UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Utilisation du Test de diagnostic rapide de l'angine streptococcique en médecine générale : une étude qualitative.

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2013 à 14h
au Pôle Formation

Par Samuel Leclercq

Jury

Président :	**Monsieur le Professeur Dominique CHEVALIER**
Assesseurs :	**Monsieur le Professeur Alain MARTINOT**
	Madame le Professeur Karine FAURE
Directeur de Thèse :	**Madame le Docteur Agnès PELTIER**

« Primum non nocere »

Hippocrate, 410 av. J. –C.

« Tout médecin est confronté à l'incertitude qui est liée à l'impossibilité de maîtriser toute la connaissance médicale et au fait que le savoir médical est limité »

Fox RC. « Medical Uncertainty Revisited » *in The handbook of social studies in health and medicine*, 2000.

GLOSSAIRE

Par ordre d'apparition dans le texte :

- TDR : Test de Diagnostic Rapide
- SGA : Streptocoque bêta hémolytique du Groupe A
- SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
- CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CCU-MG : Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale
- RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu
- EBM : Evidence-Based Medicine
- FMC : Formation Médicale Continue

1. INTRODUCTION 12

2. METHODE 15

2.1. Une enquête qualitative 15

2.1.1. Pourquoi une étude qualitative ? 15

2.1.2. Principes de base 15

2.2. Réalisation du guide d'entretien 16

2.2.1. Principes d'élaboration 16

2.2.2. Evolution du canevas d'entretien 17

2.3. Sélection des participants 19

2.3.1. L'échantillon 19

2.3.2. Recrutement 19

2.4. Déroulement des Focus Group 20

2.4.1. Le contexte et les méthodes d'enregistrement 21

2.4.2. Débuter un Focus Group 22

2.5. Transcription et analyse des données 23

2.5.1. Transcription 23

2.5.2. Méthode d'analyse 24

3. RESULTATS 25

3.1. Résultats descriptifs 25

3.1.1. Les Focus Group 25

3.1.2. Caractéristiques des médecins interrogés 25

3.1.3. Les données 27

3.2. Analyse 29

3.2.1. La consultation « angine » 29

3.2.2. Le TDR dans la consultation « angine » 43

3.2.3. Au sujet de l'angine : les recommandations 54

3.2.4. L'acte de prescription 61

3.2.5. La campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique » 69

3.2.6. La relation médecin-patient 75

4. DISCUSSION 86

4.1. Résultat principal 86

4.2. Validité de l'étude 88

4.2.1. Pertinence de la méthode 88

4.2.2. Discussion des biais 88

4.2.3. Choix du mode de recueil des données et alternatives 90

4.3. Comparaison aux données de la littérature 90

4.3.1. Sur la consultation « angine » 90

4.3.2. Sur la place prise par le TDR 92

4.3.3. Sur les recommandations 93

4.3.4. Sur l'acte de prescription 93

4.3.5. Sur la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique » 95

4.3.6. Sur la relation médecin-patient 95

5. CONCLUSION 97

BIBLIOGRAPHIE 99

ILLUSTRATIONS 104

ANNEXES 105

1. INTRODUCTION

Au cours de sa pratique, le médecin généraliste peut être amené à intervenir à un stade précoce et indifférencié de la maladie [1]. Dans la démarche de soins de la consultation, les outils permettant au praticien de porter un diagnostic de certitude sont rares.

L'élaboration du diagnostic se révèle souvent être le résultat d'un faisceau d'arguments, au sein duquel le praticien confronte son savoir théorique et son sens clinique acquis. En cela, la particularité de la médecine générale est de requérir « la mise en place d'un processus de prise de décision spécifique, basé sur la probabilité » [1].

Parmi les outils diagnostiques à la disposition du médecin généraliste, le test de diagnostic rapide (TDR) diffusé actuellement permet d'identifier une angine d'origine bactérienne due au streptocoque bêta hémolytique du groupe A (SGA) et ce, avec une sensibilité de 96,8% et une spécificité de 94,7% [2].

En France, le TDR commence à prendre une place officielle dans la prise en charge de l'angine en s'inscrivant dans les suites du plan national de 2001 visant à limiter l'usage des antibiotiques [3].

Proposé en 1996 par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) [4], la stratégie de prise en charge des angines par le TDR se développe en 2002 avec leur diffusion gratuite auprès des praticiens par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Les objectifs sont alors de limiter la progression des résistances bactériennes et de diminuer la consommation antibiotique pour laquelle la France est dans le haut du tableau [5, 6].

Cependant, en 2003, une enquête réalisée sous l'impulsion de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne (URML) montre un intérêt modéré pour l'utilisation du TDR. Sur 71 médecins enquêtés, l'étude révèle alors un taux d'utilisation de 52,7% [7].

En 2005, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) procède à une réactualisation de ses recommandations. La réalisation du TDR est alors associée au calcul du score de Mac Isaac. L'AFSSAPS recommande ainsi l'utilisation du TDR pour toutes les angines chez l'enfant à partir de 3 ans et chez l'adulte ayant un score de Mac Isaac supérieur ou égal à 2 [8].

Depuis 2005, l'évaluation de l'utilisation du TDR par les médecins généralistes constitue le champ d'investigation de nombreuses études françaises, en particulier dans le cadre de travaux de thèse en médecine générale. En 2007, un travail de thèse mené en Pays de la Loire auprès de 116 maîtres de stage et 525 patients montre une utilisation du TDR dans 46% des cas [9]. Entre 2005 et 2007, au sein de la faculté Paris Descartes, le taux d'utilisation du TDR auprès de 66 maîtres de stage diminue significativement (52,5% en 2007 contre 57,5% en 2005, $p<0,05$) [10]. Enfin, une étude descriptive menée auprès d'une population de médecins généralistes et de pédiatres libéraux de la région Nord Pas-de-Calais montre, en 2012, un taux d'utilisation du TDR dans l'angine chez l'enfant de 63% [11].

Les études révèlent, dans leur ensemble, une réaction hétérogène des médecins généralistes dans l'application des recommandations. Il est difficile d'appréhender les mécanismes en jeu dans leurs comportements vis-à-vis de la prise en charge de l'angine, dans leur décision d'avoir recours au TDR et dans leur démarche thérapeutique.

Selon un rapport publié en juin 2013 par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), bien que toujours supérieure à la moyenne européenne, la

consommation antibiotique globale de la France a baissé de 9% entre 2002 et 2012 [12]. Cependant la diminution initiale est suivie d'une ré-ascension sur les cinq dernières années. Le Nord Pas-de-Calais est la région la plus grande consommatrice en France [12].

Il apparaissait nécessaire de comprendre les raisons profondes de l'utilisation limitée du TDR par les médecins généralistes de la région, en contraste avec les recommandations [8].

L'objectif de ce travail était d'approcher une meilleure compréhension de la manière dont les médecins généralistes se représentent le TDR, et à travers son utilisation, mieux comprendre leurs démarches diagnostique et thérapeutique autour de l'angine.

2. METHODE

2.1. Une enquête qualitative

2.1.1. Pourquoi une étude qualitative ?

La plupart des travaux existants jusque-là étaient quantitatifs. L'objectif de l'étude impliquait d'utiliser une méthode exploratoire pour être au plus proche de la réalité pratique des médecins généralistes.

Afin d'approcher au mieux cette réalité, la méthode devait permettre de recueillir des témoignages et des expériences vécues. Elle devait également permettre d'étudier des comportements et des raisonnements. Dans cette démarche, le choix d'une étude qualitative semblait le plus approprié.

2.1.2. Principes de base

En France, l'utilisation d'une démarche qualitative a longtemps été l'apanage de la recherche dans le domaine sociologique.

L'outil « Focus group » a été développé initialement par Robert K. Merton à la fin de la première moitié du XXème siècle dans le cadre de la recherche marketing [13]. Il s'est affirmé et affiné au travers des sciences sociales, devenant progressivement un outil de recherche rigoureux et reconnu scientifiquement [14].

La technique du Focus Group consiste à regrouper un collectif de participants autour de thèmes préétablis par l'investigateur. Il s'agit d'une technique d'entretien semi-

dirigé pendant lequel les thèmes de recherche sont abordés sous forme de questions ouvertes. Cette méthode évite de fermer le champ des réponses possibles et vise à engendrer un débat d'idées entre les participants. En favorisant l'expression libre, le but de la technique est de recueillir des données qui auraient été omises dans le cadre d'une étude à questions fermées. En outre, au-delà des réponses fournies par les participants, la technique du Focus Group induit une dynamique interactive permettant une analyse des divergences et des significations partagées [15].

Il s'agit d'une démarche inspirée de la sociologie de terrain permettant d'approcher des réalités pour lesquelles les techniques quantitatives paraissent beaucoup moins adaptées. Là où le quantitatif vise à mesurer, comparer, établir des relations de cause à effet, la technique exploratoire permet d'appréhender les schémas de pensée des individus enquêtés [16]. D'un point de vue pratique, l'enquête par Focus Group prend fin dès l'instant où l'analyse des données recueillies révèle un phénomène de « saturation théorique des données ». Il s'agit du repère à partir duquel la poursuite de l'enquête ne voit pas émerger de nouvelles réponses permettant d'expliquer le sujet étudié [16].

2.2. Réalisation du guide d'entretien

2.2.1. Principes d'élaboration

Le guide d'entretien ou canevas d'entretien est le recueil des questions ouvertes qui seront posées par l'investigateur aux participants au cours des entretiens collectifs. Les questions principales posées ont pour but de solliciter une réaction spontanée. En faisant émerger des idées à partir des données qu'il recueille sur le terrain, l'investigateur a une démarche inductive [16].

Le guide d'entretien doit être rédigé et articulé autour de quelques grandes questions principales se rapportant aux thèmes auxquels l'étude souhaite répondre. Il débute par une première question large dite « brise-glace » dont le but est d'initier la dynamique de groupe. Les questions suivantes doivent s'affiner pour tendre progressivement vers le sujet de recherche et l'explorer sous tous les aspects souhaités par les investigateurs. Les questions sont rédigées dans un style courant, ayant vocation à être posées à l'oral. Elles doivent être simples, intelligibles et courtes.

L'animateur doit respecter la formulation des questions au maximum et ne doit pas proposer lui-même de pistes de réponse. La formulation des questions doit permettre aux participants de s'exprimer librement sur les sujets proposés.

Enfin, la possibilité de faire évoluer le guide d'entretien constitue une des particularités de la recherche qualitative. En effet, au fur et à mesure de l'analyse, les questions constituant le canevas peuvent être modifiées, travaillées de nouveau voire définitivement supprimées ou remplacées. Cette évolution a pour but de préciser le recueil des données. Elle dépend des observations menées au cours des différents Focus Group sur la pertinence, l'importance ou non des questions susdites.

Le canevas d'entretien original et les modifications qui y ont été apportées sont disponibles en annexe [Annexe 3].

2.2.2. Evolution du canevas d'entretien

Le canevas d'entretien a été réévalué à l'issue de l'analyse de chacun des Focus Group. Les points clés qui ont été modifiés sont les suivants :

2.2.2.1. Pour le premier Focus Group

La version initiale du canevas d'entretien a été élaborée avant le premier Focus Group. Dans cette version, la première question était d'ordre général et avait pour objectif de faire préciser aux médecins ce qui, dans leurs pratiques, pouvait globalement les orienter vers l'antibiothérapie ou la non-prescription d'antibiotiques.

Cette première question a été remplacée d'emblée par une question s'intéressant aux réactions des médecins généralistes sur la campagne de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) « Les antibiotiques, c'est pas automatique ». Contemporaine de la mise à disposition des TDR auprès des praticiens, la campagne en question avait pour objectif, à l'image de la diffusion gratuite des TDR, de favoriser une diminution de la consommation antibiotique [3].

Les questions suivantes abordaient successivement les thèmes de la consultation « angine » et de la prise en charge de cette pathologie en passant par le cadre médico-légal des recommandations. Une question à part entière était ensuite accordée à la place prise par le TDR. La dernière question portait sur les modalités selon lesquelles la pratique du TDR pouvait évoluer en médecine générale.

2.2.2.2. Pour le deuxième Focus Group

Entre le premier et le deuxième Focus Group, le guide d'entretien a peu évolué. Sa réévaluation a surtout consisté en un travail de reformulation des questions vers un style moins académique et plus compréhensible.

2.2.2.3. Pour le troisième Focus Group

La première question a été remplacée par une question sur le thème de la négociation autour de la prescription médicamenteuse. Les autres modifications visaient à préciser des notions recueillies au préalable et insuffisamment exploitées.

2.3. Sélection des participants

2.3.1. L'échantillon

L'échantillon visait la variance maximale [15]. A la différence des études quantitatives, la démarche qualitative ne procède pas à un échantillonnage représentatif de la population étudiée. L'objectif n'est pas de quantifier numériquement les effectifs s'apparentant à une idée. Le but est de faire émerger, dans la population interrogée, une palette la plus complète possible de réponses à une même question. La notion de représentativité est donc différente, l'échantillon devant s'approcher dans la mesure du possible d'une diversification maximale [15]. Le recrutement s'est donc fait de manière à ce que certaines caractéristiques prédéfinies des participants (âge, sexe, secteur d'exercice…) fussent les plus différentes possibles [16]. Chaque Focus Group réunissait entre 6 et 10 participants.

2.3.2. Recrutement

Le recrutement des participants s'est fait sur la base du volontariat. Réunir des médecins généralistes du Nord Pas-de-Calais lors de Focus Group n'a pas été une chose aisée

en raison de la contrainte de temps que ce type de réunion impose. Aussi, afin de faciliter le recrutement, une technique en « boule de neige » a été adoptée. Dès lors qu'un médecin donnait son accord, il lui était demandé s'il était en mesure de conseiller un ou des confrères pouvant se joindre potentiellement à l'étude. Le contact était alors pris sur recommandation du premier.

D'un point de vue pratique, les médecins sollicités étaient initialement contactés par téléphone. Ce premier entretien permettait d'expliquer le but de la démarche et invitait à participer à une soirée de débat autour d'un thème de médecine générale. Le sujet précis restait inconnu des participants jusqu'au jour du Focus Group. Un courrier de confirmation, précisant les modalités pratiques de la réunion, était envoyé entre cinq à sept jours avant à chacun des participants ayant donné leur accord téléphonique [Annexe 4].

Les praticiens sollicités précisaient lors de l'entretien téléphonique si leur mode d'activité concernait la médecine générale. La situation n'a pas été rencontrée mais les pratiques exclusives comme peuvent l'être l'acupuncture, l'ostéopathie, l'homéopathie par exemple, auraient été écartées.

C'est un peu plus d'une centaine de participants potentiels qui ont été contactés pour 24 participants effectifs sur l'ensemble de l'étude.

2.4. Déroulement des Focus Group

En plus des participants, chaque Focus Group compte deux enquêteurs : l'animateur et l'observateur. L'animateur présente le Focus Group, en explique les modalités de déroulement, et pose les questions aux participants. L'observateur relève l'ensemble du discours non-verbal qu'il constate durant l'entretien. Cette observation concerne essentiellement le langage gestuel dont les interactions avec le discours peuvent apporter un

niveau d'analyse supplémentaire.

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio dans leur intégralité en vue de la transcription ultérieure.

2.4.1. Le contexte et les méthodes d'enregistrement

Entre les mois de Mars et Juin 2013, trois Focus Group ont été organisés. Pour chacun d'eux, le rôle de l'animateur a été assuré pour le Docteur Agnès Peltier, Chef de Clinique de Médecine Générale à la Faculté Libre de Médecine de Lille. J'assurais le rôle de l'observateur. A deux reprises les Focus Group ont pu avoir lieu dans une salle d'attente aménagée pour l'occasion et gracieusement prêtée par un médecin généraliste ayant participé à l'une des réunions. Hormis l'aspect pratique de l'agencement de la salle qui se prêtait de manière adéquate à la technique, cela a permis de réunir des médecins de secteurs ruraux et semi ruraux éloignés de la communauté urbaine de Lille et de ses facultés. Le troisième Focus Group a eu lieu dans une salle d'enseignement, au sein de la Faculté Libre de Médecine de Lille.

Pour chacune des réunions, une collation a été prévue. Les participants étaient dans la mesure du possible disposés en cercle de manière à ce que chacun puisse voir l'intégralité du groupe.

Une fiche descriptive de profil était remplie par chacun avant de débuter le groupe d'entretien [Annexe 5]. Cette fiche permettait entre autres de situer chaque participant suivant sa catégorie d'âge, son sexe, son mode et son milieu d'activité.

L'enregistrement était assuré à chaque fois par deux moyens différents d'enregistrement numérique.

2.4.2. Débuter un Focus Group

2.4.2.1. Les premières minutes

Les premières minutes permettaient de préciser quelques modalités sur le déroulement du Focus Group. Pour la prise de parole et pour la lisibilité de la transcription ultérieure, il était convenu que chaque intervention serait précédée par la mention du prénom du participant.

2.4.2.2. A propos de la confidentialité

Lors de la présentation du Focus Group, il était expliqué aux participants le caractère anonyme des données qui allaient être recueillies. L'enregistrement des débats était également rappelé et l'accord des participants était recherché avant de débuter l'entretien collectif.

La référence de l'article 57 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés était citée. L'article de loi concerne le traitement des données personnelles à des fins de recherche impliquant la personne humaine et peut, par extension, être applicable aux données personnelles issues d'un Focus Group. Il précise également l'existence d'un droit d'accès et de rectification des données fournies par les participants [Annexe 6].

2.5. Transcription et analyse des données

2.5.1. Transcription

Chaque Focus Group a fait l'objet d'une écoute et d'une transcription intégrale de son contenu sous forme d'un verbatim. Le travail de transcription veillait à reproduire la discussion enregistrée en tenant compte de la rythmique et des interactions verbales et non verbales.

