitrov, et al. *Predicting acute uncomplicated urinary tract infection in women : a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs*. BMC Family Practice, 2010, 11: 78
- (39) Patel HD, Livsey SA, Swann RA, et al. *Can urine dipstick testing for urinary tract infection at point of care reduce laboratory workload?* J Clin Pathol, 2005, n°58, 951-954
- (40) Devillé W, Yzermans JC, Duijn N, et al. *The urine dipstick test useful to rule out infections. A meta-analysis of the accuracy*. BMC Urology, juin 2004, vol 4, n°4
- (41) Llor C, Rabanaque G, Lopez A, Josep Maria Cots. *The adherence of GPs to guidelines for the diagnosis and treatment of lower urinary tract infections in women is poor*. Family practice, 2011, n°28, 294-299
- (42) COHEN, Robert. *Angine de l'enfant*. La Revue du Praticien. 2007, n°57, 1777-83.
- (43) SAUNIER, Alexandre. *Utilisation du TDR en médecine générale : Analyse des pratiques de médecins généralistes installés en Haute-Vienne*.-99p. Th : Méd. : Limoges : 2012
- (44) DUREL-MAURISSE, Aurélie. *Angine et prescription d'antibiotiques : impact de l'utilisation systématique du score de Mac Isaac*.- 78p. Th : Méd. : Paris VII : 2009
- (45) Le Breton J, Journy N, Duhot D, et al. *La prescription inappropriée d'antibiotiques dans l'angine : Quelle est l'importance des habitudes de prescriptions des médecins généralistes? Quels facteurs les influencent ?* Le bulletin de l'observatoire de la Médecine Générale-Société française de médecine générale. Mars 2011, n°60. Disponible sur : http://www.sfmng.org/news_letter/lettre_omg/lettre_60/lettre_60.html [consulté le 14 juillet 2014]
- (46) Taillandier A. *Angines et TDR : Que font les médecins généralistes des Pays-de-Loire ?* La Revue du praticien de médecine générale, juin 2008, tome 22, n°803, 576
- (47) Cohen R, Martinet A. Angines à Streptocoque du groupe A : enjeux nationaux et internationaux. Archives de Pédiatrie, 2012, n°19, p. 141-142
- (48) Graham J Worrall. *Acute sore throat*. Canadian Family Physician, 2007, n°53, 1961-62
- (49) Cornaglia C, Robinet J, Partouche H. *Évolution de la pratique du test diagnostique rapide de l'angine streptococcique parmi les médecins généralistes maître de stage de la faculté de médecine Paris Descartes*. Médecine et Maladies Infectieuses, 2009, n°39, 375-381
- (50) Faure H, Mahy S, Soudry A, et al. *Déterminants de la prescription ou de la non prescription d'antibiotiques en médecine générale*. Médecine et Maladies Infectieuses, 2009, n°39, 714-721

(51) Park M, Hue V, Dobos F, et al. *Motifs de la mauvaise utilisation des TDR du streptocoque du groupe A en médecine libérale*. Archives de Pédiatrie, 2013, n°20, 1083-1088

(52) Guyonnet Attali. *Évaluation de la prise en charge de l'angine. Étude auprès de 39 médecins généralistes*. La Revue du Praticien de Médecine Générale, 2005, tome 19, n°706/707, 1167-1170

(53) Cohen JF, Cohen R, Bidet P, et al. *Faux positifs du test de diagnostic rapide du streptocoque du groupe A dans les angines de l'enfant*. Archives de Pédiatrie 2012, n°19, 145-146

(54) OECD. *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries? OECD health working papers*. 18 décembre 2008, n°41, p. 16/63. Disponible sur : <http://www.oecd.org/health/health-systems/41925333.pdf> [consulté le 15 juillet 2014]

(55) Couloigner V, Graber M. *L'angine et ses complications*. EMC-Oto-rhino-laryngologie, février 2014, vol 9, n°1

(56) Cassir N, Di Marco JN, Poujol A, Lagier JC. Prescriptions inappropriées d'antibiotiques chez l'enfant en médecine de ville : raisons et conséquences. Archives de Pédiatrie, 2012, n°19, 579-584

(57) Lundkvist J, Akerlind I, Borgquist L, et al. *The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice*. Family Practice, 2002, n°19, 638-640

(58) Jochen WL Cals, Boumans D, Robert JM Lardinois, et al. *Public beliefs on antibiotics and respiratory tract infections: an internet-based questionnaire study*. British Journal of General Practice, December 2007, n°57, 942-947

(59) Christopher C Butler, Stephen Rollnick, Roisin Pill, and al. *Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats*. The British Medical Journal, septembre 1998, n° 317, 637-642

(60) Sonia E. Wutzke, Margaret A. Artist, Linda A. Kehoe, et al. *Evaluation of a national programme to reduce inappropriate use of antibiotics for upper respiratory tract infections: effects on consumer awareness, beliefs, attitudes and behaviour in Australia*. Health Promotion International, 2007, n°22 (1), 53-64

(61) LE DEVEHAT C. Bilan de la campagne Test' Angine en Bourgogne. Dijon : URCAM, 2001, 53 p.

Autres bibliographie(s) utilisée(s) :

TEILLANT, A., REYNAUDI, M. Les bactéries résistantes aux antibiotiques. *La note d'analyse (centre d'analyse stratégique)*. Novembre 2012, n°299

Annexe 1 :

Questionnaire-interview à l'attention du visiteur médical suite à l'arrêt des visites
--

1) Quelle est votre profession/expérience?