Afin d'approcher au mieux cette dynamique et dans le but d'en donner un reflet le plus fidèle possible, les conventions d'écriture de Michael Billig ont été utilisées [15]. Ces dernières s'appliquent de la manière suivante :

= : est utilisé afin de faire le lien entre deux participants prenant successivement la parole sans créer d'interruption voire s'interrompant l'un l'autre.

[ ] : les transcriptions entre crochets correspondent à des paroles prononcées de manière simultanée au cours d'un dialogue en cours.

(.) : est utilisé pour imager les temps de pause brefs, les hésitations et y figure la durée de la pause, en secondes, lorsque celle-ci peut être comptée.

{ } : les accolades permettent de faire figurer tout ce qui fait référence au langage non verbal. Elles regroupent les attitudes, la gestuelle, les interactions diverses.

… : correspond à un morceau de transcription inintelligible et qui n'a pu être exploité.

Afin de ne pas confondre avec la convention d'écriture en place, il est nécessaire de préciser que, dans les extraits de citations utilisés pour l'analyse qui suit, le symbole […] correspond à un découpage effectué afin d'alléger le volume rédactionnel. Ce découpage a été réalisé de manière à ne pas modifier le sens du propos tenu à l'origine.

Dans un second temps, l'ensemble du verbatim était anonymisé de manière à ce que chaque participant soit représenté par un code. Ainsi le médecin participant numéro un devenait M1.

Inclure la totalité des verbatims en annexe n'était pas adapté au support papier. L'ensemble des transcriptions intégrales anonymisées est fourni sous forme d'annexe CD [Annexe 1 CD].

Les verbatims de transcription concernant chaque Focus Group ont été envoyés par courriel aux participants. Il leur a été suggéré d'en faire une lecture attentive afin de donner leurs impressions sur les propos tenus par chacun d'entre eux. Si un doute avait été soulevé par des propos déformés, une écoute nouvelle et attentive aurait été faite afin de statuer sur le contenu exact du discours prononcé.

2.5.2. Méthode d'analyse

L'analyse thématique de contenu a consisté, autant dans le dialogue que dans les interactions, à déterminer les grandes thématiques abordées lors de la discussion. Ces thèmes principaux sont des dimensions [17]. Des sous-thèmes ou sous-catégories ont ensuite été attachés à chaque grand thème. Ces sous-catégories sont appelées nœuds. Pour illustrer les nœuds, des extraits sous forme de citations ont été délimités. Ces derniers sont définis comme étant des unités de signification [17].

Les données extraites ont été regroupées sous la forme d'un document d'analyse thématique organisée [Annexe 2 CD]. Un travail de restitution et d'interprétation contextuelle des données a découlé de cet ensemble.

3. RESULTATS

3.1. Résultats descriptifs

3.1.1. Les Focus Group

Au total, l'étude menée a permis la réalisation de trois Focus Group. Vingt-quatre participants ont contribué au recueil des données.

Le premier Focus Group réalisé le 15 mars 2013 était composé de huit participants.

Le deuxième Focus Group, réalisé le 15 mai 2013, comprenait 10 participants. Face à plusieurs désistements, la date prévue initialement avait été reculée.

Le dernier Focus Group a eu lieu le 11 juin 2013, avec 6 participants.

3.1.2. Caractéristiques des médecins interrogés

Dans leur ensemble, les trois Focus Group ont permis de réunir un panel de participants représentant diverses catégories d'âge, de sexe ou de milieu d'activité, dont la distribution est représentée en Figure n° 1 [Annexe7].

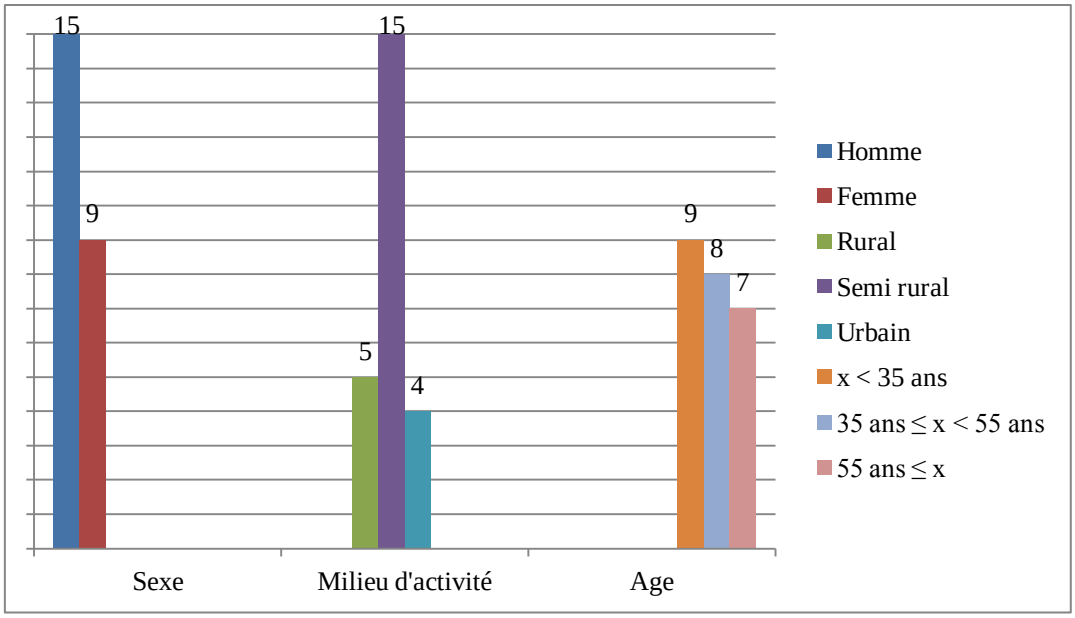


Figure n°1 : Répartition des différents participants selon le sexe, le milieu d'activité et l'âge

Dans le cadre d'une recherche qualitative, l'échantillon ne cherche pas à être représentatif de la population générale. Il s'agit donc, ici, d'un état descriptif permettant de constater la diversité des médecins ayant participé à l'étude. Elle a donc réuni des hommes comme des femmes. Les deux médecins les plus jeunes ayant participé avaient tous deux 28 ans contre 65 et 66 ans pour les deux plus âgés. La moyenne d'âge était de 43,5 ans sur l'ensemble des trois Focus Group. L'écart type était de 12,8.

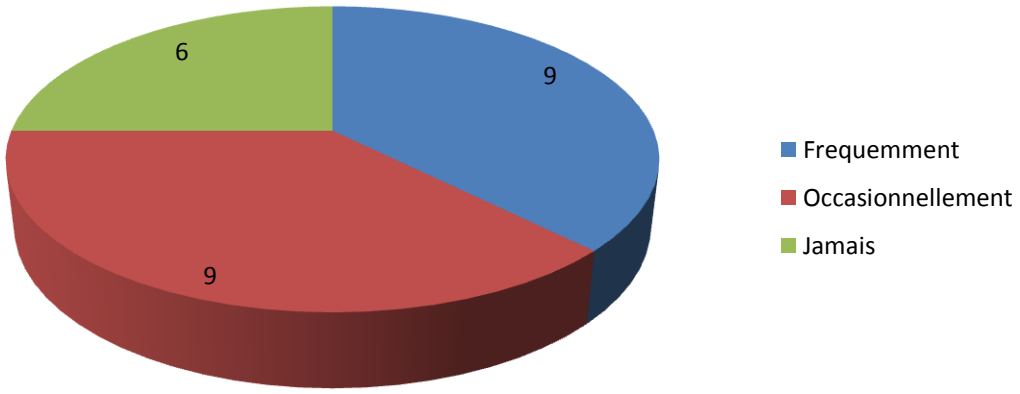
Parmi les participants, deux avaient une activité exclusive de remplacements libéraux. Il paraissait intéressant d'inclure à l'étude quelques médecins remplaçants afin d'avoir leurs regards et ainsi diversifier le panel.

Cinq participants ont signifié être maîtres de stage. L'un d'eux recevait uniquement des externes. Un autre était également enseignant généraliste auprès de la faculté. Enfin, l'un d'entre eux était Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale (CCU-MG).

La durée moyenne déclarée des consultations était de quinze minutes (écart type = 2). Dix-neuf participants signalaient se rendre de manière régulière, au moins une fois par mois, à des soirées de formations thématiques dans le cadre du développement professionnel continu.

La fréquence de pratique du TDR par chacun des participants se répartissait selon le schéma suivant : Figure n° 2. Elle était recueillie de manière implicite ou demandée de manière explicite au cours de la discussion. Le caractère fréquent était retenu lorsque le TDR était utilisé de manière quasi systématique face à un tableau d'angine.

Figure n° 2 : Répartition des différents participants selon la fréquence d'utilisation du TDR



3.1.3. Les données

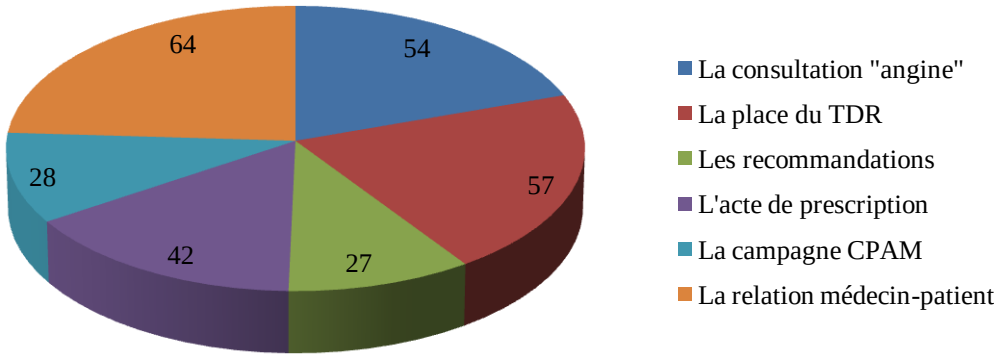
L'ensemble des enregistrements représentait approximativement quatre heures et quarante-cinq minutes. La totalité a mené à la transcription de soixante-dix-huit pages de texte rédigé au format 12 de la police d'écriture « Times New Roman ».

Le travail d'enquête a permis de dégager six axes d'analyse. Trois d'entre eux ont été amenés par les questions du guide d'entretien : la consultation « angine », les recommandations, la campagne de la CPAM « Les antibiotiques, c'est pas automatique ». Les trois autres thématiques d'analyse ont été amenées par les praticiens. Ainsi, la place prise par le TDR a été évoquée au moment des échanges concernant la consultation « angine ». Les questions du guide d'entretien relatives à la place prise par le TDR visaient dès lors à préciser les données recueillies. Les deux autres axes amenés par les praticiens eux-mêmes étaient la relation médecin-patient et l'acte de prescription. Ces deux thématiques ne faisaient pas l'objet de question du guide d'entretien mais ont été révélées par l'analyse de contenu.

Il faut noter que lors du troisième Focus Group, la question sur la campagne de la CPAM « Les antibiotiques, c'est pas automatique » avait été supprimée. Cependant, cette thématique est tout de même revenue dans le discours des médecins interrogés.

Ces six dimensions sont illustrées par la Figure n° 3. Elles ont été subdivisées en sous catégories de niveaux différents. Un total de 272 nœuds a été relevé. Ils ont été répartis de la manière suivante :

Figure n° 3 : Répartition des nœuds selon les dimensions retrouvées



Les sous-catégories retrouvées sont issues de l'extraction de 645 morceaux de texte. Certains d'entre eux ont été utilisés en guise d'illustrations dans l'analyse qui suit.

3.2. Analyse

La présentation des données issues de l'analyse thématique respecte les grandes dimensions retrouvées.

Ainsi, la consultation « angine », la place prise par le TDR et les recommandations sont les premiers axes exposés. L'acte de prescription, la campagne de la CPAM « Les antibiotiques, c'est pas automatique » et la relation médecin-patient ont été les trois derniers thèmes développés.

3.2.1. La consultation « angine »

Des différences de point de vue ont pu être relevées sur les représentations que les médecins se faisaient de l'angine. Ces différents regards sur la pathologie constituaient un prélude à la variabilité des pratiques qui a pu être constatée dans les suites.

3.2.1.1. Le médecin généraliste et l'angine

Différentes représentations de l'angine ont été évoquées par les médecins généralistes.

a. Selon l'étiologie

Pour les médecins enquêtés, l'angine était tout d'abord représentée par son origine.

M23 : « En général heu c'est rarement bactérien enfin je prescris, ouais c'est viral souvent. »

Si l'existence d'une dichotomie entre l'origine virale et l'origine bactérienne ne semblait pas susciter de différences entre les participants, l'existence d'angines bactériennes autres que l'angine streptococcique posait une première problématique dans le mode de réflexion de certains médecins.

M10 : « Tu peux avoir les angines bactériennes non streptococciques […]. Heu, la fuso-spirillaire »

b. Selon la présentation clinique

Concernant les signes cliniques de l'angine bactérienne, la plupart des médecins retenait la notion d'un syndrome dominé par les signes généraux.

M16 : « Une angine bactérienne, il y a des signes généraux, ils ont mal partout ils chauffent à trente-neuf, quarante »

L'amygdalite et la dysphagie étaient également des éléments de présentation mis en avant.

M15 : « Elle a fait une méga angine avec ganglions, dysphagie »

Deux aspects visuels de l'angine bactérienne ont été décrits.

M20 : « Avec des grosses amygdales (.), soit érythémateuses soit érythémato-pultacées »

c. Selon les complications

Dans le cas de l'angine streptococcique, les médecins les plus âgés ont reconnu être marqués par la survenue possible de complications systémiques dont le rhumatisme articulaire aigu (RAA).

M18 : « moi pendant les années de médecine moi on m'a bourré la tête avec le streptocoque, le streptocoque, on voyait des RAA partout »

Cependant, cette crainte des complications graves semblait évoluer dans le temps avec la diminution de la fréquence des cas rencontrés.

M21 : « On voyait des rhumatismes articulaires, moi j'ai vu une chorée […] autrefois il y avait quand même des complications d'angine »

d. Selon l'épidémiologie

Les notions d'épidémiologie et de fréquence ont été évoquées comme d'autres modes de représentation permettant d'orienter le diagnostic.

M15 : « c'est vrai que, enfin les angines c'est aussi pas mal par périodes»

M16 : « je sais qu'avant deux ans théoriquement on n'a pas d'angines à streptocoque »

e. Selon les différentiels

Dans leur démarche diagnostique, les médecins ont soulevé la notion de diagnostic différentiel. En effet pour eux, poser le diagnostic d'angine bactérienne consistait à éliminer les différentiels les plus fréquents et ce, quel que soit leur mode de prise en charge.

M1 : « la fréquence des angines est quand même relativement rare par rapport aux symptômes qu'ils décrivent parce qu'ils viennent en fait pour un mal de gorge »

M8 : « Le patient qui a mal à la gorge il a peut-être une pharyngite, il a peut-être un reflux »

f. Des représentations originales

L'origine de l'angine a été rattachée à des facteurs extérieurs pour le moins originaux dans une occurrence.

M8 : « C'est une pathologie d'été, de rupture d'énergie, de choses comme ça plutôt. »

3.2.1.2. Une consultation aux caractéristiques diverses

De manière générale, plusieurs médecins notaient que la consultation « angine » était une consultation variée tant du point de vue des patients eux-mêmes que sur leur ressenti propre.

M22 : « On est bien d'accord, il n'y a pas de consultation stéréotypée, ça c'est dit. »

a. Selon le type de patient

Les médecins ont décrit deux catégories de patients. D'une part, les patients « suiveurs » qui laissaient la consultation ouverte en venant y chercher un diagnostic ou un conseil.

M11 : « Et après, ceux qui vont dire j'ai mal à la gorge, bon c'est déjà plus ouvert »

D'autre part, les patients « bloqueurs » dont la gestion des préjugés, sur les symptômes avec lesquels ils se présentaient, se révélait plus difficile à négocier pour le médecin.

M11 : « Je vois bien le jeune actif : "J'ai une angine, heu bon, il faut se dépêcher, enfin, il faut que ça aille vite, etc. D'habitude, je prends ça, on me donne ça et ça va". Enfin bref, tout est déjà fait. Il passe la porte, il sait déjà qu'il a une angine, il sait déjà ce que je vais mettre sur l'ordonnance enfin bref je sers à rien. Mais bon, là c'est plus compliqué pour remettre les choses au clair »

b. Selon le délai de recours

Au-delà des patients eux-mêmes, la consultation autour de l'angine était considérée comme une consultation au délai de recours variable.

M10 : « C'est tellement variable que je, je. On a tous des patients qui viennent très vite et des patients qui traînent »

La plupart des interrogés ont décrit tout de même une tendance au recours différé.

M17 : « les gens quand ils viennent me voir […] c'est jamais au premier jour […] souvent ils viennent quand même déjà au deuxième ou troisième jour »

Selon les médecins, cette tendance à consulter plus tardivement était sous l'influence de plusieurs paramètres dont l'âge du patient.

M20 : « les adultes qui viennent pour des douleurs à la gorge ils consultent pas tout de suite […] pour les enfants ils viennent assez rapidement »

L'automédication ainsi que l'influence des campagnes de communication par l'Assurance Maladie ont été évoquées également comme des retardateurs du recours à la consultation.

M21 : « Ben, on est dans un secteur où il y a beaucoup de, d'automédication […]. Pour des angines, les gens ils ont été chez le pharmacien, ils ont eu du Doliprane, du, un, un collutoire, des pastilles, ils ont toujours mal à la gorge cinq, six jours après. »

c. Selon le médecin et son vécu de la pathologie

L'âge du médecin pouvait être un facteur d'influence sur son ressenti de la consultation « angine ». Les variations d'humeur, la charge de travail ainsi que l'horaire de consultation étaient considérées comme des facteurs d'influence également.

M21 : Je pense qu'elle est très variable d'un jour à l'autre en fonction du travail du médecin, de son humeur {rires de M21 et M20}, et je pense (.) [M22 : de son âge], mais non mais [M19 : de l'heure de la soirée].