Visiteur médical hospitalier depuis 1979. J'ai fait de la formation de visiteurs médicaux pendant 3 ans 1994 – 1996.

2) Comment avez-vous été amené à participer au projet d'Antibiolor ?

Un ami médecin, m'a informé que lors d'une Assemblée Générale d'Antibiolor il avait été évoqué de faire de la promotion des outils d'aide à la prescription des antibiotiques en faisant éventuellement appel à des visiteurs médicaux. Étant en cessation anticipée d'activité à partir du 1/1/2013, j'ai proposé mes services à Antibiolor. Étant donné qu'il y avait un problème du budget j'ai proposé de le faire bénévolement.

3) Quelles étaient les modalités de votre recrutement ?

Cette activité était basée sur le volontariat et le bénévolat. Je n'ai aucun conflit d'intérêt avec un laboratoire de fabrication de BU ou de TDR. Le recrutement s'est fait lors d'un entretien avec le Pr Rabaud, en présence du Dr Henard. Puis par la suite réunion avec le Pr Rabaud et les Drs Henard et Birgé.

4) Pensez-vous avoir été assez informé et préparé sur le sujet avant d'être confronté aux médecins ?

Oui, j'ai bien compris l'objectif et le message qu'Antibiolor souhaitait faire passer aux médecins. La formation a été rapide et sommaire, mais je connais bien le milieu de l'antibiothérapie pour avoir présenté un antibiotique pendant de nombreuses années.

5) Comment vous êtes vous présenté auprès des médecins ? Y'a-t-il eu des soucis de confiance quant à votre statut ?

Je me suis toujours présenté comme «Antibiolor» et comme bénévole et en expliquant le pourquoi de ma visite. Il n'y a pas eu de réels soucis de confiance quant à mon statut, mais plus une confusion dans mon rôle. Certains médecins me prenant pour un «contrôleur» de l'Assurance Maladie.

6) Quelles ont été les difficultés rencontrées au cours des visites ? Qu'est-ce qui vous a amené à arrêter les visites ?

Ce ne sont pas de réelles difficultés que j'ai rencontré au cours de ces visites, c'est surtout la non écoute et le poids des habitudes. L'arrêt est du :

-à mon sentiment d'impuissance de ne pas pouvoir convaincre en face de l'habitude des médecins.

-au fait que j'ai passé l'âge de me faire enquiquiner par des gens qui non pas la politesse de vous écouter et qui se désintéressent du message que vous essayez de faire passer.

7) Les réactions étaient-elles identiques quand vous étiez accompagné de l'interne ?

Oui. Souvenez-vous de la réaction et des réflexions de quelques médecins que nous avons vus ensemble.

8) Vous attendiez-vous à ces réactions ?

Non pas du tout. Je pensais que les médecins seraient plus à l'écoute.

Annexe 2 :

Promotion du Test diagnostic rapide de l'angine et de la bandelette urinaire

Argumentaire

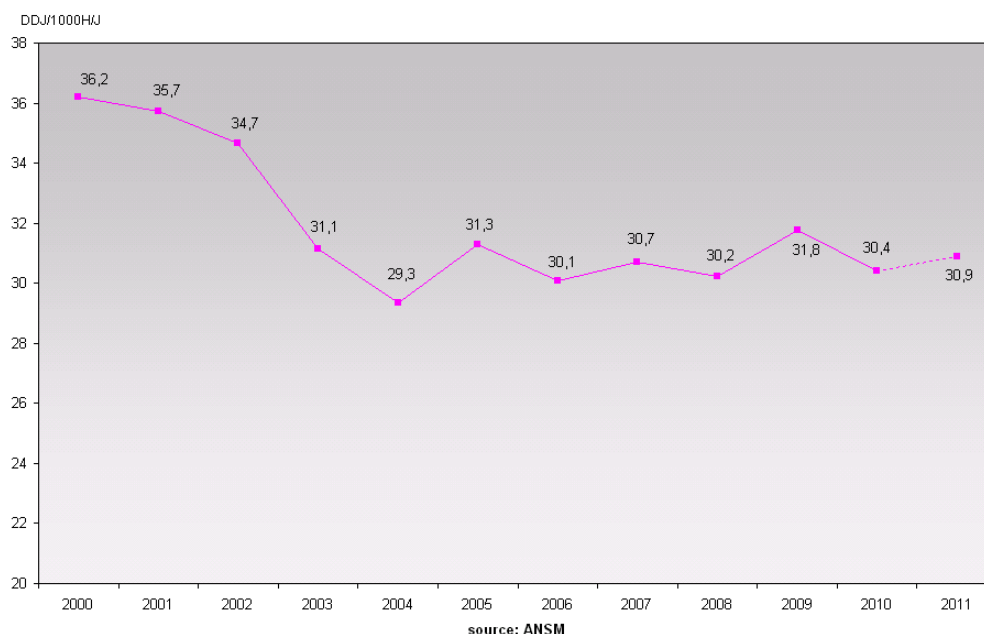
Notre objectif est de sensibiliser les généralistes sur l'aide qu'apportent la BU et le TDR dans la démarche diagnostique et thérapeutique devant un tableau clinique spécifique (angine, symptômes urinaires). Ainsi nous espérons une augmentation de l'utilisation de ces outils ce qui favoriserait des prescriptions d'antibiotiques adaptées.

1) Contexte (1)

Nous assistons depuis des années à l'émergence de bactéries multi résistantes face auxquelles notre arsenal thérapeutique est devenu inefficace. Cela est dû à l'utilisation non raisonnée des antibiotiques. En effet un traitement antibiotique mal adapté ou inutile entraîne une suppression des bactéries les plus sensibles et favorise la sélection et multiplication des bactéries multi résistantes. En parallèle, il existe une raréfaction de nouveaux antibiotiques sur le marché (moins rentable pour l'industrie pharmaceutique). Une prise de conscience des acteurs de la santé et de la population doit se faire car le risque individuel et collectif à long terme est de ne plus trouver d'antibiothérapie efficace.

La France est l'un des plus gros consommateurs d'antibiotiques en Europe au quatrième rang (derrière la Grèce+Chypre/le Luxembourg et la Belgique) (2). Depuis 2000 des actions sous le patronage du Ministère de la Santé ont été menées pour favoriser leur juste usage. En dix ans, la consommation a diminué de 16% globalement, mais depuis 2005, on assiste à hausse inquiétante.

Évolution de la consommation d'antibiotiques en France



La consommation est présentée en nombre de Doses Définies Journalières pour 1000 Habitants et par Jour (DDJ/1000H/J). Définie par le « Collaboration Centre for Drug Statistics Methodology » de l'OMS, la DDJ, ou posologie standard pour un adulte de 70 Kg, permet de calculer, à partir du nombre d'unités vendues, et en fonction du nombre d'habitants, la consommation de chaque molécule.

Évolution de la consommation des principales classes d'antibiotiques (classification ATC) en Dose Définie Journalière/1000 habitants/jour des principales classes d'antibiotiques

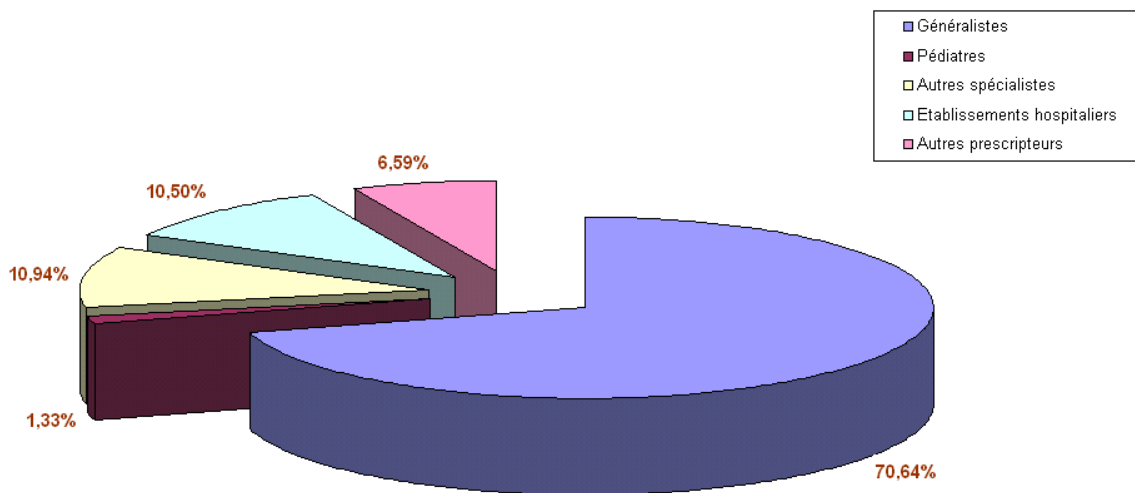
Classe ATC							% variation moyenne annuelle
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	
J01A - Tétracyclines	3,3	3,4	3,5	3,3	3,4	3,2	-0,4%
J01C - Bêta-lactamines, Pénicillines	16,3	16,3	12,8	14,6	14,7	15,6	-0,4%
dont J01CA - Pénicillines à large spectre	10,9	9,1	7,0	8,0	8,2	8,5	-2,5%
dont J01CR - Association de pénicillines	4,7	6,4	5,2	6,1	6,0	6,6	3,5%
J01D - Autres bêta-lactamines	4,6	3,7	3,1	2,8	2,5	2,7	-5,2%
dont J01DB - Céphalosporines de 1ère génération	1,3	0,6	0,3	0,2	0,1	0,1	-25,7%
dont J01DC - Céphalosporines de 2ème génération	1,7	1,4	1,3	1,0	0,8	0,8	-7,2%
dont J01DD - Céphalosporines de 3ème génération	1,6	1,7	1,5	1,6	1,7	1,8	1,3%
J01E - Sulfamides et triméthoprim	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	-3,0%
J01F - Macrolides	6,0	5,2	4,3	3,9	4,1	3,8	-4,6%
J01G - Aminosides	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	-4,4%
J01M - Quinolones	2,1	2,1	2,1	2,2	2,1	2,0	-0,7%
J01R+J01X - Associations et autres antibactériens	0,5	0,8	0,9	0,6	0,5	0,6	2,0%
Total (nombre DDJ/1000H/J)	33,4	32,0	27,1	27,9	28,0	28,2	-1,7%

Part des différentes classes d'antibiotiques dans la consommation de ville et comparaisons

Classe ATC	Part dans la consommation 2000	Part dans la consommation 2010
J01A - Tétracyclines	9,9%	11,2%
J01C - Bêta-lactamines, Pénicillines	48,7%	55,3%
dont J01CA - Pénicillines à large spectre	32,5%	30,0%
dont J01CR - Association de pénicillines	13,9%	23,4%
J01D - Autres bêta-lactamines	13,7%	9,5%
dont J01DB - Céphalosporines de 1ère génération	3,9%	0,2%
dont J01DC - Céphalosporines de 2ème génération	5,0%	2,8%
dont J01DD - Céphalosporines de 3ème génération	4,8%	6,4%
J01E - Sulfamides et triméthoprim	1,7%	1,5%
J01F - Macrolides	18,0%	13,3%
J01G - Aminosides	0,2%	0,2%
J01M - Quinolones	6,4%	7,1%
J01R+J01X - Associations et autres antibactériens	1,4%	2,0%
Total	100,0%	100,0%