Malgré ces variations, les médecins considéraient au premier abord la consultation « angine » comme une consultation courte. Par là-même, elle était vécue de manière sereine à l'inverse d'autres motifs de recours qu'ils pouvaient rencontrer dans leur pratique.

M10 : « on se dit ça va être une consultation courte (.) par rapport à quelqu'un qui dit {M10 mimant un air abattu} : "Je suis fatigué, j'en ai marre {rire général}, mon patron me prend la tête ou ma femme m'emmerde" […] Et, et quand on se dit : "C'est une angine {frappe dans ses mains}, ouais on va rattraper notre retard, on va vider la salle d'attente plus rapidement" »

d. La place de la douleur

La douleur était un élément pouvant amener le patient à consulter.

M18 : « Ils viennent parce que ça fait mal en général »

3.2.1.3. Les temps de la consultation « angine »

La consultation « angine » suivait un rythme variant de deux à cinq temps en fonction des pratiques.

a. L'interrogatoire et l'examen clinique

Qu'ils soient utilisateurs ou non du TDR, les participants étaient en accord sur l'importance du temps essentiel de l'examen clinique et de l'interrogatoire.

M10 : « pour moi et pour ma pratique que c'est (.) l'interrogatoire et la clinique qui priment »

M18 : « Je me base sur la clinique et puis c'est tout »

b. Le temps du TDR

Dans ce contexte, le deuxième temps de la consultation dépendait de l'affinité de chaque médecin pour le TDR qui était alors, à ce stade, utilisé ou non.

M13 : « je sors peut-être un peu du lot, je fais dans neuf cas sur dix un TDR »

M20 : « C'est vrai que pour l'instant, non je l'utilise pas du tout »

c. Pratiques diverses

De la même façon, le milieu de consultation pouvait être ponctué de pratiques non consensuelles.

M6 : « Quand j'ai une angine qui me semble bactérienne, bactérienne (.), fréquemment je fais une prise de sang »

d. Prescription et éducation thérapeutique

A l'issue de ces étapes diagnostiques, la consultation aboutissait à l'acte de prescription ou de non-prescription.

M10 : « on va regarder la gorge, on va ou pas faire le TDR, et puis on va mettre notre traitement en route »

La fin de la consultation était associée de manière variable, suivant les médecins interrogés, à un temps accordé pour l'éducation du patient.

M22 : « moi je leur dis : "Laissez votre organisme se défendre tout seul, si on fait le boulot à sa place, et ben, il apprendra jamais à se défendre tout seul votre organisme et vous ferez des infections à répétitions, vous vous habituerez aux antibiotiques" »

3.2.1.4. La prescription antibiotique dans l'angine

La problématique soulevée par l'acte de prescription dans l'angine concernait le choix de l'antibiothérapie. Ce choix, selon les médecins, avait été simplifié au fil du temps en raison d'une évolution de la prescription. Cependant, l'acte de prescription d'antibiotiques demeurait un acte sous diverses influences.

a. L'influence du temps

Même si le discours relevé a suggéré des niveaux de prescription différents, des médecins ont parlé en majorité d'une évolution de la consommation antibiotique vers une diminution au cours des dernières années.

M22 : « Ben moi c'est l'inverse, depuis heu, moi je prescrivais énormément d'antibiotiques (.) à l'aveugle, dans le temps »

b. L'influence des recommandations

Cette évolution était influencée également par le changement des règles de bonne pratique.

M7 : « moi je me souviens encore des objectifs des maladies infectieuses, j'ai encore le bouquin et (.) dedans on disait toutes les angines doivent sortir avec un antibiotique [M3 : bien sûr ; M8 : oui, non mais c'est sûr, la médecine elle évolue] »

c. La notion d'écologie bactérienne

L'évolution des recommandations était pour quelques médecins en lien direct avec les notions d'écologie bactérienne et de résistances. Ce phénomène semblait avoir sensibilisé les médecins au cours du temps.

M16 : « c'est plus une notion d'écologie bactérienne que d'économie pour la sécurité sociale, heu, ben de développement de résistances »

d. La diminution des complications graves

La quasi-disparition des complications graves permettait, dans le même temps, la levée d'une crainte vécue par quelques uns des médecins enquêtés. L'antibiothérapie dans l'angine étant considérée comme la solution face à la survenue du RAA, la quasi-disparition de ce dernier dans l'esprit des médecins a autorisé une évolution de leur prescription vers une diminution.

M19 : « c'est quand même le RAA qui est considéré comme avoir disparu en France et puis du coup on se permet de, de lever le pied sur les antibiotiques »

e. L'influence du tableau clinique

La prescription antibiotique dans l'angine restait sous l'influence d'éléments inhérents à la pathologie elle-même. La présentation clinique a été évoquée comme un facteur majeur d'influence.

M5 : « c'est clair quand on voit le patient avec trente neuf de fièvre, qui a très très mal c'est un p'tit peu difficile à résister »

La durée des symptômes a aussi été soulevée en tant qu'élément influant la décision thérapeutique.

M21 : « quand les symptômes durent depuis longtemps, depuis quatre ou cinq jours, je l'utilise pas {en parlant du TDR}, j'antibiose »

f. Des différences interindividuelles

Sur le cas précis de l'angine, quelques médecins parlaient de différences interindividuelles dans la pratique de l'antibiothérapie.

M1 : « comme on a remplacé, effectivement on a vu différentes façons de faire et oui il y a des différences. Selon le médecin qu'on remplaçait on voyait qu'il y avait des prescriptions extrêmement faciles ou pas d'antibiotiques. »

Ces différences étaient, apparemment en partie, liées à un effet générationnel. Le caractère personnel et unique de la pratique de chacun s'affirmerait ainsi dans le temps.

M1 : « Selon un peu aussi la génération du médecin qu'on remplaçait, ça c'est clair. »

g. L'influence de l'automédication

L'automédication a été évoquée comme un retardateur de la consultation. Certains médecins se sentaient quasiment obligés d'opter pour l'antibiothérapie à défaut d'amélioration par l'automédication.

M21 : « Pour des angines, les gens ils ont été chez le pharmacien, ils ont eu du Doliprane, du, un, un collutoire, des pastilles, ils ont toujours mal à la gorge cinq, six jours après. Bon, ils viennent consulter, moi je peux pas plus, je mets un antibiotique point. »

Concernant l'angine ou une autre pathologie, l'acte de prescription faisait intervenir pour les médecins interrogés des interactions beaucoup plus nombreuses et complexes dont un certain nombre de mailles a été développé dans un chapitre à part entière.

3.2.1.5. Limiter l'antibiothérapie dans l'angine

Malgré l'évolution bénéfique des prescriptions en termes d'écologie bactérienne, la prescription antibiotique dans l'angine restait, pour plusieurs médecins, supérieure aux besoins probables.

M14 : « J'avoue, je prescris plus d'antibiotiques que je ne devrais probablement le faire »

a. La réévaluation clinique

Certains médecins ont dit faire appel à la réévaluation clinique afin de limiter

leur utilisation des antibiotiques.

M5 : « on va encore attendre un petit peu mais ça peut évoluer, ça peut se compliquer [M3 : voilà, ok] ça peut se surinfecter et revenez me voir si tel symptôme" (.) j'ai l'impression que ca passe. »

b. L'ordonnance anticipée

Pour d'autres praticiens, la rédaction d'une ordonnance différée leur permettait d'éviter une prescription systématique d'antibiotiques lors de la consultation initiale.

M23 : « Heu, s'il est négatif et que j'ai un doute je procède de la même façon, je leur prescris un antibiotique et si sous quarante huit heures la fièvre persiste je leur dis de le prendre. »

c. Des techniques limitées

Cependant selon les dires des enquêtés, ces techniques d'évitement trouvaient leurs propres limites dans le degré de compliance des patients et dans la difficulté d'une réévaluation clinique systématique et rapide. Finalement, l'expérience s'affinait parfois auprès des proches du médecin et le confortait dans la non-prescription d'antibiotiques.

M10 : « j'ai quatre enfants, la meilleure expérience c'est eux parce que […] ils ont une petite angine, je les traite pas […] je les revois le lendemain matin […] tu t'aperçois que le lendemain ben ils vont un petit peu mieux […] t'as pas mis d'antibio […] et puis finalement ils guérissent quoi. Demande ça à un de tes patients de revenir tous les jours pendant trois

jours [M18 : ben attends {rire général}], et là d'abord on dort plus »

3.2.2. Le TDR dans la consultation « angine »

3.2.2.1. La place prise par le TDR

Au-delà de ses avantages et inconvénients d'utilisation, de nombreux médecins ont évoqué un outil dont la pratique a changé dans le temps face à des circonstances particulières d'exercice ou face à des modes de pensée éloignés des simples considérations diagnostiques. Si son utilisation a évolué dans le temps, c'était pour certains vers une moindre utilisation.

M20 : « Moi ça a évolué hein parce qu'au début je l'utilisais et puis depuis je l'utilise plus. »

Un des participants a évoqué la possibilité que le TDR puisse être moins utilisé auparavant lorsque le médecin se déplaçait plus fréquemment au domicile.

a. Selon le cadre médico-légal

La place prise par le TDR pouvait être différente suivant le cadre médico-légal en place dans le lieu et le moment d'exercice

M19 : « Moi j'avais fait heu, dans les iles du Pacifique et donc du coup les rhumatismes articulaires aigus il y en a énormément. C'est, voilà, et c'est que là, par contre, le TDR il est là et c'est même presque médico-légal. »

b. Selon la formation médicale

Pour d'autres, la place prise par le TDR pouvait être différente suivant le vécu de son enseignement au cours de la formation médicale.

M13 : « pourquoi le faire {rires} ? C'est peut-être un peu (.) le formatage urgences pédiatriques, heu, en stages »

c. Selon les circonstances d'exercice

Suivant certaines circonstances d'exercice, la place prise par le TDR pouvait changer. C'était le cas en particulier des remplacements libéraux où, selon le médecin remplacé, la pratique du TDR pouvait être adaptée.

M14 : « Moi j'en faisais, j'avoue, quand je remplaçais, selon la méthode du médecin que je remplaçais »

d. Un instrument de l'Assurance Maladie

Certains médecins interrogés ont considéré le TDR comme un instrument de l'Assurance Maladie. Cette représentation constituait, selon les enquêtés, un argument supplémentaire permettant de limiter la prescription antibiotique. Selon plusieurs participants, l'Assurance Maladie pouvait être considérée comme un facteur d'influence sur le patient en tant qu'organisme payeur.

M4 : « C'est un p'tit peu comme le slogan hein "Les antibiotiques, c'est pas automatique". C'est la même chose, en fait on utilise un argumentaire de sécu […] tout ça pour dire aux gens : "Vous n'avez pas besoin d'antibiotique". »

Cependant, en étant considéré comme un outil de l'Assurance Maladie, le TDR pouvait susciter un phénomène de rejet. En effet, certains des enquêtés se sentaient systématisés de manière manichéenne en bons ou mauvais prescripteurs selon qu'ils pratiquaient ou non le TDR.

M2 : « je veux dire l'argumentation elle est pas uniquement de dire il y a les médecins méchants qui donnent des antibiotiques et les médecins gentils qui en donnent pas »

Cette systématisation, en bon ou mauvais prescripteur, pouvait également être suscitée par le discours de certains patients sur l'utilité réelle de la consultation lorsque le TDR était négatif.

M2 raconte ce que lui a dit un patient : « j'lai reçu le, le message : "Ecoutez Docteur, vous allez faire un test il va dire que c'est négatif et que je vais sortir avec du Doliprane". D'accord. "Pourquoi vous êtes pas venu avant ? Bah ça sert à rien […] vous allez me faire un test et me donner du Doliprane". »

e. Selon la personnalité du médecin

La place prise par le TDR n'était donc plus, à ce stade, uniquement diagnostique. En effet, le TDR prenait une place dans le mode de prescription du médecin.

Dans ce contexte, un médecin soulevait le fait que la place prise par le TDR pouvait être en lien avec la personnalité du praticien. Selon les propos de ce participant, la pratique du TDR semblait être révélatrice d'un stress propre au praticien qui utiliserait le TDR pour se rassurer.

M16 : « J'ai vraiment l'impression que cette histoire de TDR est un reflet de la personnalité et du stress de chaque médecin. C'est vrai ? C'est un reflet. Regarde M17 et moi, on fait pareil. On dit neuf fois sur dix, on fait peut-être un peu pour se rassurer […] y a des médecins qui disent : "Moi j'en fais jamais, la clinique me suffit et j'argumente d'une autre façon". Donc je pense qu'il y a une réelle étude à faire sur la personnalité du médecin et la pratique du TDR »

Face à cette notion de stress, le TDR devenait donc un élément rassurant pour le médecin. Ceci était d'autant plus vrai qu'il était parfois utilisé comme un instrument permettant de développer le sens clinique de son utilisateur.

M13 : « je me suis servi du TDR pour (.), pendant plusieurs mois, pour affûter, heu, mon sentiment clinique »

3.2.2.2. Les intérêts du TDR

a. Lever le doute clinique

Les médecins interrogés sur les avantages du TDR ont mis en avant son intérêt diagnostique, dans les situations de doute clinique ou face à des présentations de l'angine qui étaient atypiques.

M5 : « sincèrement, quand pour moi c'est bactérien je mets un antibiotique et (.) le Streptatest, il me sert justement quand j'ai un doute »

M9 : « enfin moi c'est vrai que je ne fais pas de TDR, enfin quasiment pas sauf, justement, quand c'est un peu atypique »

Dans ces situations de doute, le TDR pouvait faire gagner du temps.

M16 : « avant tu disais c'est viral, tu les revoyais deux jours après avec une gorge comme ça, donc là tu gagnes une consultation […] là, grâce au TDR je pense qu'on gagne quarante huit heures »

En permettant d'affirmer l'origine streptococcique lors d'une angine posant un doute clinique, quelques praticiens soulevaient le rôle préventif que pouvait prendre le TDR face aux complications post streptococciques.

M5 : « on nous dit l'angine bactérienne qui nécessite des antibiotiques c'est celle à streptocoque parce qu'il y a un risque de complication de type RAA. C'est ça qu'on veut éviter […]. Et le Streptatest est là pour ça. »

b. Le rôle écologique

Chez les utilisateurs du TDR, l'intérêt d'un rôle écologique était fortement ancré.

M7 : « ben y a plein de résistances donc, si tu donnes des antibiotiques dans toutes les

angines »

c. Le rôle économique

A l'inverse, le versant économique de son utilisation était plutôt évoqué par des non utilisateurs sceptiques.

M10 : « Lutter contre le streptocoque, bien sûr, il y a un argument, heu, commercial derrière, enfin non, économique pas commercial »

d. Le rôle pédagogique

Enfin, le TDR était reconnu comme un outil ayant un rôle dans la relation au patient. Tout d'abord, du point de vue de l'éducation de ce dernier, le TDR possédait aux yeux de certains médecins un rôle pédagogique.

M23 : « on arrive à, à leur faire comprendre que c'est viral et qu'il y a pas besoin d'antibiotiques, voilà {rires} »

e. Un outil de négociation

Dans la justification de la non-prescription d'antibiotiques, le TDR devenait un négociateur à part entière de la relation médecin-patient. Malgré leurs divergences, il s'agissait de l'intérêt donné au TDR qui a le plus unifié les médecins enquêtés. Initialement prévu dans un but diagnostique et écologique, le TDR était finalement devenu au fil du temps

un instrument de négociation aux yeux des non-utilisateurs comme des utilisateurs, qu'ils soient occasionnels ou non.

M16 : « C'est-à-dire que je sais que je n'ai pas envie d'en mettre, je sens bien que les gens (.) vont m'emmerder et je, je fais le TDR […] Et je, heu, j'ai une vraie argumentation vis-à-vis des gens »

Paradoxalement, le TDR redevenait un outil diagnostique lorsqu'il était positif. Face à la positivité du test, le patient ne négociait pas.

M21 : « Là y a pas de, de, y a pas de négociation dans une consultation comme ça en fait […] ils disent rien si on leur dit : "Vous avez un test positif". »

3.2.2.3. Les limites du TDR

Malgré la diversité des intérêts décrits, certains médecins avançaient l'idée que le TDR était probablement sous-utilisé en raison de ses limites.

a. Le temps de réalisation

Parmi les limites évoquées figurait le temps de réalisation.

M1 : « moi j'utilise personnellement pas les Streptatests tout simplement pour, déjà une question de temps, je trouve ça trop long personnellement »

Pour certains praticiens, la limite apportée par le temps de réalisation était majorée par l'importance de la charge de travail.

M20 : « des fois, moi j'ai une heure de retard, même si ça fait gagné deux minutes (2s), elles sont gagnées {rires} »

L'argument du temps de réalisation restait cependant un argument divisant les utilisateurs et les non-utilisateurs.

M1 : « je trouve ça trop long personnellement [M7 : non c'est pas long] »
M23 : « Après au niveau du temps, je trouve qu'en effet ça prend pas plus de temps que ça»

b. La faisabilité

De manière plus marquée, le problème de la faisabilité a été soulevé, en particulier chez les patients jeunes.

M1 : « enfin on a quand même une technique de prélèvement qui est pas du tout facile à exécuter chez une grande catégorie d'enfants. »

c. La fiabilité

Chez les patients jeunes en particulier pour lesquels était soulevé le problème de la faisabilité du TDR, mais aussi de manière générale, certains médecins remettaient en cause la fiabilité de l'outil.

M13 : « la réalisation du test, heu, est (.) pas toujours facile, surtout avec les enfants et donc la fiabilité est (.) aléatoire »

d. La restriction au SGA

Au-delà de ses limites techniques, plusieurs médecins se rejoignaient sur une préoccupation commune. Pour eux, la restriction du test à l'angine streptococcique posait le problème de l'antibiothérapie face à un tableau infectieux évocateur d'une angine bactérienne mais à TDR négatif.