Pour certaines classes d'antibiotiques (pénicillines ou macrolides), la consommation a effectivement diminué. Avec pour résultats la diminution significative de résistance pour certains pathogènes comme les pneumocoques de sensibilité diminuée aux pénicillines (PSPD), *Haemophilus influenzae* producteurs de bêta-lactamase et des Streptocoques du groupe A résistant aux macrolides. Mais en parallèle, il y a une augmentation de la consommation des quinolones, de l'association amoxicilline-acide clavulanique et des céphalosporines de 3^{ème} génération, ce qui a pour conséquence de sélectionner les entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE).

Les antibiotiques sont prescrits majoritairement en ville (80%), 70% de ces prescriptions sont réalisées par les médecins généralistes.



Source: CNAMTS & ANSM

Les généralistes sont donc des acteurs principaux.

2) Le TDR et la bandelette urinaire

Ce sont 2 outils conçus et recommandés pour l'aide à la démarche diagnostique et thérapeutique, simples, pratiques et fiables dans la pratique quotidienne au cabinet ou en visite pour des pathologies communautaires courantes à savoir l'angine et l'infection urinaire(IU). Ils sont pourtant insuffisamment utilisés entraînant des prescriptions d'antibiotiques et/ou d'examens complémentaires inappropriés.

a) L'angine et le TDR (3)

L'angine est une pathologie courante en médecine ambulatoire avec 9 millions de cas par an (4). L'angine c'est l'inflammation ou l'infection de l'oropharynx touchant les amygdales (définition PILLY-2010). Près de trois quarts de celles-ci sont d'origine virale et ne relèvent donc pas d'un traitement antibiotique. L'angine streptococcique nécessitant une antibiothérapie représente 25% à 40% des cas d'angine de l'enfant de plus de 3 ans, et 10 à 25% des cas d'angine de l'adulte, avec un pic d'incidence entre 4 et 15 ans. Or on constate que dans 90% des cas d'angines une antibiothérapie serait prescrite (4).

Une infection par le streptocoque bêta hémolytique du groupe A (SBHA) peut entraîner comme conséquences les plus graves, un rhumatisme articulaire aiguë (RAA), une glomérulonéphrite aiguë

(GNA). Voilà pourquoi une antibiothérapie est indiquée dans ce cas. Mais le risque de RAA est très faible dans les pays industrialisés (incidence < 1/100 000 habitants) et les GNA ont rarement un point de départ pharyngé (cutané le plus souvent) et ne sont pas prévenues par l'antibiothérapie.

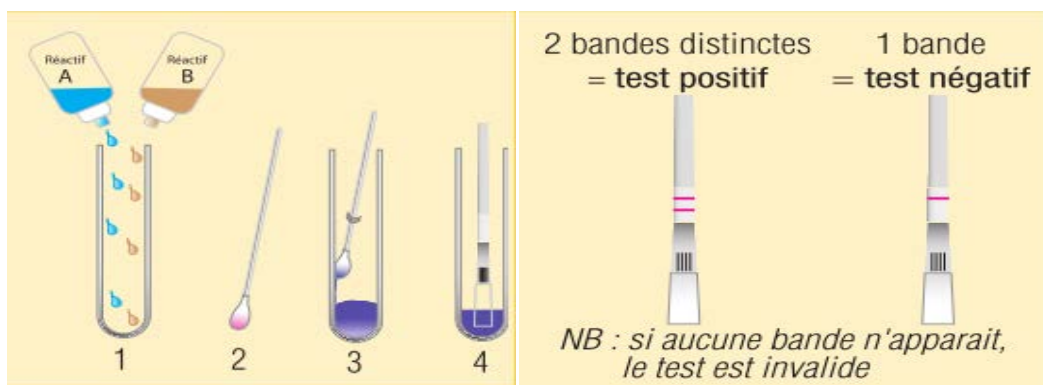
La seule certitude clinique d'une angine à SBHA et d'avoir un tableau typique de scarlatine associée.

Le test de diagnostic rapide de l'angine (TDR) permet une détection par méthode immunologique d'antigènes de paroi spécifiques au SBHA sur prélèvement de gorge. C'est un test fiable, sa spécificité(a) est de 95% et sa sensibilité(b) proche de 90%. Il est recommandé de pratiquer un TDR aux patients de plus de 3 ans et adultes (plus de 15ans) ayant un score de Mac Isaac supérieure ou égal à 2. Avant 3 ans les angines observées sont le plus souvent d'origine virale et il n'y a pas de RAA décrit.

Score de Mac Isaac : Critères Points

- Température > 38 °= 1pt
- Absence de toux = 1pt
- Adénopathie(s) cervicale(s) antérieure(s) douloureuse(s) = 1pt
- Augmentation de volume ou exsudat amygdalien = 1pt
- Age : 3 à 14 ans = 1pt
15 à 44 ans = 0pt
≥ 45 ans = -1pt

Le TDR en pratique : on doit frotter un écouvillon sur les amygdales et/ou l'arrière gorge, éviter de toucher les dents, la langue, les gencives et les joues car cela risque de fausser les résultats. L'écouvillon est ensuite immergé dans un réactif préalablement préparé (4 gouttes de A + 4 gouttes de B), on effectue des rotations de l'écouvillon dans le réactif 1minute puis retrait, puis immersion de la bandelette réactive et attente 5minutes du résultat. Si 2 barres apparaissent sur la bandelette le test est positif confirmant l'infection à SBHA et justifie donc d'une antibiothérapie adaptée pour éviter des complications et la dissémination du germe à l'entourage. Si 1 seule barre est apparue le test est négatif.



Depuis 2002, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a mis à la disposition des médecins ces tests gratuitement. Commande par le biais du site « Ameli-espace pro » (5).

Malgré tout ses atouts : fiabilité, simplicité, rapidité et gratuité, le TDR reste peu utilisé. En 2008, 2009 et 2010 entre 1,5 et 1,9 millions de TDR ont été commandés à l'Assurance maladie (pour 9 millions de cas d'angine par an). Seuls 25% des généralistes déclarent l'utiliser en aide à la prescription. En 2009, seuls 32% des médecins libéraux bénéficiant du dispositif ont commandé au moins une fois dans l'année des TDR (6).

Les raisons évoquées dans des études sont : perte de temps à pratiquer le test et aux explications au patient, peur de la perte d'un patient, manque de fiabilité du test, refus du patient (7).

Le TDR est une aide et il faut s'en servir : il faut organiser sa consultation, si l'on a des plaintes en faveur d'une angine, examiner d'abord la gorge et effectuer le TDR, en attendant les résultats poursuivre la consultation ; expliquer la démarche avant au patient permettra de lui faire accepter un résultat négatif concret.

b) La bandelette urinaire (BU)

La BU est un test d'urine qualitatif utilisable et recommandé pour plusieurs pathologies/symptômes (8, 9) mais principalement en médecine générale pour : l'IU, le bilan de douleurs abdominales aspécifiques et de fièvre sans point d'appel. L'IU est le 2^{ème} type d'infection bactérienne la plus fréquente en médecine générale, surtout chez la femme (après les infections respiratoires) avec une incidence estimée entre 4 à 6 millions de nouveaux cas par an. Les germes principalement impliqués sont les entérobactéries (*Escherichia Coli*++).

La BU est le seul examen recommandé dans la cystite aigüe non compliquée(c). Dans les autres IU, la BU est à faire mais sera complétée par un ECBU. La valeur prédictive négative(d) de la BU est > 95% si nitrites et leucocytes négatifs, la sensibilité est de 90% et la spécificité est de 70%. Si la BU est négative elle permet d'exclure une IU avec une excellente probabilité, si la BU est positive, elle ne permet pas d'affirmer le diagnostic mais a une excellente valeur d'orientation (à évaluer selon le tableau clinique).

Plusieurs type de BU existent avec plus ou moins de bandes réactives : recherche de nitrites, leucocytes, protéines, sang, pH, cétones, glucose, bilirubine... Les paramètres qui nous intéressent dans la recherche d'une IU sont : les leucocytes qui marquent la réaction inflammatoire de défense en cours et les nitrites qui ne se positivent que si l'IU est due à une bactérie possédant l'enzyme appelée nitrite réductase (qui transforme les nitrates en nitrites) telles que les entérobactéries (*E. Coli*, *Proteus Mirabilis*).

Modalités de l'examen : au mieux le prélèvement doit être fait 4 heures après la dernière miction pour permettre un temps de stase suffisant des urines dans la vessie. Il n'y a pas besoin de flacon stérile (mais il ne faut pas de trace de produit nettoyant/détergent faussant les résultats). Il suffit de recueillir l'échantillon d'urine sans le premier jet, de plonger la BU dans l'urine et l'égoutter sur la tranche puis attendre les résultats. La lecture des résultats se fait en comparant les zones réactives avec l'échelle colorimétrique en respectant les délais indiqués.

Les généralistes doivent acheter eux même les BU. Dans le marché, on trouve des BU à partir de 0,45 euros l'unité, les boîtes se vendent par lot (de 50 ou 100 en général). Après ouverture il y a une date d'utilisation limite à ne pas dépasser. Après fabrication une BU est valable 24 mois.

L'intérêt de la BU, c'est que l'on a immédiatement les résultats, sans attendre des résultats d'ECBU qui retarderait la prise en charge, ou surtout de mettre une antibiothérapie à l'aveugle sur un doute sans infection à postériori.

Une étude de cohorte observationnelle multi centrique impliquant 7916 patientes et 1700 généralistes sur le territoire (2003) a montré que la BU n'a été effectuée que dans 24,5% des cas d'infections urinaires, 84% des cas étaient des cystites simples. Dans 40% des cas il y avait eu prescription d'un ECBU **(10)**. Une autre étude, prospective sur un an (2009-2010) initiée par le réseau Antibiolor, dont l'objectif était d'étudier l'épidémiologie bactérienne des cystites non compliquées, a impliqué 78 généralistes lorrains ayant recruté 244 patientes présentant un ou plusieurs signes cliniques de cystite, toutes ont réalisé un ECBU : 22% étaient négatifs (54/244) **(11)**.

Les causes retrouvées de non utilisation sont : le recours au laboratoire est plus simple, le manque de temps, le manque d'habitude, recueil difficile, délai de péremption trop court des BU, leur achat, sanitaires non adaptés **(12, 13, 14)**.