M10 : « c'est pas forcément non bactérien quand le strepta, le TDR est négatif »
M14 : « c'est recherche de strepto […] C'est très sélectif »

Dans cette situation en particulier, la présence d'un TDR négatif semblait soulever de nombreux doutes.

M19 : « Des fois, j'ose même pas faire le TDR à ce moment là parce que je me dis s'il est négatif j'aurais l'air con donc, du coup, je préfère pas le faire »

Le doute était d'autant plus important lorsqu'il s'inscrivait dans l'histoire d'expériences vécues.

M16 : « Moi, la dernière angine bactérienne non traitée, tu vois j'avais pas traité tu vois avec un TDR négatif, j'aurais dû me méfier c'était un jeune qui avait une, pour moi une dysphagie unilatérale. Et trois jours après c'était un phlegmon amygdalien, c'est parti aux urgences »

Le doute induit par un TDR négatif était considéré comme un facteur de risque de prescription d'antibiotiques en inadéquation avec le résultat.

M10 : « je me méfie des angines bactériennes non streptococciques que je vais peut-être traiter aussi. Et là même, même TDR négatif »

e. Les autres limites

Enfin de façon plus marginale, la présentation désuète du test comparée à une panoplie de chimiste a été évoquée en tant que limite. L'absence ponctuelle possible de matériel et le souci de son coût constituaient les ultimes limites soulevées.

M16 : « quelquefois, a posteriori tu te dis : "Tiens, j'ai été cramé un euro cinquante à la sécu" »

3.2.2.4 Les conditions d'un changement de la pratique du TDR

Au cours des entretiens, les participants ont été explicitement interrogés sur les modalités potentielles qui pouvaient faire évoluer leurs pratiques du TDR

a. Davantage d'utilisation ?

Interrogés sur ce qui pourrait faire changer leur pratique concernant le TDR, les non-utilisateurs ou utilisateurs occasionnels ont signifié que leur pratique pouvait évoluer avec l'élaboration d'un outil simplifié techniquement. Le fantasme d'un outil plus simple à

réaliser et d'interprétation instantanée dominait, rejoignant ainsi de manière cohérente les limites soulevées en termes de faisabilité et de temps de réalisation.

M2 : « Donc c'est vrai, il faudrait un truc facile. Comme pour la température, on appuie sur un bouton tac. Maintenant je trouve ça génial moi, on ouvre la bouche, tac, on appuie [M7 : S+ {rires}]. »

Un outil ayant une date de péremption plus longue a également été proposé.

b. Une moindre utilisation ?

Pour les utilisateurs réguliers, les réponses étaient claires et concises. Leur pratique pouvait évoluer vers une moindre utilisation en cas de remise en question de la pertinence du test.

M24 : « Si, par exemple, dans l'avenir il y a plein de streptocoques, d'angines à streptocoques qui augmentent et puis finalement qu'on revient en arrière»

C'était ensuite le changement du cadre des recommandations qui était évoqué comme un facteur possible d'évolution vers une moindre utilisation du TDR.

M19 : « Ouais que les recos changent. Si les recos ils décident de chan, de les changer et disent que le TDR c'est plus utile ben, le TDR sera plus utile, c'est tout {rires} »

c. Statut quo

Face à cela demeurait tout de même quelques médecins, utilisateurs et non-utilisateurs, pour lesquels les conditions d'une évolution des pratiques n'étaient pas si évidentes. Malgré la proposition d'un changement de l'outil, ces médecins n'envisageaient pas de faire évoluer leur pratique quelles que soient les conditions.

M20 : « Non, franchement, pas besoin […] » = ; = M22 : « Je pense qu'il faudrait négocier, négocier longtemps avec toi {s'adressant à M20} pour que tu utilises le test » = ; = M20 : « Ah, je pense ouais {rires des autres participants}, je suis difficile en négociations. »

Ce dernier constat sous entendait que la pratique du TDR n'était pas uniquement une affaire d'outil à proprement parler mais bien d'appropriation de l'outil par le médecin en fonction de sa personnalité individuelle.

3.2.3. Au sujet de l'angine : les recommandations

Le TDR rencontrant une pratique divisée dans la population des médecins généralistes, il était intéressant d'interroger leur manière d'envisager les recommandations.

3.2.3.1. La méconnaissance générale des recommandations

Dans les groupes de médecins interrogés, les recommandations en matière de prise en charge de l'angine semblaient globalement méconnues. Les citer globalement ou avec davantage de précision pouvait posait problème. Il ne leur a pas été

demandé de se plier directement à cet exercice. Nous avons plutôt cherché à comprendre quelle était leur attitude quant aux recommandations.

M10 : « Ca existe encore ça les recommandations {rires de tous les participants} ? »

M9 : « Moi clairement, les recommandations je suis incapable des les, de les citer »

Pour les médecins interrogés, cette méconnaissance était multifactorielle.

a. La banalisation de l'angine

Concernant une pathologie fréquemment rencontrée, le recours aux recommandations était devenu inutile face à l'impression de savoir qu'avaient certains médecins. L'absence, en pratique, de difficultés au cours de la prise en charge de l'angine donnait aux mêmes praticiens le sentiment que leurs habitudes étaient adaptées.

M10 : « L'angine, t'en vois quand même, théoriquement, plusieurs par semaine ou plusieurs par mois, ce qui fait que ça banalise cette pathologie là. Et donc t'as l'impression, à tort peut-être mais, t'as l'impression de tout gérer. […] et tu te fous de savoir que, comment ils font à Perpignan, à Barcelone ou à Tombouctou. »

b. La sélection des recommandations

En conséquence, le temps accordé à la consultation des recommandations était défini suivant l'intérêt, le besoin, et ne concernait donc pas de façon prioritaire la prise en

charge de l'angine.

M11 : « Par exemple, je ne sais pas (.), je parle des nouvelles recos de, de diabéto par exemple, du traitement du diabète. Voilà ça m'intéresse donc je suis allée voir »

c. Sur les critères d'utilisation du TDR

L'analyse approfondie a montré que cette méconnaissance des recommandations concernait tout d'abord les critères d'utilisation du TDR.

M16 : « Théoriquement (.), ces fameux TDR il faut les faire (.), je me demande si c'est pas entre deux ans et (.) c'est quoi les âges ? »

d. Sur le score de Mac Isaac

Dans l'énumération des recommandations, le score de Mac Isaac ne semblait pas toujours être connu de manière précise.

M1 : « si il y a le, le, comment ça s'appelle ce score là ? [M7 : ouais c'est le Mac ; M5 : hum hum]. C'est le Mac "Adle" »

e. Sur l'antibiothérapie

La plupart des médecins interrogés semblaient adopter une attitude thérapeutique adaptée aux recommandations dans leur prise en charge de l'angine

streptococcique. Toutefois, certains ne semblaient pas le faire en connaissance de cause des recommandations actuelles.

M15 : « je ne sais pas si ça a été réévalué depuis mais je pense que j'en ai jamais prescrit de l'oracilline »

3.2.3.2. Les objectifs des recommandations

a. Le rôle écologique

En premier lieu, l'instauration de recommandations présentait pour certains médecins un but écologique.

M19 : « Non c'est surtout de l'écologie en fait. Elles ont été faites pour vraiment cadrer les prescriptions d'antibiotiques »

b. Le rôle économique caché

Pour d'autres, les recommandations laissaient place à un scepticisme quant à un rôle économique qui serait tu.

M22 : « les recos en matière d'angines on pourrait se demander si c'est pas uniquement un truc pour faire des économies hein. Alors bien sûr hein, c'est une caricature » = ; = M21 : « Mais même on pourrait se poser la question »

c. La référence face au doute

Dans ce contexte, les recommandations étaient principalement utilisées dans le but de rassurer tout en levant les doutes quant à la conduite à tenir.

M17 : « les recos c'est quand on a un doute »

3.2.3.3. Limites des recommandations

a. Standardisation des patients

Face au caractère unique de chaque patient et de chaque consultation, plusieurs praticiens interrogés ont soulevé le problème de la standardisation induite par les recommandations actuelles. Les médecins ont évoqué la notion de patients pour lesquels la systématisation dans un cadre strict établi était uniquement théorique.

M22 : « Les recos, c'est vraiment un standard. C'est pour une consultation standard mais on n'a jamais de consultation standard quasiment. »

D'après les praticiens, le caractère standard des recommandations ne pouvait donc convenir entièrement à la pratique du médecin généraliste. Selon eux, la standardisation des patients provoquerait une opposition vis-à-vis de leur présomption clinique.

M19 : « C'est rare que ça arrive mais, dans ces cas là, la présomption est tellement forte que du coup les recos »

Cette opposition était d'autant plus marquée lorsqu'elle était teintée d'expériences vécues autour de cas exceptionnels.

M15 : « Moi je vais vous raconter une petite histoire […] je vois un enfant de (.), ça doit être de, bon allez un peu plus d'un an je pense […] une angine blanche. […] Je lui dis : "Ben écoutez, là je suis bien embêté, il a de la fièvre mais l'angine blanche ça n'existe pas" […] elle va à Seclin aux urgences. Et puis je la revois donc quelques jours après et elle dit : "Vous savez pas docteur ? Elle m'a dit que ça existait les angines et puis je suis sortie avec mon antibiotique". Donc heu, voilà {rires des participants} l'angine blanche, je croyais qu'elle existait pas avant deux ans »

Lorsque les recommandations leur faisaient suivre une ligne directrice opposée à leur intuition, cela réveillait chez quelques médecins une crainte de mal faire.

M24 : « c'est vrai que des fois on a peur, on se dit : "Ho la la, s'il arrive quelque chose" […]. Mais c'est parce qu'on a peur quoi, de passer à côté de quelque chose »

Par ailleurs, le phénomène de standardisation était considéré comme un facteur de déshumanisation de la relation médecin-patient. En supprimant le rôle social du médecin dans sa relation au patient, les recommandations remettaient en cause le rôle du médecin lui-même.

M19 : « Voilà c'est ça, dans ces cas là c'est une machine [M22 : si c'est comme ça on n'a plus besoin de médecins hein, il passe dans la machine, il fait le test angine et puis il sort directement], mettez vos symptômes dans la machine et vous avez le [M22 : il y a pas besoin

de médecins], c'est ça. »

b. Les autres limites

Concernant les autres limites évoquées, les indications de réalisation du TDR étaient considérées trop larges par les médecins enquêtés. Favorisant une utilisation de masse, les critères d'inclusion pour l'utilisation du TDR semblaient, selon l'avis des médecins généralistes, difficilement applicables en réalité.

M1 : « Moi j'ai pas envie de faire un Streptatest à chaque fois que quelqu'un va arriver et va me dire j'ai mal à la gorge »

Par ailleurs la difficulté d'une mise à jour en temps réel était soulevée. En médecine générale, le fait que ces mises à jour puissent toucher une multitude de domaines rendait impossible une mise à niveau en temps réel aux yeux des enquêtés. Le manque d'un accès simple à l'information semblait être aussi un élément favorisant la méconnaissance des recommandations.

M2 : « avant on avait les labos bon, avec un message biaisé ou non mais on avait un message quand même. Là on est (.) dans le flou artistique »

Enfin pour certains, les recommandations étaient vues comme une considération épidémiologique de grande échelle et étaient éloignées de la pratique du médecin généraliste à son échelle locale.

M14 : « on a une échelle très locale et, du coup, c'est vrai que c'est divergeant. Je pense qu'entre le local et l'échelle planétaire, ça me touche pas »

3.2.4. L'acte de prescription

La prescription a été une dimension largement évoquée dans l'enquête menée, tant sur la prescription en général que sur l'antibiothérapie en particulier. Elle s'est révélée être l'issue décisionnelle d'un processus complexe au travers duquel le médecin engageait sa responsabilité et, par la même, touchait à son identité professionnelle.

3.2.4.1. L'acte de prescription en général

Sur la prescription en général, seules quelques notions ont été évoquées. Leur mise en valeur pouvait cependant présenter un intérêt dans le cadre de cette étude.

a. Un acte sous influence

Prescrire n'était pas un acte anodin dans l'esprit de certains enquêtés. C'est en présentant un risque potentiel permanent que la thérapeutique médicamenteuse influençait les médecins dans leur acte de prescription. En effet, par l'évaluation de la balance bénéfice/risque, les praticiens déterminaient l'attitude la moins nuisible qui leur était possible d'adopter.

M19 : « leur expliquer comment je prescris, expliquer heu, cette balance bénéfice/risque […] en fait je leur dis : "[…] vous avez un bénéfice qui est supérieur au risque que ce médicament

vous donne". »

Dans ce contexte, plusieurs participants ont partagé leur trouble lorsqu'ils disaient être confrontés à la réversibilité de l'information médicale.

M24 : « Ben, c'est vrai qu'au départ voilà, c'est moins cher, on dit que c'est la même molécule et puis finalement on revient sur plein de choses, alors heu {soupirs} »

Toutefois, c'est dans le souvenir des expériences passées que ces mêmes médecins dépassaient leur sentiment de doute à ce sujet. Ainsi, c'était en s'inspirant de leur expérience que les praticiens dépassaient les recommandations et décidaient du mode de prescription qui leur semblait le plus adapté. La prescription devenait alors un acte propre à chaque médecin.

M19 : « c'est la particularité de la médecine générale, c'est que les prescriptions varient en fonction du médecin. »

Cette liberté, que quelques praticiens prenaient, semblait fragilisée par le rôle prépondérant des Caisses d'Assurance Maladie. Cette constatation s'appliquait en particulier aux jeunes médecins.

M2 : « On parlait de la nouvelle génération de médecins qui arrive, parce que moi je, je, je vais pas dire mais, aujourd'hui c'est tout à fait ça. Les médecins viennent (.) avec le, ils sont formatés CPAM, c'est méchant hein mais, ils sont formatés CPAM, pas trop de médicaments, pas d'antibiotiques, rien. »

b. Le besoin de « réparation instantanée »

Face aux plaintes que leurs patients présentaient, certains praticiens pensaient trouver la solution dans l'acte de prescription. Cette attitude était perceptible chez les médecins interrogés. Ces derniers la justifiaient comme une facilité face à la fatigue et à la charge de travail.

M18 : « C'est pas, c'est pas toujours facile, de, de en fait, de rien mettre sur une ordonnance »

M16 : « J'avais, le premier patient j'avais essayé de l'examiner et puis, quand j'ai vu les trente derrière qui faisaient la gueule, je, je, très rapidement je me suis retrouvé à, à dresser des listes complètes de médicaments sans examiner »

3.2.4.2. La prescription antibiotique en général

a. Les dimensions de la non-prescription

Ne pas prescrire un antibiotique semblait parfois difficile pour bon nombre de médecins interrogés. La non-prescription était décrite comme un phénomène chronophage.

M16 : « mais, comme il disait M18, on a vu le temps de nos consultations qui, le temps de nos consultations quelquefois augmenté »

Le temps que les médecins disaient passer lorsqu'ils décidaient de ne pas prescrire était un temps nécessaire servant à l'éducation et à la négociation avec le patient.

M23 : « il suffit d'expliquer au patient […] Après c'est sûr qu'il faut prendre son temps pour expliquer au patient, mais bon. »

Afin de rassurer leurs patients tout en évitant de prescrire un antibiotique, plusieurs médecins disaient avoir modifié leur approche du diagnostic. Si prescrire signifiait pour eux porter un diagnostic, ne pas prescrire c'était rassurer et cela passait par l'explication des signes négatifs.

M1 : « dans la consultation pour moi ça va venir de (.) l'explication, effectivement, pourquoi je ne prescrirais pas l'antibiotique, et effectivement c'est de dire par les signes négatifs »

En contrepartie, ne pas céder à l'antibiothérapie c'était aussi prendre le risque d'une augmentation de la charge de travail pour certains. Ne pas prescrire un antibiotique pouvait multiplier le volume des consultations.

M2 : « C'est tout à fait ça, moi j'ai des, j'ai mon remplaçant il donne du Doliprane (.) et voilà […] il suffit de regarder il y a une semaine de mon remplaçant, au début il bosse après il fait plus rien et moi le lundi, je "brrrrrrrrr" et c'est, c'est mortel »

b. Prescrire un antibiotique : des influences aux facteurs de risque

Tout d'abord, la majorité des enquêtés reconnaissaient que la prescription antibiotique en général, comme dans l'angine, avait évolué dans le temps vers une diminution.

M8 : « Non mais c'est pour vous dire que, voilà, par rapport aux antibiotiques l'évolution

aussi de la société. C'est sûr qu'il y a trente ans on rentrait dans le cabinet, il fallait qu'ils sortent avec un antibio »

Cependant pour quelques médecins, prescrire un antibiotique de manière injustifiée pouvait constituer une facilité et un risque face à la fatigue et à la charge de travail. Ce risque était plus important en fin de journée.

M18 : « je reconnais que par facilité, dans certains cas, je discute pas. En fin de journée, quand je suis arrivé au quarantième »

Face à la crainte de complications, les impératifs du lendemain constituaient des situations à risque de sur-prescription.

M18 : « c'est toujours pareil, si vous voyez l'enfant le vendredi soir, vous travaillez pas le samedi, bon (1s), y a le weekend qui vient et moi c'est la réflexion »

Par ailleurs, si les déremboursements tendaient à améliorer l'économie de santé, ils étaient vus par plusieurs médecins comme un autre facteur de risque de l'antibiothérapie injustifiée. Les praticiens l'évoquant expliquaient ce risque par la constatation d'un recours répété à la consultation. Pour eux, cette multiplication du volume des consultations était favorisée par la réduction de l'éventail thérapeutique.

M20 : « avec des produits non remboursés donc forcément, le Maxilase. Et les gens reviennent le lendemain»

Enfin pour les enquêtés, la prescription antibiotique en général était influencée par le patient lui-même. Le critère d'âge était perçu par les médecins comme un facteur d'influence.

M2 : « Il n'y a qu'une exception qui est toujours un petit peu truc c'est les petits, on a toujours peur que les petits se surinfectent »

De la même façon, le terrain et les antécédents du patient étaient dits être des facteurs pouvant influencer la prescription antibiotique.

M2 : « il y a le terrain qui joue beaucoup […] de par leurs terrains (.) de fragilité ou leurs tares, instinctivement on [M8 : oui tu ouvres le parapluie] on, ouais, on ouvre le parapluie »

Le niveau socioculturel constituait pour d'autres un élément d'influence.

M15 : «c'est vrai que dans les populations qui sont plus défavorisées, heu, inévitablement, on prescrit plus d'antibiotiques (.) parce qu'en plus ils sont plus revendicatifs et, heu, et ils sont plus difficiles à soigner »

Plusieurs médecins ont évoqué le problème des « fausses » allergies de l'enfant. Lorsqu'un antibiotique était prescrit de manière inadaptée pour un tableau vraisemblablement viral, la survenue d'une éruption cutanée pouvait être considérée à tort comme une allergie médicamenteuse alors qu'elle était possiblement due à une évolution naturelle de la pathologie virale elle-même. Pour ces médecins, il s'agissait d'une limite et d'une conséquence pratique de la sur-prescription antibiotique qui pouvait inviter à une

réflexion sur leur mode de prescription. Cependant, en regard de la diminution générale de la consommation antibiotique, les « fausses » allergies aux antibiotiques semblaient évoluer dans le temps et disparaitre progressivement des préoccupations des praticiens.

M18 : « Maintenant, on en voit moins justement parce que les antibiotiques sont, sont, enfin d'allergies dit à l'amoxicilline »

c. Le patient et l'antibiotique : regard du médecin généraliste

Les difficultés, que nombre des participants soulevaient lorsqu'ils faisaient le choix de ne pas prescrire un antibiotique, résidaient dans leur confrontation à des patients marqués par la culture de l'antibiothérapie.

M1 : « les patients ont cette conception d'avoir toujours l'antibiotique. C'est à partir du moment où ils ont l'antibiotique, ça ira. »

De nombreux participants reconnaissaient un changement des mentalités.

M2 : « petit à petit, les antibiotiques vont plus avoir cette [M8 : aura], cette aura magnifique. »

Cependant, l'antibiotique restait une priorité dans certaines situations d'impératifs sociaux.

M18 : "Il faut que le gosse retourne à la crèche, il faut qu'il aille en classe, j'ai personne

pour le garder", donc sous-entendu : "Donnez moi un antibiotique"

L'attachement des patients au pouvoir de l'antibiotique a été décrit comme un phénomène variable suivant le secteur géographique.

M10 : « c'est parce qu'ils ont une habitude, à mon avis, de, l'habitude de prise de médicaments différente des gens du Nord, je pense hein. Il y a le côté des mines et les mines c'est prescription facile »

L'âge du patient a été mentionné également comme un élément suivant lequel l'attachement au pouvoir de l'antibiotique était plus ou moins marqué.

M6 : « où il y avait quand même un excès du temps où j'ai débuté ma carrière c'est que chez les enfants, les nourrissons, tout ça, les enfants jusque quatre ans »

Pour d'autres, le niveau socioculturel des patients rendait leur attachement différent suivant la population concernée.

M20 : « Je pense que ça dépend les bassins parce que moi, là où je suis, c'est très, très compliqué hein (.) les antibiotiques […] moi j'ai beaucoup de mal à faire évoluer les mœurs. Ca fait quatre ans et j'en ai perdu, ça c'est clair et net »

Enfin pour quelques médecins, l'attachement des patients au pouvoir de l'antibiotique et au médicament de manière plus générale était un phénomène culturel national.

M8 : « et les patients ça ne les gêne pas de sortir d'un cabinet sans ordonnances. Mais nous ce n'est pas encore notre culture, je crois que c'est ça le problème »

3.2.5. La campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique »

3.2.5.1. Une campagne publicitaire

Même si l'objectif premier n'était pas d'être reconnu en tant que tel, « Les antibiotiques, c'est pas automatique » a été vécu comme une campagne publicitaire visible selon la grande majorité des médecins enquêtés. Quel que soit leur vécu de la campagne, les médecins reconnaissaient l'impact d'un slogan qui s'est ancré dans le temps.

M16 : « Il y a comme ça des (.) slogans qui, qui restent pour, un peu pour la vie »

3.2.5.2. Une source d'influence

a. Un effet générationnel

Par sa large diffusion médiatique, la campagne a été décrite comme la première ayant réellement eu de l'influence sur les patients et les médecins.

M18 : « c'est une des premières campagnes, si je me souviens bien, qui a, qui a à peu près marché je pense. »

Cette constatation était surtout un regard porté par les médecins plus âgés.

L'influence de la campagne était en effet perçue différemment suivant la génération du médecin interrogé.

M17 : « enfin moi je suis arrivée, enfin on va dire après la tempête parce que j'ai remplacé que quatre ans avant de m'installer. Donc (.) moi je suis arrivée à la période où, en gros, « Les antibiotiques, c'est pas automatique » ça les patients l'avaient très bien intégré »

b. Sur le mode de réflexion du médecin

Si la campagne semblait avoir été un support éducatif en ce qui concernait l'utilisation des antibiotiques, la diminution de leur consommation dans les suites était aussi due au bouleversement du mode de réflexion utilisé par certains médecins.

M18 : « ça me remet en question à chaque fois que je vais prescrire un antibiotique, est-ce que j'en ai vraiment besoin ? Enfin est-ce que le patient en a vraiment besoin ou pas ? »

c. Le poids de la CPAM

Si la majorité des enquêtés reconnaissait l'influence de la campagne sur leur pratique, quelques médecins pensaient aussi que cette influence était générée par le poids de la CPAM en tant qu'organisme payeur.

M2 : « la CPAM, qui est quand même importante dans notre organisation, donc j'pense que ça a dû jouer un rôle quand même sur notre prescription ou ça joue encore un rôle. Maintenant (.), est-ce que j'en prescris moins ? (2s) {M6 approuve de la tête en souriant} Sûrement. »

A quelques exceptions près, cette influence de la CPAM en tant qu'organisme payeur s'exerçait tout autant sur le patient lui-même.

M6 : « Mais le fait d'être appuyé par un organisme, un organisme payeur par rapport aux patients, donc qui a du poids pour les patients»

3.2.5.3. Une campagne éducative

De manière générale, les médecins interrogés ont parlé d'un « avant » et d'un « après-campagne ». L'apport de la campagne a pour eux consisté principalement en une ouverture du dialogue avec le patient.

M16 : « on arrive quand même, plus facilement (.), à entamer un dialogue avec les gens […] Les gens sont plus ouverts à la non prescription d'antibiotiques qu'avant. Ca a changé quelque chose »

Dès lors, la campagne représentait un outil d'argumentation.

M5 : « Moi je trouve que ça permet de nous appuyer aussi sur (.) quelque chose de connu de tous les patients »

Malgré tout, des divergences subsistaient. Pour certains médecins, la campagne restait insuffisante car elle ne pouvait pallier aux différences socioculturelles existantes entre les patients.

M12 : « je dois avoir une patientèle un peu moins cortiquée mais heu, je trouve que (.) c'est vrai scientifiquement mais c'est pas forcement évident à mettre en (.) place dans la pratique quotidienne »

3.2.5.4. Une aide au discours du médecin

a. Le discours facilité

Les divergences évoquées n'enlevaient en rien le fait que la campagne, par l'argumentation sur laquelle elle permettait aux praticiens de s'appuyer, renforçait son discours face au patient.

M16 : « ça a été une campagne […] qui, en tant que professionnels, nous a rendu un grand service »

b. Un élément de négociation

Si certains médecins en tiraient un bénéfice, c'était en l'utilisant comme un outil de négociation et non d'éducation. S'appuyant sur ce fait, ces praticiens y trouvaient une aide complémentaire et un argument dans leur choix de ne pas prescrire d'antibiotiques.

M17 : « je dirais que ça a été un très bon support, en tout cas pour moi, pour refuser et expliquer pourquoi je leur dis : "Non, vous n'avez pas besoin d'antibiotiques" »

Le parallèle avec la place prise par le TDR prenait alors tout son sens. En

considérant le TDR comme un instrument de l'Assurance Maladie, la plupart des médecins enquêtés déviaient le rôle écologique et éducatif du TDR pour en faire un outil de négociation, à l'image de leur utilisation du slogan de campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique ». Ces mêmes médecins établissaient ainsi un lien de continuité étroit entre la campagne et le TDR en faisant de l'un, comme de l'autre, de simples bases d'argumentation. Cette utilisation déviée de ces deux outils leur permettait dès lors de préserver leurs convictions et leur liberté de prescription.

3.2.5.5. La campagne face à ses limites

a. Une influence à l'excès

Depuis le lancement de la campagne s'est installé un phénomène paradoxal rapporté par une poignée de praticiens. Pour certains, c'était un effet inverse qui parfois avait tendance à s'affirmer. Cet excès d'influence pouvait aboutir à une diminution de la compliance des patients envers l'antibiothérapie.

M10 : « parfois, maintenant, à cause de la campagne, il faut parfois se battre pour en mettre […] on a du mal à les faire accepter parce que, parfois, la campagne elle a laissé trop d'impact quoi »

Ce phénomène actuel, ne semblait pas majoritaire mais était toutefois à prendre en compte. Il avait tendance à se manifester par un délai de recours à la consultation qui était retardé.

M2 : « Parce que les gens, les gens disent : "Ca sert à rien d'aller le voir, il va me donner du Doliprane". »

Cette tendance semblait inquiéter de manière hétérogène les médecins interrogés. Certains disaient être vigilants car, dans ce contexte, ils confiaient leur impression de résurgence des pathologies infectieuses sévères.

M6 : « Tout en sachant, que (.) du fait que les antibiotiques ne sont plus automatiques, je sais pas si vous avez remarqué mais j'ai l'impression quand même qu'on trouve plus de pneumopathies d'hospitalisées que auparavant »

b. L'impact sur l'identité professionnelle

Enfin, si la campagne a permis aux médecins d'y trouver un outil d'argumentation, ce n'est pas sans en avoir touché leur amour propre par un slogan à la formulation ambigüe.

M6 : « Le fait que la sécu dise "Les antibiotiques, c'est pas automatique", ça sous-entend que avant, avant le discours, c'était automatique […] M7 : « Oui, oui, ça nous agressait » = ; = M6 : « Ca nous agressait (2s) quelque part [M7 : ils aiment bien la CPAM] »

Malgré les bénéfices reconnus de la campagne, l'aspect intrusif qu'elle a eu dans la pratique professionnelle du médecin semblait avoir laissé une légère amertume pour certains.

M2 : « C'était faire dire c'que nous on devrait dire. »

M6 : «Donc ça peut être perçu par les médecins comme une intrusion par rapport à notre métier »

3.2.6. La relation médecin-patient

Il semblait finalement que la prise en charge de l'angine était au confluant de représentations, conscientes ou non, que les praticiens pouvaient avoir d'une pathologie et de patients venant à eux avec leurs propres facteurs d'influence. L'angine était ainsi plongée au cœur de la relation unissant le médecin à son patient. Dans leur présentation, le patient et sa pathologie pouvaient donc influencer la prise en charge faite par le médecin. Cette dernière était adaptée selon ce que le praticien estimait être le mieux. C'est ce qui l'amenait à négliger, tantôt, ou à dépasser, souvent, les recommandations officielles tant du point de vue de la démarche diagnostique que sur l'option thérapeutique alors prise. Cette individualité que représentait le patient rendait dans l'esprit des médecins interrogés chaque consultation unique. C'est à travers elles que les médecins disaient vivre leur relation à l'autre. Le lien unissant les praticiens à leurs patients a été largement abordé par les enquêtés. Ces derniers en ont livré leurs visions.

3.2.6.1. Une relation marquée par les consultations et par le temps

Si plusieurs médecins considéraient qu'il n'existait pas de consultations simples c'était parce qu'ils vivaient leur activité au travers de relations complexes.

M22 : « Il n'y a pas de consultations simples. Il y a des consultations compliquées, des

consultations complexes (.) mais il n'y a pas de consultations simples. »

Pour certains, la complexité de la relation médecin-patient tenait, en partie, au fait qu'elle n'était pas figée dans le temps. Elle aurait évolué vers une diminution du pouvoir du médecin.

M14 : « Vous disiez quelque chose, le patient [M13 : obéissait (.) entre guillemets], ha ben oui, on obéit à son médecin (.), c'est, c'est Dieu le père, on a plus cette notion »

Cependant pour certains, cette diminution du pouvoir du médecin restait à tempérer car elle était variable selon le secteur géographique d'activité et selon le type de patient rencontré.

M14 : « Et dans les mines, j'ai trouvé en remplaçant dans les mines, que les patients avaient encore cet esprit de médecin »

Dans ce contexte, plusieurs médecins notaient une influence importante des vagues récentes de déremboursements. Celles-ci donneraient moins de pouvoir au médecin en diminuant son arsenal thérapeutique.

M18 : « on a l'impression de donner des bons conseils mais les gens disent : "Ben ouais mais j'ai fait la queue, je suis venu en consultation et puis (.) j'ai des bonnes paroles" »

3.2.6.2. L'importance des négociations

Afin de conserver leur intégrité face à la diminution ressentie de leur pouvoir, une grande partie des médecins enquêtés disaient faire appel de manière régulière à des stratégies de négociations.

M22 : « Quand je me suis installé on ne négociait pas. Hein ou peu, ou peu »

a. Regards du médecin sur les négociations

Interrogés à ce sujet, les participants décrivaient les négociations comme un aspect difficile de leur pratique. Ce versant de leur quotidien apportait une contrainte car il s'agissait, selon eux, d'un phénomène chronophage.

M19 : « C'est vrai qu'on passe plus de temps à leur expliquer la, la balance bénéfice/risque »

Malgré cela, les négociations étaient parfois évoquées comme un moment inévitable de la consultation.

M21 : « Ca peut prendre une demi heure pour les décider à aller aux urgences tout de suite mais (.), bon ça vaut le coup de passer son temps »

Pour les enquêtés, la chronicité des traitements et les habitudes installées faisaient qu'un bouleversement du cadre en place était plus difficile à faire accepter. Cela rendait en conséquence les négociations plus compliquées. Cet aspect de méfiance des

patients envers la nouveauté pouvait être accentué par l'incompréhension d'individus ne possédant pas le savoir médical requis et nécessaire au jugement.

M21 : « Parfois ça prend beaucoup de temps parce que les gens ne comprennent pas pourquoi ils doivent aller à l'hôpital s'ils ont un purpura et de la température. »

Dans ce contexte, quelques médecins disaient se retrouver d'autant plus en difficulté face aux variations interindividuelles des pratiques. Il en était de même lorsque l'autorité médicale, par le biais d'initiatives individuelles, transmettait un message allant à l'encontre de leur jugement.

M20 : « quand c'est, c'est un professionnel de santé qui dit ça, pour défendre c'est quand même beaucoup plus compliqué »

Pour d'autres, les négociations semblaient être essentiellement un phénomène qui se retrouvait dans l'exercice de la médecine de ville. Il s'agissait aussi d'un phénomène s'inscrivant dans la durée et les compromis successifs.

M21 : « s'il refuse et bien il refuse, c'est pas (.), on reprendra l'affaire un mois après ou deux mois après »

En conséquence, les négociations semblaient être plus faciles pour les médecins traitants installés.

M22 : « C'est plus facile quand on est plus âgé, qu'on est installé depuis plus longtemps, les

gens vous écoutent probablement un petit peu plus »

Pour certains enquêtés, les négociations renvoyaient à la notion de confiance mutuelle entre le médecin et son patient. Cette notion s'inscrivait dans le temps et la durée.

M19 : « en fait c'est une relation de confiance entre le patient et son médecin qu'on acquière »

Le dialogue autour des négociations était facilité par la bonne connaissance du patient et de sa psychologie. Ces caractères propres au patient semblaient être en interaction avec ceux du médecin.

M19 : « en fonction de la psychologie du patient, heu et du médecin, parce qu'en fait c'est vraiment intimement lié les deux, on change tout »

A ce titre, plusieurs participants évoquaient le rôle de « second » dont la place dans la prise en charge pouvait rendre les négociations plus difficiles.

M22 : « C'est sûr que si tu arrives après un médecin qui est coulant, qui laisse tout passer, qui dit oui amen à tout le monde et (.) t'arrives derrière […] quitter ses habitudes, ses mauvaises habitudes [M24 : hum, hum], c'est très difficile. »

De gestion difficile lorsqu'elles aboutissaient à l'échec, les négociations ratées renvoyaient certains médecins à l'obligation d'une vigilance médicolégale.

M22 : « Si j'avais pas noté tout ça dans le dossier, je me retrouvais avec un procès. Pourtant j'avais, je pense que j'avais bien négocié le truc »

b. Sous la dépendance d'influences multiples

De nombreux éléments d'influence ont été relevés concernant les négociations. Ainsi l'horaire, la disponibilité, la fatigue et la charge de travail ont été considérés comme des facteurs pouvant perturber le bon déroulement des négociations.

M22 : « Y a des jours où on a le temps de faire de la négociation puis y a des jours on a pas le temps. »

Les médecins ont décrit également des facteurs d'influence qui étaient d'ordre socioculturel. Ainsi, les médias ont été perçus comme un élément pouvant perturber les négociations.