Définitions :

- (a) Spécificité : probabilité d'obtenir un test négatif chez les non malades. Plus un test est spécifique, moins il a de risque de classer à tort comme malade un sujet indemne.
- (b) Sensibilité : probabilité d'obtenir un test positif chez les malades. Plus un test est sensible, plus il a de chance de repérer les sujets malades.
- (c) Cystite aigue non compliquée : c'est une IU touchant la vessie chez les femmes sans terrain particulier.
- (d) Valeur prédictive négative (VPN) : probabilité de ne pas être malade si le test est négatif. Si un test ayant une VPN élevée est négatif alors il permet pratiquement d'exclure la maladie avec confiance.
Valeur prédictive positive (VPP) : probabilité d'être malade si le test est positif. Si un test ayant une VPP élevée s'avère positif alors il permet pratiquement d'affirmer la maladie avec confiance.

Références :

- 1- ANSM. *Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France* [en ligne]. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/80021cd6bb92b94c16a3db89088fd4f0.pdf
- 2-European centre for disease prevention and control. *Summary of the latest data on antibiotic consumption in the European Union November 2012*. En ligne : <http://ecdc.europa.eu/en/eaad/Documents/ESAC-Net-summary-antibiotic-consumption.pdf> (consulté le 9/12/12)
- 3-AFSSAPS.RECOMMANDATIONS. *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant*. Octobre 2005
- 4-Abdelkader Maizia, Laurent Letrillart, Cyrille Colin. *Stratégies de diagnostic de l'angine aiguë en France : une étude coût-efficacité*. Press Med. Avril 2012, tome 41 n°4, p. 195-203
- 5-Assurance Maladie. *Test de diagnostic rapide de l'angine*. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/test-de-diagnostic-rapide-tdr-de-l-angine.php>
- 6-Francis Megerlin, Muriel Dahan, François Luis. *Diffusion des Tests de Diagnostic Rapide et organisation des soins de premier recours. Quelles conséquences ? À propos du TDR angine*. Médecine & Droit 2012 (2012) 42–48
- 7-Michel Anne Laure. *Enquête pratique sur l'utilisation du test de diagnostic rapide dans les angines en médecine générale en Haute Savoie*. Thèse : Méd : Faculté de médecine de Grenoble, avril 2011
- 8-AFSSAPS. RECOMMANDATIONS. *Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte*. Juin 2008
- 9-Moro Celine. *Place de la bandelette urinaire en médecine générale dans le cadre du dépistage de la protéinurie chez le sujet à risque à propos de 128 cas*. Thèse : Méd. : Faculté de médecine de Nancy. Mars 2010
- 10-Haab F, Costa P, Colau JC, Gérard A, Liard F, Bohbot JM, Leng JJ, Lobel B, Soussy CJ, Boulanger P. *Les infections urinaires de la femme en médecine générale. Résultats d'un observatoire réalisé auprès de 7916 patientes* Presse Med. 2006;35:1235-40
- 11-Comes Jean François. *Épidémiologie bactérienne des infections cystites non compliquées en Lorraine*. Thèse : Méd. : Faculté de médecine de Nancy. 2011
- 12-François Desgrandchamps. *Infections urinaires de la femme Les médecins généralistes ne suivent qu'une partie des recommandations*. Press Med. Septembre 2006, tome 35 n°9
- 13-Goudot Charlotte. *Utilisation des bandelettes urinaires en médecine générale : enquête pratique auprès des 229 médecins aubois*. Thèse : Méd. : Université de Reims. 2008
- 14-Vorkaufér Stéphanie. *Les infections urinaires communautaires bactériennes de l'adulte : prise en charge diagnostic et thérapeutique. Résultats de deux tours d'un audit clinique réalisé par 66 généralistes lorrains*. Thèse : Méd. : Faculté de médecine de Nancy. 2011

Annexe 3 :

Les questions possibles

- Si le TDR est impossible à faire par exemple un enfant intenable ou nausées/vomissements?

S'efforcer de réaliser le TDR, s'aider d'une tierce personne(les parents). Si c'est vraiment impossible ce qui est rare, on instaure une antibiothérapie.

- Si le TDR est négatif et la clinique très bruyante ?

-les symptômes ne justifient pas l'antibiothérapie. Seul le TDR juge de la nécessité

-Le prélèvement a-t-il bien été fait?

-l'amygdalite virale est douloureuse, antalgiques adaptés, pas d'AINS ni de corticothérapie (non recommandés)

-Expliquer au patient de revenir si besoin et réévaluation clinique toujours possible

-au besoin arrêt de travail

- Si le TDR se positive après le délai des 5 minutes ?

-Après avoir dépassé les 5 minutes, le résultat du TDR n'a pas de valeur. Par contre dès que 2 bandes apparaissent avant les 5 minutes, le TDR est considéré comme positif.

- Si difficultés pour le prélèvement urinaire ?

-Anticiper : à la prise du RDV, si le motif de consultation est pris, expliquer au patient d'apporter un échantillon d'urine (flacon au labo ou au cabinet).

-Si n'a pas envie ou si dernière miction trop récente proposer au patient de repasser au cabinet plus tard.

- A partir de quel âge les BU ? Les enfants/nourrissons/femmes enceintes?

-BU moins fiables chez nourrisson + femme enceinte car VPN insuffisante dans ces cas.

-Nourrisson < 3mois hospitalisation d'emblée si fièvre, sinon BU a une valeur d'orientation chez le nourrisson et la femme enceinte.