M22 : « C'est sûr que les médias nous aident, comme ils peuvent nous (.) détruire aussi, nous descendre hein. Parce que les gens prennent argent comptant ce qu'ils entendent »

D'autre part, la rémunération à l'acte a été évoquée à plusieurs reprises. La notion d'un paiement à l'acte donnait à certains médecins l'impression d'une obligation de résultat. Dans ce contexte, ces mêmes médecins ont exprimé la contrainte imposée par ce schéma de pensée. Pour eux, un tel mode de réflexion rendait les négociations nécessaires dès lors qu'ils souhaitaient conserver leur intégrité. Cependant, au-delà du patient uniquement, c'est aussi face à leurs propres convictions que certains médecins disaient mener les

négociations. Ils paraissaient alors se forcer à des compromis nécessaires face à cette obligation de résultat ressentie.

M5 : « certes derrière il y a le paiement à l'acte et on se dit : "Le patient va pas encore payer vingt trois euros pour s'entendre dire qu'il faut attendre" »

De manière paradoxale, deux types de situations ont tout de même été décrites comme étant des situations extrêmes de négociation. Face à celles-ci, les médecins disaient faire preuve d'une autorité qu'ils arrivaient à affirmer avec intransigeance. Ainsi le degré de gravité d'une situation donnée, appuyée par le vécu d'expériences passées, rendait la négociation impossible.

M21 : « Mais c'est aussi l'expérience. Parce que (.), en trente ans trois endocardites. La première j'ai été un peu souple, ça s'est mal passé. Mais les deux autres j'ai pas été souple du tout »

Enfin, l'objet lui-même de la négociation pouvait inviter certains médecins à refuser ce qu'ils estimaient alors devenir un marchandage.

M24 : « y a des choses pour lesquelles je négocie mais pas du tout parce que j'ai des demandes, des fois, pas possibles, pour heu, voilà, en fait les gens ravitaillent leurs familles […] (.) du coup {rires de M20} il faudrait que je fasse une liste de médicaments ou il faudrait des arrêts à tirelarigot, ou des médicaments […] qui n'existent plus en France enfin bref et là c'est non quoi »

c. La négociation autour de la prescription

En ce qui concernait la prescription en générale, la majorité des médecins estimaient que la négociation était nécessaire afin d'obtenir une meilleure observance.

M22 : « Aujourd'hui, on ne prescrit plus rien sans négociation. Il faut négocier pour être sûr qui, qui vont prendre leurs traitements »

La négociation était alors vécue de manière plus ou moins difficile selon la compliance du patient et selon son rapport de confiance envers le médicament.

M2 : « c'est pas que les antibiotiques, c'est les médicaments en général […], il y a une méfiance, il y a une méfiance énorme quant aux médicaments »

Dès lors, la négociation était considérée comme obligatoire afin de minimiser le risque d'échec. Cependant, les médecins interrogés reconnaissaient la limite que constituait l'indépendance du patient. Ce dernier restait pour les praticiens l'ultime décideur au final.

M22 : « C'est vrai que le patient, c'est lui qui (.) décide au bout du compte hein […] puis c'est au patient de choisir, c'est pas à nous de prendre la décision, sa décision »

3.2.6.3. L'identité professionnelle : entre satisfaction et doute

Lorsqu'ils défendaient leurs pratiques, leurs schémas de pensée et leurs convictions les plus profondes, les médecins interrogés témoignaient d'une identité

professionnelle qui leur était propre. Forgée dans le temps et par l'expérience, cette dernière paraissait s'enrichir de la satisfaction d'une relation accomplie avec le patient. Cependant, elle se trouvait aussi être en proie aux doutes.

a. La satisfaction de soi

Les difficultés multiples que les médecins disaient rencontrer au travers des négociations étaient telles que, lorsque leurs stratégies leur permettaient d'aboutir au succès, les praticiens en retiraient une satisfaction certaine. C'est alors avec confiance et avec force envers leur pratique que les médecins asseyaient leurs convictions.

M22 : « On a une satisfaction personnelle quand on a réussi notre négociation. »

Ce sentiment de satisfaction évoqué par les praticiens était renforcé par la possibilité qu'avaient certains de préserver leur intégrité.

M22 : « Oui mais, tu te sens mieux quand même d'avoir prescrit ça plutôt que d'avoir fait comme tout le monde ? » = ; = M20 : « Ah oui, oui. »

b. Les pressions ressenties

De leur pratique, plusieurs médecins généralistes ont décrit le vécu d'un ensemble de pressions qu'ils estimaient nuisibles pour leur identité professionnelle. Il s'agissait en premier lieu de pressions ressenties sur l'acte de prescription en général. Dans leur discours, ces pressions émanaient du patient lors de la consultation. Elles étaient d'autant

plus marquées lorsqu'il était question du choix éventuel d'une antibiothérapie.

M2 : « D'emblée ils nous mettent une sorte de mini pression en disant : "Bon (1s) cette fois-ci c'est sérieux Docteur il faut me donner tout de suite quelque chose parce que je sais, d'habitude on se revoit quarante huit heures après". »

Cette pression émanant du patient était vécue par les médecins la ressentant telle une obligation de résultat. Comme cela a déjà été évoqué précédemment, cette obligation de résultat était d'autant plus ressentie par ces praticiens du fait d'une rémunération à l'acte. Cependant, le vécu de ce chantage implicite n'atteignait pas tous les praticiens dans les mêmes mesures. Certains proposaient même des parades et des contre arguments qu'ils utilisaient comme un mécanisme de protection permettant de défendre leur identité professionnelle.

M7 : « L'argument des vingt trois euros faut le balayer très rapidement […], parce que c'est pas le patient, c'est pas le patient qui paye […] c'est tout le monde, c'est la société, c'est la société, donc il faut, il faut, il faut leur rejeter ça »

Au-delà du patient, quelques médecins disaient ressentir des pressions également de la part des autorités de santé dont ils dépendaient et, en particulier, de la part des Caisses d'Assurance Maladie. Cette affiliation obligatoire soulevait pour eux le problème d'une atteinte à la liberté de penser et d'exercer librement et sans contrainte. C'est l'atteinte de leur propre libéralisme que ces praticiens décrivaient par cet exposé.

M2 : « comme si on avait un carnet de notes à la fin de l'année quoi. C'est vraiment marrant

cette mentalité de, de surveillance que, nous médecins, on n'aime pas avoir parce qu'on est (.), on est médecin, enfin bon. »

c. Le doute

Selon certains propos recueillis, il apparaissait que l'identité professionnelle évoluait dans le temps. Si cette dernière s'enrichissait d'expériences et de satisfactions, ces mêmes expériences ébranlaient et touchaient parfois les praticiens dans des certitudes qu'ils pensaient acquises.

M21: « Je pense que quand on est jeune on a des certitudes, que quand on est un peu plus âgé on a beaucoup moins de certitudes »

Dans le contexte général et pourtant si complexe qui a été développé, la crainte de mal faire pouvait alors évoluer vers une remise en cause profonde de ses acquis. Dès lors, c'est le doute qui paraissait s'installer.

M24 : « à chaque fois c'était : "Beh non, mais je vous l'avais dit, je supporte pas ", et du coup ben après (.) je sais pas si c'est ce qu'il faut faire »

4. DISCUSSION

4.1. Résultat principal

Le TDR n'est pas seulement un outil diagnostic pour les médecins rencontrés dans cette étude. Son application pratique semble dépendre essentiellement de la façon dont les médecins généralistes s'approprient l'outil au cours de la consultation.

Au-delà du rôle diagnostique, le TDR est considéré par une partie des médecins de notre enquête comme un outil de négociation. En cas de TDR négatif, les praticiens concernés voient dans l'outil un argument sur lequel s'appuyer afin de justifier une non-prescription d'antibiotiques. Ainsi, les médecins généralistes éprouvant plus de difficultés en négociation voient dans le TDR un outil plus utile.

Cette utilité est également avancée dans l'enquête par des praticiens éprouvant le besoin de se rassurer dans leurs décisions thérapeutiques. Face à la crainte de mal faire, certains médecins généralistes voient dans le TDR un outil permettant de lever les doutes diagnostiques lorsque la conviction clinique est insuffisante.

Par ces deux représentations, l'utilisation du TDR semble dépendre, dans une certaine mesure, de la personnalité que chaque praticien projette à travers son identité professionnelle. Il aurait été intéressant de pouvoir obtenir d'autres éléments sur l'identité professionnelle de chaque médecin afin de les mettre en parallèle avec leur utilisation du TDR. Ceci est d'ailleurs suggéré par l'un des participants comme un sujet de recherche à part entière.

M16 : « J'ai vraiment l'impression que cette histoire de TDR est un reflet de la personnalité et du stress de chaque médecin. […] Donc je pense qu'il y a une réelle étude à faire sur la

personnalité du médecin et la pratique du TDR »

Une autre partie des médecins généralistes interrogés voient dans l'impression clinique l'élément premier de la décision thérapeutique. Pour ces médecins, le TDR est un outil inutile car ne pouvant se substituer au sens clinique acquis. Pour eux, le TDR présente en outre des limites techniques de faisabilité. Ces limites sont avancées comme des arguments afin de justifier leur non utilisation du TDR.

Toutefois si l'outil ne semble pas utilisé par la plupart des médecins, il n'apparaît pas clairement que ce soit à cause de ses limites techniques. Les propositions d'amélioration faites par les participants étaient au moins inutiles, au mieux farfelues.

Concernant la pathologie elle-même, l'angine est considérée dans notre étude comme un motif de recours fréquent. Sa prise en charge ne semble pas poser de problème. C'est en raison de sa fréquence que l'angine est vécue, par les médecins généralistes de notre enquête, comme une pathologie banalisée.

Les recommandations au sujet de l'angine sont en apparence peu connues des enquêtés. Les indications d'utilisation du TDR semblent peu respectées. Face à ce constat, il faut envisager l'hypothèse selon laquelle les recommandations actuelles ne sont pas forcément adaptées à la pratique de la médecine générale. Des médecins généralistes interrogés opposent le caractère standardisé des recommandations à la fois aux caractères individuels du patient et de sa demande mais aussi aux contraintes de la pratique.

Selon le schéma de l'Evidence-Based Medicine (EBM), l'individualité de chaque cas prend son origine dans la relation unissant le médecin à son patient [18]. Celle-ci est un réseau complexe où s'entremêlent les caractères propres au patient, à sa pathologie et les facteurs d'influence inhérents au médecin, à son vécu, à ses expériences et à son cadre d'exercice.

4.2. Validité de l'étude

4.2.1. Pertinence de la méthode

La question de recherche étant ouverte, la méthode exploratoire est celle qui permet le mieux de répondre à l'objectif de l'étude.

4.2.2. Discussion des biais

4.2.2.1 Biais d'interprétation

En ce qui concerne l'analyse, la limite principale est représentée par l'absence de triangulation. En effet, l'analyse thématique est issue du travail d'un seul individu. Ceci peut constituer un biais car le codage thématique a donc été dépendant de la sensibilité et de la finesse d'un seul individu à extraire et à classer les données recueillies.

L'intérêt de la triangulation, impliquant le codage des données par au moins deux individus différents, aurait été de mettre en évidence d'autres thèmes annexes possiblement omis par une analyse unique. Les verbatims figurent en intégralité en annexe CD et sont disponibles pour une éventuelle analyse ultérieure.

4.2.2.2 Sur la saturation des données

A l'issue du troisième Focus Group, aucune nouvelle donnée n'a été relevée concernant l'angine, la place prise par le TDR et ses représentations. Le troisième Focus Group a cependant fait émerger de nouvelles données au sujet des recommandations.

La saturation théorique des données a été approchée.

4.2.2.3 Technique de recrutement

La technique de recrutement en « boule de neige » a eu pour conséquence de regrouper des praticiens qui s'étaient parfois déjà rencontrés lors de réunions similaires ou lors de Formations Médicales Continues (FMC) par exemple. Ceci n'est pas une limite méthodologique en soi si cela reste anecdotique. A l'inverse, ce phénomène a créé une mise en confiance permettant à la discussion d'être menée dans un contexte « convivial ». Nous avons d'ailleurs pu constater de réels débats d'idées, avec des prises de positions opposées, entre les quelques enquêtés qui se connaissaient.

La limite inhérente à la méthode réside dans la difficulté logistique et organisationnelle de ce type d'enquête. La variabilité des catégories d'âge, de sexe et de mode d'activité auxquelles appartiennent les médecins enquêtés permet de penser que l'on approche la diversification maximale souhaitée [15].

4.2.2.4. Autres biais potentiels

Les trois Focus Group ont été animés et observés par les deux mêmes intervenants. Par sa capacité à écouter et à mener la discussion, cela peut constituer un biais inhérent à l'animateur lui-même. Toutefois, il s'agit également d'une force par la constance et la stabilité qui a pu être ainsi marquée au travers des trois réunions successives.

4.2.3. Choix du mode de recueil des données et alternatives

Dans notre étude, le choix d'une enquête par la technique du Focus Group a été fait. Il aurait été possible de réaliser des entretiens individuels cependant une dynamique faisant émerger idées et réactions était visée. En ce sens, le Focus Group peut espérer créer un effet « libérateur» au cours de l'entretien [19]. Au décours des entretiens, plusieurs participants nous ont signifié leur intérêt pour la technique. Par elle, certains participants ont dit avoir pu se livrer, échanger et débattre de leurs pratiques individuelles. Pour d'autres même, il s'est agi d'une forme d'exutoire par lequel s'est offerte la possibilité d'affirmer leurs points de vue en toute liberté. A ce titre, nous pouvons croire en la spontanéité de l'expression de ces participants.

4.3. Comparaison aux données de la littérature

Les données recueillies au cours de l'étude sont comparées aux données de la littérature selon leur ordre d'exposition dans l'analyse.

4.3.1. Sur la consultation « angine »

Les représentations de l'angine par les médecins au cours de notre enquête étaient proches des données issues de la littérature. Le souci pour les médecins interrogés d'une angine bactérienne autre que streptococcique rappelle la notion suivant laquelle l'angine bactérienne représente 20 à 40% des angines suivant les études réalisées [20]. Si le SGA est retrouvé dans 20% des cas, tous âges considérés, l'existence d'angines dues à d'autres bactéries est connue. Parmi elles, on peut citer notamment les autres souches

streptococciques [21].

En décrivant la prédominance de l'origine virale dans l'angine, les praticiens reconnaissaient la notion suivant laquelle les cas selon les âges sont, dans 50 à 90%, d'origine virale [20].

La description d'une pathologie dite fréquente était proche de la réalité. En effet, l'angine représentait près de neuf millions de prescriptions d'antibiotiques par an en 1998 [22]. Cependant, les praticiens ont soulevé la moindre fréquence de l'étiologie streptococcique dans cet ensemble. Cette dernière représente 25 à 40% des angines chez l'enfant, 10 à 25% des angines chez l'adulte [23] avec un pic d'incidence entre 5 et 15 ans [20].

La présentation clinique de l'angine streptococcique était assez proche de celle retrouvée dans la littérature. Elle a été décrite par la brutalité des symptômes et des douleurs auxquels s'associaient la dysphagie et l'amygdalite en l'absence de signes évocateurs d'une pathologie virale [4, 23, 24].

Même si les plus anciens des médecins enquêtés ont témoigné de leurs vécus de complications systémiques de l'angine streptococcique, la diminution des craintes concernant la survenue du RAA trouve son origine dans les données épidémiologiques récentes. Ce dernier a été estimé entre 0,13 et 0,17 cas pour 100 000 enfants de 4 et 14 ans en France entre 1995 et 1998 [25] ce qui représente une quasi disparition avec environ 10 cas par an actuellement [26]. Selon les auteurs, s'il n'excède pas 7 à 9 jours, un recours tardif à l'antibiothérapie n'augmente pas la majoration de son risque de survenue [27,28]. Concernant les complications locorégionales, le phlegmon péri-amygdalien reste le plus souvent rencontré avec une incidence estimé à 30 cas pour 100 000 habitants et par an [29].

4.3.2. Sur la place prise par le TDR

Notre étude a révélé qu'au-delà des rôles diagnostique et écologique, la place prise par le TDR était celle d'un élément de négociation intervenant au cœur de la relation médecin-patient. Dans une étude qualitative similaire, Isabelle Chemarin Nguyen s'est adressée, par le biais d'entretiens semi-dirigés individuels, à dix huit médecins généralistes de la région Ile de France [30]. En prenant l'exemple du TDR, Isabelle Chemarin Nguyen a tenté d'appréhender les éléments, propres au médecin et préalables à la consultation, qui pouvaient entrer dans la décision thérapeutique finale de mise en place d'une antibiothérapie. Son étude avait pour objectif de déterminer les éléments propres au praticien qui pouvaient influencer sa prise en charge thérapeutique face à un TDR négatif. En ce qui nous concerne, l'étude d'Isabelle Chemarin Nguyen révèle que le TDR est effectivement un élément de négociation. Cependant dans son étude, ce rôle pris par le TDR est soulevé par seulement deux praticiens. Dans notre enquête, le rôle du TDR en tant qu'outil de négociation semblait prendre plus d'importance. Par ailleurs, dans cette étude parisienne, les limites de faisabilité du TDR sont peu abordées par les médecins interrogés. Le temps de réalisation, s'il y apparait certes comme une contrainte, est évoqué de façon minime alors que notre enquête faisait de la faisabilité et du temps de réalisation des limites certaines attribuées au TDR. Ces différences peuvent avoir pour origine des causes multiples dont la divergence des techniques employées. D'un côté le Focus Group, de l'autre des entretiens individuels. Par ailleurs, la proportion de maîtres de stage est plus importante dans l'étude parisienne ce qui peut constituer un élément supplémentaire expliquant ces variations.

Dans notre enquête, la place prise par le TDR en tant qu'outil de négociation correspondait à une stratégie mise en évidence dans l'étude PAAIR 1 [31, 32, 33] et validée par l'étude PAAIR 2 [31,34]. Dans ces études, l'objectif était de déterminer les situations à

risque de prescription d'antibiotiques sans besoin réel. De là, les auteurs ont élaboré des stratégies afin d'éviter la prescription inadaptée d'une antibiothérapie. Le recours à un outil diagnostique comme élément de négociation fait partie des stratégies avancées par PAAIR 1 et PAAIR 2 [31,32]. Ainsi, sans le savoir, les praticiens utilisant le TDR comme un élément de négociation respectaient les stratégies validées par les études susdites.

4.3.3. Sur les recommandations

Lors d'un Focus Group réalisé à Nantes en 2007, Christine Marion soulève la méconnaissance globale des recommandations de l'AFSSAPS par les médecins généralistes au sujet de l'angine [35]. Cette notion rejoint l'impression laissée dans la présente enquête. De son côté, c'est en prenant les exemples de l'asthme et du dépistage du cancer du sein que P. Urfalino évoque la difficulté avec laquelle le médecin met à niveau ses connaissances des recommandations. Pour cet auteur, ces dernières sont noyées dans un flot d'information continu et sans cesse en mouvement [36]. De la même façon, l'auteur évoque la démarche de standardisation. Cette dernière a été soulevée par les médecins généralistes de notre étude comme une contrainte majeure des recommandations dans le cadre de leur exercice. Le phénomène de déshumanisation en conséquence tient d'un processus réductif par lequel chaque cas en perdrait son individualité et son caractère unique [36].

4.3.4. Sur l'acte de prescription

A la fin des années 90, la France se situait comme le premier pays consommateur d'antibiotiques en Europe avec une augmentation estimée à 48% sur 10 ans [22]. C'est dans ce contexte qu'en 2002, malgré la proportion d'angines virales, 80% de ces

dernières aboutissaient à la prescription d'une antibiothérapie [37]. L'impression d'une diminution de leurs prescriptions d'antibiotiques confiée par les enquêtés coïncidait avec les dernières données de juin 2013 suivant lesquelles la France recule à la quatrième position des pays européens consommateur d'antibiotiques [12]. En effet, entre 2002 et 2012 la consommation a diminué de 9% suivant un rapport de l'ANSM. Cependant, cette consommation reste supérieure aux besoins probables. Ces cinq dernières années, une ré-augmentation de 3% a été constatée [12]. Cette ré-ascension de la consommation antibiotique rappelle l'argument avancé par les enquêtés quant au risque d'une marche arrière face aux conditions d'exercice et aux déremboursements récents notamment.

Parmi les facteurs de risque d'une sur-prescription antibiotique, les enquêtés nous ont confié que ce risque était majoré face à la charge de travail. Cette notion est reconnue et abordée par JM. Hutchinson. Cet auteur considère ce mécanisme comme une technique de protection individuelle du praticien afin de faire face à une forme d'épuisement [38]. De la même façon, en 1998 Hutten écrit : « il est parfois stipulé qu'une charge de travail élevée conduit à faire plus de prescriptions » [39].

Concernant l'acte de prescription en général, les médecins enquêtés nous ont livré la difficulté qu'ils avaient à évoluer vers une culture d'éducation et de conseil. En effet, pour eux, l'acte de consultation trouvait son prolongement dans la rédaction de l'ordonnance. Cette notion est développée par S. Rosman en 2010 à la suite d'un travail sociologique comparatif mené auprès de médecins généralistes français et hollandais. Dans son étude S. Rosman décrit, pour les médecins généralistes français, ce qu'elle nomme être la « réparation instantanée par le médicament » [40]. Cette attitude, propre au médecin français, serait favorisée par le contexte libéral de l'activité du médecin généraliste. Par ailleurs, il s'agirait d'une attitude légitimant la capacité du médecin à soigner et permettant de gérer la fatigue professionnelle.

Dans notre étude, les médecins enquêtés ont justifié cette attitude par une culture de l'ordonnance qui était, ouvertement ou implicitement, suggérée par le patient et par son attachement au médicament. Cependant, ce regard s'oppose aux résultats d'une enquête Ipsos commandée par la CNAM en 2005 [41]. Dans cette dernière, les notions d'éducation et de pédagogie semblent plus importantes aux yeux des patients que la prescription médicamenteuse.

4.3.5. Sur la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique »

Dans notre enquête, les médecins interrogés ont décrit finalement un impact bénéfique de la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique ». Selon eux, le degré de médiatisation de la campagne a permis une ouverture du dialogue et de la négociation avec le patient. Dans son étude, Christine Marion aborde cet effet bénéfique des campagnes de sensibilisation sur la prise en charge des pathologies de l'oropharynx en général [35]. Ces dernières permettent, selon son étude, une évolution de la compréhension de la pathologie virale pour le patient et, en conséquence, une diminution des prescriptions antibiotiques.

4.3.6. Sur la relation médecin-patient

Dans notre étude, nous avons constaté que la relation médecin-patient était le fruit d'interactions complexes faisant intervenir des déterminants propres à chacun de ses acteurs. Cette relation était aussi considérée sous l'influence de diverses pressions ressenties. Alors que dans notre enquête les praticiens employaient ouvertement le terme « pressions », dans l'étude menée par Isabelle Chemarin Nguyen ce phénomène est moins évident. Dans son étude les pressions sont évoquées de manière plus implicite, les enquêtés parlant plus

facilement de la notion « d'attentes du patient » [30].

De la même façon, la notion d'argent par le paiement à l'acte est soulevée comme une problématique cependant, de manière moins explicite que dans notre enquête. Il est difficile de dire si ces différences sont dues aux médecins eux-mêmes, aux différences socioculturelles des patients dont ils sont les soignants ou les deux. En tout état de cause, le rapport à l'argent dans la consultation semblait être, comparativement, moins bien vécu par les médecins du Nord Pas-de-Calais.

La notion de paiement à l'acte renvoyait, dans l'esprit de la majorité de nos enquêtés, à une obligation de résultat. Les médecins trouvaient dans l'acte de prescription un outil permettant de préserver leur autonomie clinique au sein de la relation médecin-patient. Ce phénomène est décrit par Britten comme un acte de défense [42].

5. CONCLUSION

Face au développement des résistances bactériennes, l'utilisation du TDR reste la stratégie principale permettant de limiter la consommation antibiotique dans l'angine. L'appropriation de l'outil par les médecins généralistes dans leur pratique suit plusieurs grandes directions.

Afin d'expliquer l'utilisation limitée qu'ils en font par rapport aux recommandations, certains praticiens ont mis en avant les limites techniques inhérentes à l'outil lui-même. Si on doit interroger les médecins généralistes sur les aspects du TDR à faire évoluer, certains avancent l'idée d'un nouvel outil diagnostique encore plus rapide, techniquement encore simplifié, tout en restant fiable.

Toutefois, il ne semble pas que les caractéristiques techniques de l'outil soient réellement en cause.

Face à l'envie de maîtriser la prescription d'antibiotiques, certains praticiens voient dans le TDR un outil de négociation. En l'utilisant dans ce sens, refuser l'antibiothérapie inutile devient plus simple lorsque le test est négatif. Le test est dans ce cas considéré comme plus utile pour les médecins se sentant moins à l'aise en négociation.

Pour d'autres et dans certains cas, il s'agit d'un outil permettant de rassurer ou de lever les doutes lorsque la conviction clinique est insuffisante.

Cependant, une partie des médecins généralistes interrogés insiste sur le fait qu'il s'agit d'un outil ne pouvant se substituer au sens clinique acquis. Dans le choix de prescrire, une tendance à se baser essentiellement sur la clinique était forte dans beaucoup d'expériences rapportées.

Ainsi, l'hétérogénéité des pratiques autour du TDR ne semble pas due à l'outil en tant que tel mais à la façon dont chaque praticien se l'approprie.

Par ailleurs, cette variabilité des pratiques est renforcée par la faible connaissance des recommandations. Considérées comme inadaptées par la grande majorité des médecins interrogés, les recommandations actuelles au sujet de l'angine suscitent faiblement l'intérêt. La clinique semble prédominante dans le cheminement décisionnel et le TDR sert à arbitrer les situations d'incertitude.

La poursuite des efforts de communication auprès de la population générale ainsi que la formation des médecins aux stratégies de négociations sont des compléments essentiels face aux prescriptions d'antibiotiques toujours trop hautes.

En outre, il apparaît possible d'entreprendre une réflexion sur le contenu des recommandations actuelles. Leur méconnaissance apparente et leur utilisation semblant peu fidèle conduisent à penser que les indications actuelles du TDR ne sont pas forcément adaptées à la pratique clinique. Une reformulation partielle vers une simplification pourrait être à envisager.

Au-delà du caractère biomédical de l'outil et de ses indications, les médecins se sont approprié le TDR différemment en fonction des besoins qu'ils éprouvent dans leur démarche de soins. Afin de lui permettre de rester un outil utile en matière de santé publique, le TDR pourrait encore mieux s'intégrer à la pratique des médecins généralistes. Cela passerait par des recommandations encore plus proches de l'exercice de la médecine générale et de la richesse des enjeux se jouant durant les consultations, même celles ayant une allure simple.

BIBLIOGRAPHIE

[1] WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [En ligne]. 2002 :[52 pages]. Consultable à l'URL: http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf

[2] DECTRA PHARM. Etude de corrélation sur les performances du Streptatest [En ligne]. 2002. Consultable à l'URL: http://www.testangine.com/etudes_cliniques.html

[3] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques : le plan du 20 novembre 2001 [En ligne]. Paris: 2001. Consultable à l'URL: http://www.sante.gouv.fr/le-plan-du-20-novembre-2001.html

[4] Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. 10e Conférence de Consensus en Thérapeutique Anti-Infectieuse - 19 juin 1996, Lyon : Les infections ORL. Med Mal Infect. 1997;27: Spécial 334-54.

[5] Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques. Résistance aux antibiotiques en France. Résultats 1998–2008 des réseaux fédérés dans l'ONERBA [En ligne]. Lyon: 2009. Consultable à l'URL: http://www.onerba.org/download/ONERBA_JNI09_poster.pdf

[6] Muller A, Coenen S, Monnet DL, Goossens H. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe, 1998-2005. Euro Surveill. 2007;12(10):3284.

[7] Bataillon R, et al. Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats « Test de diagnostic rapide de l'angine ». Rennes: 2003. Commandité par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne.

[8] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Recommandations de bonne

pratique. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante: infections ORL et respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Recommandations [En ligne]. 2011. Consultable à l'URL: http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf

[9] Taillandier A, Garnier F. Angine et TDR : que font les MG des Pays de Loire ? Rev Prat Med Gen. 2008;22(803): 576.

[10] Cornaglia C, Robinet J, Partouche H. Evolution de la pratique du test de diagnostic rapide (TDR) de l'angine streptococcique parmi les médecins généralistes, maîtres de stage de la faculté de médecine Paris Descartes : 2005–2007. Med Mal Infect. 2009 Jun;39(6):375-381.

[11] Park M. Utilisation des tests de diagnostic rapide du streptocoque du groupe A dans l'angine de l'enfant par les pédiatres et les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [thèse : Med]. Lille: Université du Droit et de la Santé Lille; 2012.

[12] Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012. Rapport d'analyse [En ligne]. 2013.
Consultable à l'URL:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c0f2214612db70f038b235423908adf5.pdf

[13] Hollander J. Renowned Columbia Sociologist and National Medal of Science Winner Robert K. Merton Dies at 92. Columbia News [En ligne]. 2003. Consultable à l'URL: http://www.columbia.edu/cu/news/03/02/robertKMerton.html

[14] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.

[15] Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes : L'entretien collectif. Paris: Ed Armand Colin; 2005. (sociologie 128).

[16] Kaufman JC. L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif. Paris: Ed Armand Colin; 2006. (sociologie 128).

[17] Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du « *focus group* ». Rev Prat Med Gen. 2004;18:382-384.

[18] Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2.

[19] Van Campenhoudt L, Chaumont JM, Franssen A. La méthode d'analyse en groupe. Paris: Ed Dunod; 2005. (Psycho Sup).

[20] Bisno AL. Acute pharyngitis: Etiology and diagnosis. Pediatrics. 1996 Jun;97(6 Pt 2):949-54.

[21] Bisno AL. Acute pharyngitis.N Engl J Med. 2001 Jan 18;344(3):205-211.

[22] Guillemot D, Rozet K, Denis C, Zagury P, Pigeon M, Davy O, et al. Etude de la prescription et de la consommation des antibiotiques en ambulatoire. Rapport de l'Agence du médicament. 1998 May.

[23] Mallet E. Etiologie, expression clinique de l'angine. Med Mal Infect. 1997;27: Special 418-23.

[24] Dajani A, Taubert K, Ferrieri P, Peter G, Shulman S. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the American Heart Association. Pediatrics. 1995 Oct;96(4 Pt 1):758-64.

[25] Olivier C and the GRAPH group. Acute Rheumatic Fever (ARF) in France: incidence of a first episode during the period 1995- 97 in the 5-14 years old children. 38th ICAAC. 1998;Session 144L, abstract L90.

[26] Olivier C, Portier H, Cohen R, Schlemmer B, Boucot I, Peyramond D. Rhumatisme

articulaire aigu : résultats d'une enquête nationale (1995-1997). BEH. 1999;12:45-7.

[27] Pichichero ME, Disney FA, Talpey WB, Green JL, Francis AB, Roghmann KJ, Hoekelman RA. Adverse and beneficial effects of immediate treatment of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis with penicillin. Pediatr Infect Dis J. 1987 Jul;6(7):635-43.

[28] Dorra A. Angine : la nouvelle stratégie de prise en charge. Panorama du médecin. 2003 Jun 26;4898.

[29] Snow V, Mottur-Pilson C, Cooper RJ, Hoffman JR. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. Ann Intern Med. 2001 Mar 20;134(6):506-8.

[30] Chemarin Nguyen I. Expériences de prise en charge de l'angine après la diffusion du test de diagnostic rapide chez les médecins généralistes [thèse : Med]. Paris: Université Paris Descartes V; 2010.

[31] Attali C, Rola S, Renard V, Roudot-Thoraval F, Montagne O, Le Corvoisier P, et al. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face. Exercer. 2008;82:66-72.

[32] Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, Cohen JM, Pouchain D, Huas D, et al. Infections respiratoires présumées virales. Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Rev Prat Med Gen. 2003;17:155-60.

[33] Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, Cohen JM, Pouchain D. PAAIR: Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires. Rapport scientifique. 2001 Oct.

[34] Attali C. Méthodologie de l'étude PAAIR II. Med Mal Infect. 2005;35:87-9.

[35] Marion C. Place du test de diagnostic rapide dans la prise en charge de l'angine en médecine générale. Etude quantitative et qualitative en Pays de la Loire [thèse : Med]. Nantes: Université de Nantes; 2011.

[36] Urfalino P, et al. Les recommandations à l'aune de la pratique, les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein. Rapport du CSO pour l'URML de Poitou-Charentes. 2001.

[37] Peyramond D, Raffi F, Lucht F, Leboucher G. Traitements antibiotiques des angines. Indications, modalités, durées. Med Mal Infect. 1997;27: Spécial 434-49.

[38] Hutchinson JM, et al. Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription. CMAJ. 1999;160:1013-7.

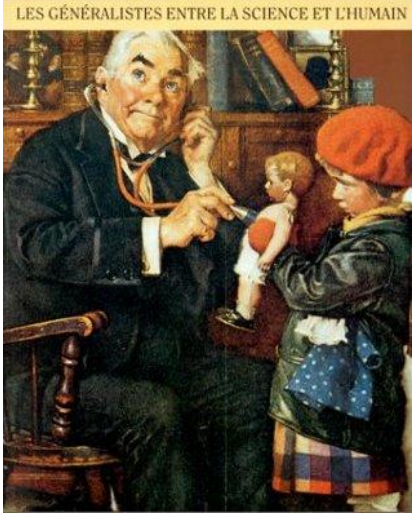
[39] Hutten J. Workload and provision of care in general practice. Thesis. NIVEL, Utrecht. 1998

[40] Rosman S. Chapitre 6. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. Dans: Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 117-131.

[41] IPSOS Santé. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance: synthèse générale [En ligne]. 2005 Oct. Commandité par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Consultable à l'URL: http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2_BON_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS_Etudeeuropeensetmedicaments.pdf

[42] Britten N. Prescribing and the defense of clinical autonomy. Sociology of Health and Illness. 2001;23(4):478-496.

ILLUSTRATIONS[1]



D'après le livre de Galam Eric*

D'après le blog de Leileen, 16 ans, passionnée de bandes dessinées et de dessins en général**

[1] * Galam E. Infiniment médecins, les généralistes entre la science et l'humain. Ed Autrement, coll Mutations ; 1997.