-Technique de prélèvement pour les nourrissons : soit utiliser une poche à urine mais cela expose à une contamination de la flore commensale digestive présente au niveau du périnée, la poche ne doit pas rester en place plus de 30 minutes et être retirée dès l'émission des urines. Soit un prélèvement en milieu de jet (ce qui est le mieux), maintenir l'enfant allongé sur le dos, sans couche ou couche ouverte, sur les genoux d'un adulte prêt à prélever les urines en milieu de jet au moment de la miction spontanée, les nourrissons urinent généralement toutes les 20 à 30 minutes.

-Poches à urines vendues par lot moins d'1 euro l'unité

- Si la BU est négative alors que symptômes urinaires/dissociation entre la clinique et des résultats de la BU ?

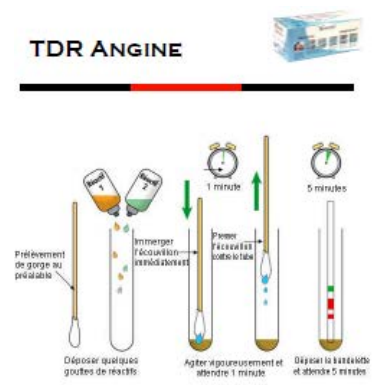
-VPN>95%, élimine pratiquement le diagnostic d'infection urinaire

-Réévaluer d'abord la clinique, diagnostics différentiels : origine gynécologique, cystite en voie de guérison, cystalgies à urines claires/cystite interstitielle.

-Si malgré tout persistance idée : faire ECBU

Annexe 4 :

TDR ANGINE



Prélèvement de gorge au pédoncule

Immerger l'échantillon dans le réactif

Agiter vigoureusement et attendre 1 minute

Dégager la bandelette et attendre 5 minutes

Où acheter quelques gouttes de réactif

Agiter vigoureusement et attendre 1 minute

Dégager la bandelette et attendre 5 minutes

. TDR pour qui ? Pour tout patient de plus de 3 ans avec une angine (avant 3 ans, les angines sont toujours virales)

Le TDR est très fiable (Sensibilité 90% et spécificité 95%)

Les TDR sont fournis gratuitement par L'assurance Maladie (commande via le site Amelie-espace pro)

TDR positif

↓

Amoxicilline (1g 2 fois/j pdt 6 jours)

ANTIBIOTEL

Conseil en Antibiothérapie

03 83 76 44 89

Un infectiologue vous répond
en direct

De 8h30 à 19h30 5jours/7

ANTIBIOLOR

Bâtiment Philippe Canou - 2ème étage
Maison de Bois
54511 Vandœuvre Cedex

Téléphone : 03 83 15 3514
Télécopie : 03 83 15 3514
Messagerie : contact@antibiolor.org



Bandelette urinaire TDR angine



Des outils diagnostiques
simples, rapides et fiables en
pratique quotidienne pour le
juste usage des antibiotiques

Annexe 5 :

Fiche compte rendu de à chaque visite médicale :

Médecin :

homme
femme

Age :

30 – 40
40 - 50
50 - 60
plus de 60

Lieu exercice :

centre ville
communauté urbaine
campagne

Mode d'exercice :

cabinet (seul)
cabinet de groupe
maison médicale

Antibiolor :

connait : oui/ non
Si oui : connait les services Antibiolor :
antibioville : oui/non
la lettre antibiolor : oui/non
antibiotel : oui/non

TDR

utilise: oui/non
si oui : toujours/souvent/rarement
si non : pourquoi ?

BU

utilise : oui/non
si oui : toujours/souvent/rarement
si non : pourquoi ?

Messages sont passés : oui/non

Convaincu : oui/non

Intérêt du médecin : très/moyen/peu/pas du tout

Remarques et questions :

Annexe 6 :

En 2013, Antibiolor utilisera l'expérience et le savoir faire de la visite médicale

pour promouvoir des outils d'aide au JUSTE USAGE des antibiotiques



Les infections urinaires (IU) et l'angine sont couramment rencontrées en médecine générale entraînant potentiellement une prescription d'antibiotiques. La bandelette urinaire (BU) et le Test de Diagnostic Rapide streptococcique (TDR) sont deux outils d'aide simples, pratiques et fiables qui, ajoutés à l'examen clinique, permettent de décider ou d'orienter immédiatement la thérapeutique. Ils restent pourtant insuffisamment utilisés.

En France, on estime à 9 millions le nombre d'angines tous les ans.

Près des 3/4 sont d'origine virale, pourtant 90% sont traitées par antibiotiques ?! Avec une sensibilité de 90% et une spécificité de 95%, le TDR permet de diagnostiquer, au cours de la consultation, une angine streptococcique, seul cas où une prescription d'antibiotique reste d'actualité. Il est recommandé de pratiquer un TDR devant une angine, chez les patients de plus de 3 ans (avant, elle est toujours supposée virale). Aujourd'hui, un traitement antibiotique est justifié seulement si le TDR est positif ! Malgré tout, seulement 25% des généralistes déclarent l'utiliser. Et les commandes à l'assurance maladie ne cessent de diminuer (bien que ce « service » soit gratuit).

Le nombre d'IU en France est de 4 à 6 millions par an. La valeur prédictive négative de la BU est supérieure à 95% ; négative, elle élimine avec quasi certitude le diagnostic. La réalisation de la BU est recommandée dans la cystite aigue non compliquée. Pourtant, elle n'est réalisée que dans 24% des IU. Une étude initiée par Antibiolor en 2009-2010 a montré que 22% des patientes traitées pour une cystite avaient un ECBU négatifs. Ainsi, des diagnostics de « cystites » sont posés et traitées à tort.