** http://leileen.over-blog.com/article-j-ai-une-angine-55264693.html

ANNEXES

ANNEXE 1 : Prise en charge de l'angine : recommandations, AFSSAPS 2005

ANNEXE 2 : Score de Mac Isaac, AFSSAPS 2005

ANNEXE 3 : Evolution du guide d'entretien

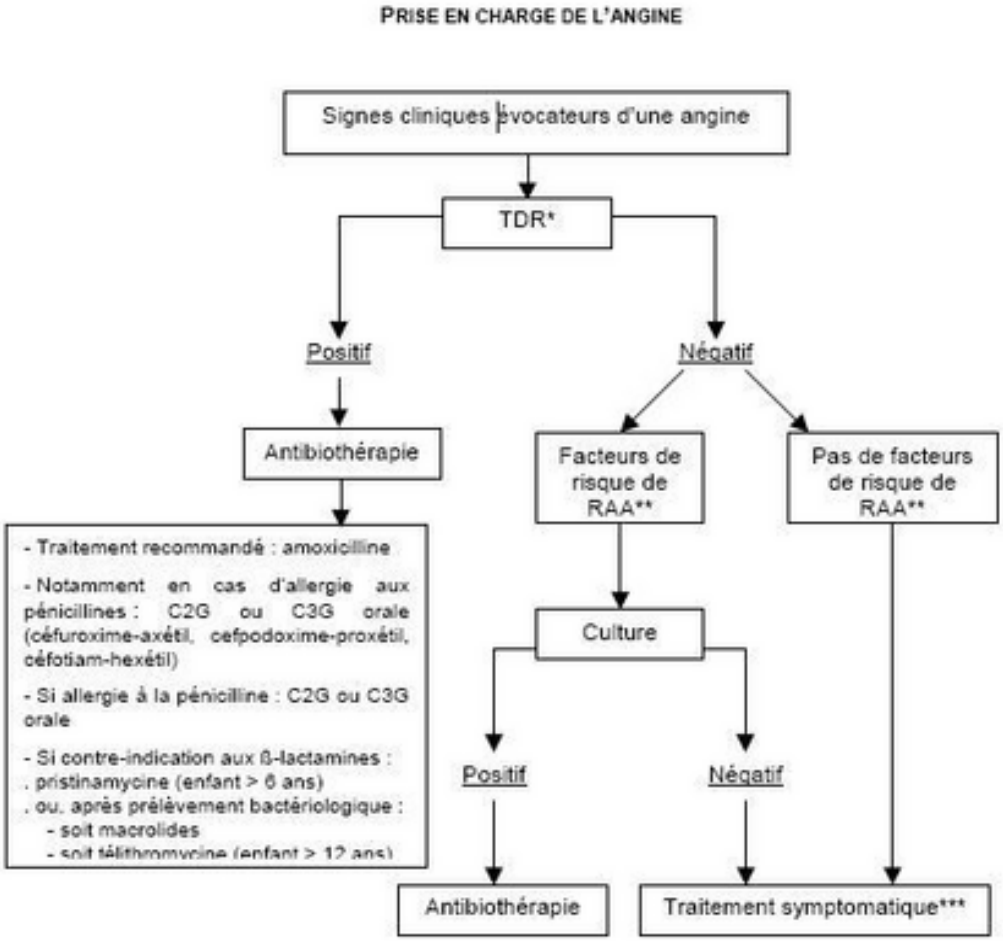
ANNEXE 4 : Courrier type d'invitation au Focus Group

ANNEXE 5 : Fiche profil participant

ANNEXE 6 : Article 57 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978

ANNEXE 7 : Caractéristiques des médecins participants

ANNEXE 1 : Prise en charge de l'angine : recommandations, AFSSAPS 2005



* Réalisation du TDR systématique chez l'enfant et si score de Mac Isaac ≥ 2 chez l'adulte

** Facteurs de risque de RAA :

- antécédent personnel de RAA ;
- âge compris entre 5 et 25 ans associé à la notion de séjours en régions d'endémie de RAA (Afrique, DOM-TOM) ou éventuellement à certains facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires et économiques, promiscuité, collectivité fermée) ou à des antécédents d'épisodes multiples d'angine à SGA.

*** Antalgique et/ou antipyrétique.

ANNEXE 2 : Score de Mac Isaac, AFSSAPS 2005

Score De Mac Isaac à utiliser chez l'adulte, AFSSAPS 2005

1. Fièvre > 38°C = 1
2. Absence de toux = 1
3. Adénopathies cervicales sensibles = 1
4. Atteinte amygdalienne = 1

   (augmentation du volume ou exsudats)
5. Age :

   15 à 44 ans = 0

   ≥ 45 ans = -1

ANNEXE 3 : Evolution du guide d'entretien

Guide d'entretien (Version du 1er Focus Group)

La première question porte sur la campagne "Les antibiotiques, c'est pas automatique". J'aimerais savoir ce que vous en avez pensé
Quelle incidence cela a eu sur votre pratique ? Sur vos prescriptions ?

Et au niveau des consultations « angine » ? Est-ce que vous avez des histoires à raconter sur le déroulé des consultations ?
Et sur la décision thérapeutique ?
Comment ça se passe ?

Quelle est la place que vous donnez aux recommandations ?
Est-ce que vous les connaissez ?
Est-ce que cela fait partie de votre pratique ?

Si TDR non abordé :
Est-ce que vous connaissez le TDR ? Est-ce que vous en avez au cabinet ?

Le TDR. Qu'est-ce qui va faire que vous allez l'utiliser ou pas ?
Pourquoi vous l'utilisez ?
Pourquoi vous ne l'utilisez pas ?

Est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait faire changer votre attitude par rapport au Streptatest ?

Dans votre expérience depuis que vous êtes installés ou depuis que vous travaillez, est-ce que vous trouvez que vous avez la même attitude autour de l'angine ou est-ce que ça a évolué ?
Dans quel sens ?

Merci !

Guide d'entretien (Version du 2ème Focus Group)

J'aimerais bien commencer par une question sur la campagne "Les antibiotiques, c'est pas automatique".
Qu'est-ce que vous en avez pensé ?
Qu'est ce que ça vous évoque ?

Si on parlait de vos consultations « angine », est-ce que vous pouvez nous raconter comment ça se passe depuis le moment où le patient passe la porte ?
Est-ce que vous pouvez nous raconter le déroulé de ces consultations là ?

Dans votre prise en charge de l'angine, est-ce qu'il y a des choses qui ont changé au fil du temps ?
Est-ce que vous avez ressenti un changement ou pas ?
Dans quel sens ?

A ce sujet, parlons un peu des recommandations :
Quelle est la place que vous leur accordez ? Qu'est-ce que vous en pensez ?
Vous les connaissez ?

> *Transition : Si le TDR n'est pas abordé jusqu'alors :*
> *Est-ce que vous connaissez le TDR ? Est-ce que vous en avez au cabinet ?*

J'aimerais savoir quels sont pour vous les avantages et/ou les inconvénients du TDR ?
Pourquoi vous l'utilisez ?
Pourquoi vous ne l'utilisez pas ?

Qu'est ce qui pourrait faire changer votre pratique concernant le TDR ?
Qu'est ce qui ferait que vous l'utiliseriez plus ?
Qu'est ce qui ferait que vous l'utiliseriez moins ?

Merci !

Guide d'entretien (Version du 3ème Focus Group)

La première chose sur laquelle j'aimerais vous faire réagir c'est sur « les négociations ». Le fait, en consultation, de prescrire ou de ne pas prescrire un médicament. J'aimerais savoir si vous avez des histoires de négociations à nous raconter.
Des situations soit difficiles, soit qui vous paraissent simples.
Est-ce qu'il y a quelqu'un qui se lance ?

On a l'impression qu'il y a des consultations simples et des consultations compliquées. Pour vous, c'est quoi une consultation simple ?
Est-ce que ça existe déjà ?
A quoi ça ressemble ? Des exemples ?

Concernant les consultations angine. Disons, lorsque les patients se présentent avec, peut-être une angine, est-ce que vous pouvez nous raconter le déroulé de ces consultations là ?
Ils passent la porte et ?
Comment cela se passe ensuite ?

Votre prise en charge de l'angine, avec l'expérience et avec le temps, est-ce qu'elle a changé ? A-t-elle évolué ?
En quel sens ?

Au sujet des recommandations concernant l'angine, dans votre pratique vous avez plutôt l'impression d'être en dedans ou en dehors ?
Dans votre démarche diagnostique et dans votre démarche thérapeutique ?

Transition : Si le TDR n'est pas abordé jusqu'alors :
Est-ce que vous connaissez le TDR ? Est-ce que vous en avez au cabinet ?

En ce qui concerne le TDR. Pourquoi vous allez l'utiliser ou pas ?
Pour vous, c'est quoi les intérêts ? Pour vous, c'est quoi les inconvénients ?

Toujours au sujet du TDR pour ceux qui l'utilisent. Vous suivez toujours son résultat ou pas toujours ?
Qu'est-ce qui fait que vous allez suivre son résultat ou pas ?

Une dernière question au sujet du TDR. Qu'est-ce qui pourrait faire changer votre pratique concernant le TDR ?
Qu'est-ce que vous pourriez imaginer qui fasse que ceux qui l'utilisent ne l'utilisent plus et que ceux qui ne l'utilisent pas se mettent à l'utiliser ?

Merci !

ANNEXE 4 : Courrier type d'invitation au Focus Group

Lille, le …2013

Docteur,

Je vous remercie d'avoir accepté, lors de notre entretien téléphonique, de participer à une réunion/débat entrant dans le cadre de mon travail de thèse.

A cet effet, je vous fais donc parvenir un rappel des informations nécessaires à votre présence.

Le sujet de discussion portera sur la prise en charge d'une pathologie courante en médecine générale. L'ensemble des données recueillies seront exploitées de manière anonyme. La dynamique de la discussion suivra la méthode du focus group et sera animée par le Docteur PELTIER Agnès, Chef de Clinique de médecine générale à la Faculté Libre de Médecine de Lille.

Vous êtes attendu(e) :

Le … 2013 dès 20h30 à la Faculté Libre de Médecine, 56 rue du Port 59800 Lille, 1er étage Salle Delattre.

L'accès à la faculté se fera par l'entrée latérale située rue Roland (voir plan joint au verso). La barrière d'accès au parking vous sera normalement ouverte. Dans le hall de la faculté, un fléchage vous signalera le chemin afin de rejoindre la salle Delattre. La discussion débutera après une brève collation que nous aurons le plaisir de prendre ensemble.

Je tiens à vous sensibiliser à la condition d'un minimum nécessaire de participants afin que la réunion se déroule comme prévu. Ainsi, je compte sur votre présence et vous remercie par avance pour votre participation et votre temps accordé.

Je reste à votre entière disposition si vous souhaitez, par ailleurs, de plus amples informations.

Cordialement.

LECLERCQ Samuel.

ANNEXE 5 : Fiche profil participant

FICHE PROFIL

Nom :
Prénom :
Email :

Afin de définir votre profil, merci de compléter ces quelques questions :

1) Vous êtes : un homme ? une femme ?

2) Quel âge avez-vous ?

3) Vous exercez en milieu : rural ? urbain ? semi-rural ?

4) Si vous êtes un médecin installé, quelle a été l'année de votre installation ?

5) Avez-vous un mode d'activité particulier ? (exemples : remplacements exclusifs, enseignant généraliste maître de stage,…)

6) Vous exercez : sur rendez-vous uniquement ? sur et sans rendez-vous ?
Autres ?

7) Selon votre pratique, quel est le temps moyen d'une consultation ?

8) Participez-vous de manière régulière (une fois par mois et/ou +) à des formations médicales ou à des soirées à thèmes ?

ANNEXE 6 : Article 57 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978

Relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

« Les personnes auprès desquelles sont recueillies des données à caractère personnel ou à propos desquelles de telles données sont transmises sont, avant le traitement du début de ces données, individuellement informées :

- De la nature des informations transmises
- De la finalité du traitement des données
- Des personnes physiques ou morales destinataires des données
- Du droit d'accès et de rectification institué aux articles 39 et 40
- Du droit d'opposition institué aux premier et troisième alinéas de l'article 56, ou, dans le cas prévu au deuxième alinéa de cet article, de l'obligation de recueillir leur consentement »

ANNEXE 7 : Caractéristiques des médecins participants

M1 : Homme, 34 ans, installé depuis 3 ans en milieu semi-rural, exerçant sur et sans rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique occasionnellement le TDR.
M2 : Homme, 43 ans, installé depuis 14 ans en milieu semi-rural, exerçant sur rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, ne pratique jamais le TDR.
M3 : Homme, 58 ans, installé depuis 27 ans en milieu rural, exerçant sur et sans rendez-vous, 15 à 20 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, ne pratique jamais le TDR.
M4 : Homme, 58 ans, installé depuis 29 ans en milieu rural, exerçant sur et sans rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique occasionnellement le TDR.
M5 : Femme, 35 ans, installée depuis 2 mois en milieu semi-rural, exerçant sur rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique de manière régulière le TDR.
M6 : Homme, 65 ans, installé depuis 39 ans en milieu semi-rural, exerçant sur et sans rendez-vous, 20 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, ne pratique jamais le TDR.
M7 : Homme, 53 ans, installé depuis 22 ans en milieu rural, exerçant sur et sans rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, maître de stages, pratique de manière régulière le TDR.
M8 : Femme, 58 ans, installée depuis 30 ans en milieu semi-rural, exerçant sur rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique de manière régulière le TDR.
M9 : Femme, 38 ans, installée depuis 4 ans en milieu semi-rural, exerçant sur rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique occasionnellement le TDR.
M10 : Homme, 54 ans, installé depuis 26 ans en milieu rural, exerçant sur et sans rendez-vous, 15 à 20 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique occasionnellement le TDR.
M11 : Femme, 35 ans, installée depuis 5 ans en milieu urbain, exerçant sur rendez-vous, 15 à 20 minutes de durée moyenne de consultation, maître de stages, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique occasionnellement le TDR.
M12 : Homme, 32 ans, installé depuis 2 mois en milieu semi-rural, exerçant sur rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, ne participant pas de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, ne pratique jamais le TDR.
M13 : Femme, 29 ans, installée depuis 1 an en milieu semi-rural, exerçant sur rendez-vous, 20 minutes de durée moyenne de consultation, ne participant pas de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique de manière régulière le TDR.
M14 : Femme, 32 ans, installée depuis 4 mois en milieu rural, exerçant sur et sans rendez-vous, 10 minutes de durée moyenne de consultation, médecin généraliste ostéopathe, ne participant pas de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique occasionnellement le TDR.
M15 : Homme, 40 ans, installé depuis 4 ans en milieu semi-rural, exerçant sur rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique occasionnellement le TDR.
M16 : Homme, 52 ans, installé depuis 26 ans en milieu semi-rural, exerçant sur rendez-vous,

15 minutes de durée moyenne de consultation, enseignant généraliste et maître de stages, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique de manière régulière le TDR.
M17 : Femme, 32 ans, installée depuis 1 an en milieu semi-rural, exerçant sur et sans rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique occasionnellement le TDR.
M18 : Homme, 66 ans, installé depuis 39 ans en milieu urbain, exerçant sur et sans rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, ne pratique jamais le TDR.
M19 : Homme, 29 ans, installé depuis 1 mois en milieu urbain, exerçant sur et sans rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, Chef de Clinique de Médecine Générale, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique de manière régulière le TDR.
M20 : Homme, 32 ans, installé depuis 4 ans en milieu semi-rural, exerçant sur rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, ne participant pas de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, ne pratique jamais le TDR.
M21 : Homme, 56 ans, installé depuis 30 ans en milieu urbain, exerçant sur rendez-vous, 15 minutes de durée moyenne de consultation, maître de stages, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique de manière régulière le TDR.
M22 : Homme, 58 ans, installé depuis 31 ans en milieu semi-rural, exerçant sur rendez-vous, 20 minutes de durée moyenne de consultation, maître de stages, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique de manière régulière le TDR.
M23 : Femme, 28 ans, pratiquant des remplacements exclusifs préférentiellement en milieu semi-rural, 15 minutes de durée moyenne de consultation, ne participant pas de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique de manière régulière le TDR.
M24 : Femme, 28 ans, pratiquant des remplacements exclusifs préférentiellement en milieu semi-rural, 10 à 15 minutes de durée moyenne de consultation, participant de manière régulière à des FMC et/ou soirées médicales à thèmes, pratique occasionnellement le TDR.

AUTEUR : Nom : Leclercq **Prénom :** Samuel

Date de Soutenance : le 2 octobre 2013

Titre de la Thèse : Utilisation du Test de diagnostic rapide de l'angine streptococcique en médecine générale : une étude qualitative.

Thèse – Médecine Générale - Lille 2013

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : test de diagnostic rapide, angine, streptocoque, médecine générale

Résumé :

- **Contexte :** En 2013, la consommation antibiotique de la France demeure supérieure à la moyenne européenne. La région Nord Pas-de-Calais se place en tête des régions consommatrices. Dans l'angine, la large diffusion du test de diagnostic rapide (TDR) devait permettre une limitation de la prescription antibiotique. Toutefois, les études révèlent une utilisation limitée par les médecins généralistes.
- **Objectifs :** L'objectif de l'étude était de mieux comprendre la manière dont les médecins généralistes se représentaient le TDR et l'intégraient dans leur pratique.
- **Méthode :** Une étude qualitative par analyse thématique utilisant la technique du Focus Group a été réalisée. Trois Focus Group ont été organisés entre début mars et fin juin 2013. Le recrutement a permis de réunir 24 médecins généralistes de la région Nord Pas-de-Calais. Chaque Focus Group a été intégralement retranscrit. Les données ont été extraites et analysées par une personne suivant une analyse thématique de contenu.
- **Résultats :** Au-delà du rôle diagnostique, le TDR était décrit comme un outil de négociation. Certains médecins généralistes déclaraient ne pas forcément l'utiliser seulement à visée diagnostique mais aussi afin d'argumenter la non-prescription d'antibiotiques. Des limites techniques propres à l'outil TDR ont été soulevées. Toutefois, il ne semblait pas que le caractère limité de son utilisation actuelle en soit une conséquence directe. Le caractère fréquent de l'angine ne favorisait pas l'utilisation du TDR dans la prise en charge. L'angine a été décrite comme un motif de recours non problématique voire banal. Des regards différents étaient portés par les médecins généralistes sur les recommandations actuelles. Dans l'angine, ces dernières se sont révélées être connues de manière imprécise pour une large part des médecins interrogés. Des difficultés d'accessibilité à l'information et de mise à niveau ont été évoquées. Face au caractère unique de chaque consultation, des médecins généralistes ont fait part de l'impossibilité de standardiser la prise en charge de la plainte autour de l'angine streptococcique et de ses diagnostics différentiels. De ce fait, les recommandations actuelles de prise en charge de l'angine pouvaient constituer un référentiel susceptible de nécessiter un assouplissement afin d'être davantage en rapport avec la pratique en médecine générale.

Composition du Jury :
Président : Monsieur le Professeur Dominique CHEVALIER
Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain MARTINOT
Madame le Professeur Karine FAURE
Directeur de thèse : Madame le Docteur Agnès PELTIER

[redacted]