Cette année, Antibiolor souhaite promouvoir l'utilisation de la BU et du TDR auprès des généralistes afin qu'ils l'utilisent plus souvent dans leur pratique de routine, ce qui conduira mathématiquement à une diminution de prescription injustifiée d'antibiotiques. Cette campagne sera financée par notre Réseau. « La visite académique » est la méthode choisie pour transmettre nos messages aux prescripteurs, dialoguer avec eux, et faire ressortir les freins à l'utilisation. Après préparation et planification collégiale, un visiteur médical ayant l'expérience de ces interventions ira deux fois dans l'année rencontrer individuellement des médecins lorrains en leur apportant nos messages et des échantillons de BU/TDR qui pourront être commandés par notre intermédiaire. La deuxième rencontre permettra de faire le point sur l'utilisation, les commandes, répondre aux questions. Ce travail fait l'objet d'une thèse de médecine générale. Nous espérons que cette démarche par « visite académique » aura un impact favorable sur le taux d'utilisation des tests et sur la consommation d'antibiotiques.

Myriam El Fatmaoui

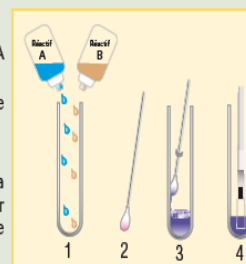
LE TDR : comment ?

Procédures d'extraction

Placer un tube sur le portoir.

- 1- Ajouter 4 gouttes de réactif d'extraction A puis 4 gouttes de réactif B dans le tube.
- 2- Procéder à un écouvillonnage de gorge puis :
- 3- le déposer immédiatement dans le tube.

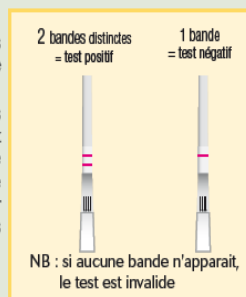
Agiter vigoureusement l'écouvillon dans la solution en le pressant contre la paroi pour que le liquide soit rejeté et absorbé par le réactif. Attendre 1 minute.



Procédure de test

- 4- Déposer la bandelette durant 1 mn dans le tube puis la déposer sur une surface sèche.

- Selon la quantité de micro-organismes contenu dans l'écouvillon, le résultat positif peut être visible dès la première mn. Cependant, un temps réactionnel de 5 mn est nécessaire pour confirmer un résultat négatif. (Ne plus lire après 10 mn).



Devant une angine qui traîne avec TDR négatif évoquer :

- MNI NFS + Sérologie EBV
- Angine de Vincent Prélèvement bactériologique (association fusospirillaire)
- Phlegmon Rechercher un trismus et une voussure de la loge amygdalienne unilatérale => avis ORL en urgence
- Hémopathie NFS

Annexe 7 :

Score clinique de Mac Isaac

AFSSAPS. *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes*.2005

Critères	Points
Température>38°	1
Absence de toux	1
Adénopathies cervicales sensible	1
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien	1
Ages :	
15 à 44 ans	0
>=45 ans	-1

Score à utiliser chez l'adulte :

Si score >=2 : probabilité haute d'infection à SBHA, indication d'un TDR

Si score <2 : probabilité faible d'infection à SBHA, pas d'indication de TDR, pas d'indication d'antibiotiques

Annexe 8 :

Entretiens retranscrits voir CD

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Malgré les recommandations, seuls 25% des MG utilisent la BU et le TDR dans l'infection urinaire et l'angine qui sont des pathologies courantes en médecine générale. Cela entraîne des prescriptions injustifiées d'antibiotiques.

Dans un travail proposé par Antibiolor, nous avons réalisé une expérience : promouvoir BU et TDR auprès de MG par la visite médicale pour les amener à les utiliser. Le projet a été interrompu, après avoir rencontré cinquante médecins, car ils ne paraissaient ni convaincus, ni motivés. 25% déclaraient utiliser régulièrement TDR et BU.

Ensuite, nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de dix MG parmi les non ou peu utilisateurs du panel précédent. Les objectifs étaient : identifier les freins à l'utilisation des BU/TDR, distinguer les déterminants aux décisions diagnostiques et à la prescription d'antibiotiques.

Concernant les démarches diagnostiques et thérapeutiques, les MG s'appuient sur la présomption clinique.

Pour les MG ces tests ne sont pas rentables en temps/économiquement, ils doutent de leur fiabilité surtout lorsque le résultat ne concorde pas avec la présomption clinique. Dans l'IU, l'ECBU est souvent l'alternative à la BU les avantages étant : la proximité des laboratoires, économie de temps/argent. Un inconvénient pratique : le conditionnement des flacons de BU en comportant trop compte tenu des dates de péremptions courtes. Autres justifications de non utilisation du TDR : cas rare d'angine, médecin faible prescripteur d'antibiotiques.

Des déterminants « extra-cliniques » influencent les médecins à prescrire une antibiothérapie : bruyance des symptômes, crainte de complications, empathie du médecin, pression supposée des patients.

Ces comportements semblent résulter de connaissances inexactes mais aussi car les MG se sentent peu impliqués et responsables du phénomène d'antibiorésistance. Ces habitudes ancrées confortant le médecin et son patient sont difficilement modifiables.

TITRE EN ANGLAIS

What are barriers in the use of the urine dipstick test in urinary tract infections and the rapid antigen detection in tonsillitis in general practice? What are the determinants of antibiotics prescription among general practitioners?

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS :

TDR, angine, bandelette urinaire, infection urinaire, pratiques, antibiothérapie, médecine générale.

INTITULÉ ET ADRESSE :

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex