

Année 2021/2022

N°

## Thèse

pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

**Claire RICHETTA**

Née le 09/02/1992 à Dijon (21)

---

**Evaluation des pratiques professionnelles des  
omnipraticiens de la région Centre Val de Loire concernant  
la prise en charge des otorrhées.**

---

Présentée et soutenue publiquement le **7 septembre 2021** devant un jury composé de :

Président du jury : Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine - Tours

Membres du jury :

Professeur Philippe CORCIA, Neurologie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Pierre BIDAUT, Médecine Générale – Gien

**Directeur de thèse : Professeur David BAKHOS, ORL et chirurgie cervico-faciale, Faculté de**

**Médecine – Tours**

UNIVERSITE DE TOURS

**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel .....	Immunologie
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David .....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédéric .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine .....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire

IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs  
POTIER Alain ..... Médecine Générale  
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

## PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE

---

MC CARTHY Catherine ..... Anglais

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra ..... Médecine interne  
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive  
BINET Aurélien ..... Chirurgie infantile  
BISSON Arnaud ..... Cardiologie (CHRO)  
BRUNAUT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CAILLE Agnès ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication  
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo ..... Rhumatologie (au 01/10/2021)  
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie  
DENIS Frédéric ..... Odontologie  
DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire  
ELKRIEF Laure ..... Hépatologie – gastroentérologie  
FAVRAIS Géraldine ..... Pédiatrie  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques  
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie  
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HOARAU Cyrille ..... Immunologie  
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
LEFORT Bruno ..... Pédiatrie  
LEGRAS Antoine..... Chirurgie thoracique  
LEMAIGNEN Adrien ..... Maladies infectieuses  
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques  
MOREL Baptiste ..... Radiologie pédiatrique  
PARE Arnaud ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
PIVER Éric ..... Biochimie et biologie moléculaire  
REROLLE Camille ..... Médecine légale  
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire  
SAUTENET Bénédicte ..... Thérapeutique  
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie ..... Anatomie et cytologie pathologiques  
STEFIC Karl ..... Bactériologie  
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure ..... Génétique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences  
NICOGLOU Antonine ..... Philosophie – histoire des sciences et des techniques  
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire  
RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

---

BARBEAU Ludivine ..... Médecine Générale  
RUIZ Christophe ..... Médecine Générale  
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRAE

---

BECKER Jérôme .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe .....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille .....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

BOULNOIS Sandrine .....	Orthoptiste
SALAME Najwa .....	Orthoptiste

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais  
un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe,  
ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à  
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à  
leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes  
promesses.

Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## **REMERCIEMENTS**

***A Monsieur le Professeur Maillot, président du jury,***

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et d'évaluer mon travail. Merci pour votre travail et votre engagement auprès des médecins généralistes.

Veillez recevoir l'expression de mon profond respect.

***A Monsieur le Professeur Corcia, membre du jury,***

Merci d'avoir donné de votre temps pour juger mon travail.

Veillez recevoir l'expression de mon profond respect.

***A Monsieur le Docteur Bidaut, membre du jury,***

Merci d'avoir pris le temps d'évaluer mon travail.

En un an de stage à tes côtés, ta pratique a façonné la mienne. J'espère dans le futur retrouver avec mes patients le même respect et la même confiance que ceux qui vous lient, toi et tes patients.

Reçois l'expression de mon profond respect.

***A Monsieur le Professeur Bakhos, directeur de thèse et membre du jury,***

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, de m'avoir accompagné dans toutes les étapes de sa réalisation. Grâce à toi cela m'a presque paru simple.

Merci pour ton engagement auprès des internes et des médecins généralistes pour nous permettre de développer nos compétences en otologie.

Reçois l'expression de mon profond respect.

***A Madame le Docteur Cordier-Petitprez,***

Merci pour ta confiance, et tout ce que tu m'as appris au cours de l'année passée à tes côtés et à ceux de tes patients. Ta proximité avec tes patients et ton empathie ont été un exemple pour moi.

Merci d'avoir pris le temps de me former, de m'accompagner vers l'autonomie et de m'avoir permis de prendre progressivement confiance en moi.

Et merci d'avoir pris soin de mon Pincho.

***A Monsieur le Docteur Coulon,***

Merci de m'avoir accompagné durant ces deux stages de médecine libérale. J'ai découvert avec toi que tout était possible en médecine générale, pour le meilleur et pour le pire (tes patients m'auront quand même fait quelques frayeurs).

Merci pour tout ce que j'ai pu apprendre à tes côtés.

***Aux équipes médicales et paramédicales des services hospitaliers qui m'ont formés pendant 3 ans :***

***Au service des urgences de Bourges :*** je suis arrivée chez vous la tête pleine de fiches ECN mais vous m'avez appris à adapter mon raisonnement médical à la réalité du patient. Merci pour votre patience, et merci d'avoir su me donner confiance en moi dans mes débuts de pratique médicale.

***Au service de Médecine Interne Gériatrique de Tours :*** j'ai découvert cette spécialité aux patients à la fois si complexes et si attachants. Votre travail auprès de ces personnes fragiles est exemplaire et irremplaçable. J'ai énormément appris à vos côtés, et tâche de reproduire au mieux vos prises en charge dans ma pratique quotidienne.

***Au service de Pédiatrie de Blois :*** je suis venue à reculons mais j'ai appris à vos côtés à aimer cette spécialité à la fois rude et pleine de douceur. Malgré la fatigue des gardes à répétition, la bonne humeur de votre équipe m'a aidé à garder le cap. Merci de m'avoir donné votre confiance.

***Au service de Soins Palliatifs de Luynes :*** en arrivant dans votre service, je m'attendais à tout, sauf à vous. Votre façon d'accueillir, d'entourer ces patients si particuliers et leurs familles, votre façon de travailler en équipe, de vous écouter, de vous soutenir, de vous remettre en question ... Tout était nouveau pour moi et pourtant semblait si évident. Vous pratiquez une médecine et des soins à part et avez pour ça mon admiration la plus sincère.

### ***A mes co-internes durant tous ces semestres d'internat :***

Caroline et Jonathan : de Bourges à Tours en passant par Orléans, à nos soirées mémorables, nos week ends au ski et nos dégustations de vin. Les meilleurs moments de ma vie d'interne je les ai vécus avec vous, et ce ne sont pas quelques milliers de kilomètres d'Atlantique et d'océan Indien qui vont changer ça.

Delphine, Elodie, Mathilda, Axel, Romain, Margaux, Anaëlle, Perrine, Maxime, Faris, Alexis et Julien : nous avons fait presque tous nos premiers pas ensemble en tant qu'internes. A nos soirées d'internat et nos débuts dans cette vie de médecin.

Yanis, Maria Rita et Maxime en gériatrie, Thomas, Arthur, Marion, Thibaut, Olivier et Jeremy en pédiatrie et Marine en soins palliatifs : merci d'avoir égayé ces semestres de dur labeur, d'avoir rendu ce travail parfois difficile plus léger.

### ***Aux copains de la fac de médecine de Dijon et de Nantes :***

Marie-Charlotte, Marc : on a survécu au bac et à notre P1 ensemble, merci pour votre soutien, vous m'avez le sourire dans des moments difficiles.

Jordan, Baptiste, Florentine, Hugo : vous m'avez entraîné au WEI puis dans toutes ces soirées médecine, m'avez accompagnée en amphi, et puis en Afrique du Sud. Merci pour tous ces supers moments passés ensemble.

Marguerite : tu es la seule Nantaise à m'avoir accueillie à bras ouverts quand j'ai changé de fac en plein milieu de l'externat. Ta combativité m'aura toujours impressionnée. Merci pour ton énergie et ta bonne humeur.

### ***A mes amis Egyptiens :***

Jessy, Marion, Omar, Chloé, Karim, Wendy et Zoé : merci pour ces merveilleuses années à vos côtés. La vie nous a fait prendre des chemins séparés, mais nous savons nous réunir quand nous en avons besoin, et j'attends avec impatience notre prochaine réunion.

### ***A la team de Choletais et leurs valeurs ajoutées :***

Thomas et Dounia : notre meilleur binôme de vacances, merci pour tous ces bons moments passés ensemble, j'ai hâte de prévoir nos prochaines virées !

Félix et Fanny, Valentin, Pierre-Alexis, Matthieu et Matthieu : merci de m'avoir accepté dans la bande et de me permettre de vivre tous ces supers moments avec vous.

### ***A ma famille :***

Papa et maman, merci pour l'enfance incroyable que vous nous avez offert. Vous nous avez donné à tous le goût du voyage, la soif de découvrir. Merci pour votre soutien moral indéfectible surtout pendant cette terrible 1<sup>ère</sup> année de médecine. Merci d'avoir cru en moi et en JB, en en serait peut être pas la sans vous.

Camille, Cécile et Côme, vous êtes les meilleurs, même si vous voyagez trop et qu'on ne se voit plus autant qu'on le voudrait. Merci de m'avoir supportée toutes ces années, ne changez rien et venez me voir maintenant que c'est moi qui part.

Papy et mamie : vous êtes partis de rien et avez construit votre vie d'une façon remarquable. Vous êtes mon plus bel exemple de réussite. Merci pour tout ce que vous nous avez offert, et pour votre soutien de toujours.

Nanou : je te retrouve dans tant de petites choses du quotidien. Ta personnalité si pétillante me manque. Merci de veiller sur nous.

***A ma belle-famille :***

Vous m'avez accueillie dans votre famille, m'avez fait me sentir chez moi quand j'en avais le plus besoin. Merci de m'avoir soutenue et entourée, et de me permettre de vivre avec vous de belles aventures.

***A Jean Bosco :***

Merci pour toutes ces années passées à grandir à tes côtés. S'il y a une chose dont je suis sûre, c'est que quelles que soient les aventures que la vie me réserve, je veux les vivre avec toi.

Tu es brillant, curieux, inventif, talentueux. Tu pousses les gens autour de toi à donner le meilleur d'eux-mêmes. Merci d'avoir été là pour moi, et d'avoir toujours cru en nous. Et désolée pour (tous) les cochons d'inde.

## Résumé

### EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES OMNIPRATICIENS

#### DE LA REGION CENTRE VAL DE LOIRE

#### CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES OTORRHEES

**Introduction :** Le rôle des omnipraticiens est primordial dans la prise en charge des pathologies otologiques et des otorrhées qui sont un motif fréquent de consultation. Il demeure une grande variabilité dans la prise en charge de ces pathologies et l'application des recommandations des sociétés savantes. L'objectif de ce travail était d'évaluer les pratiques des omnipraticiens de la région Centre Val de Loire concernant la prise en charge des pathologies otologiques avec otorrhée.

**Sujets et méthode :** Un questionnaire a été diffusé par e-mail aux médecins généralistes de la région Centre Val de Loire. Quatre-vingt trois omnipraticiens ont répondu à ce questionnaire entre janvier et mars 2021. Ils répondaient à 11 questions descriptives et 13 questions cliniques réparties en 3 cas cliniques avec des questions de diagnostic, de thérapeutique et de suivi sur des pathologies otologiques avec otorrhée. Un score était calculé sur la base de leurs réponses et analysé en fonction de leur expérience.

**Résultats :** Quatre-vingt trois omnipraticiens ont répondu au questionnaire dont 57 femmes. Soixante et onze avaient de moins de 40 ans et 64 exerçaient depuis moins de 10 ans. Les deux tiers des répondants ne s'estimaient pas suffisamment formés à l'otoscopie. Le taux de réussite des questions diagnostiques était de 76,87% alors que les taux de réussite des questions thérapeutiques et de suivi étaient de respectivement 51,59% et 61,63%. Ces taux de réussite n'étaient pas liés statistiquement à l'expérience clinique des omnipraticiens ( $p=0.0684$ ).

**Conclusion :** Les omnipraticiens de la région Centre Val de Loire montrent de bonnes capacités diagnostiques mais des améliorations peuvent être faites dans les champs thérapeutiques et de suivi. Il n'a pas été mis en évidence de lien entre l'expérience professionnelle et un meilleur taux de réussite

à notre questionnaire mais la majorité des médecins de l'échantillon ne s'estimait pas suffisamment formée en otologie. Un accès plus régulier à des FMC d'otologie pourrait permettre aux omnipraticiens de prendre connaissance des recommandations récentes des sociétés savantes et d'améliorer leurs compétences.

**Mots-clés :** *otorrhée, omnipraticiens, évaluation*

## SOMMAIRE

I)	Introduction .....	15
II)	Sujets et méthode .....	16
	A. Population étudiée .....	16
	B. Méthode .....	17
	1. Les caractéristiques .....	17
	2. Les cas cliniques .....	17
	3. Le protocole .....	18
	C. Analyse statistique .....	18
III)	Résultats .....	19
	A. Analyse de l'échantillon étudié .....	19
	B. Analyse des réponses aux cas cliniques .....	22
	1. Scores et taux de réussite globaux .....	22
	2. Cas clinique n°1 .....	22
	3. Cas clinique n°2 .....	23
	4. Cas clinique n°3 .....	26
	5. Score en fonction de l'expérience .....	27
IV)	Discussion .....	27
V)	Conclusion .....	30
VI)	Références .....	31
	Annexe .....	34

## EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES OMNIPRATICIENS

### DE LA REGION CENTRE VAL DE LOIRE

#### CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES OTORRHEES

##### I) Introduction :

Les infections ORL sont la première cause de prescription d'antibiotique (43.8%)<sup>1</sup> et la France est au troisième rang des pays les plus prescripteurs d'antibiotiques en Europe. La prise en charge des otites externes, moyennes aiguës et des perforations tympaniques a été définie par des recommandations<sup>2, 3</sup> émanant de la société française d'ORL et d'Infectiologie, tout comme l'utilisation des gouttes et poudre à usage auriculaire<sup>4</sup>. Ces recommandations émises par les sociétés savantes ont pour objectifs d'améliorer la prise en charge des patients et d'éviter des prescriptions abusives d'antibiotiques afin de limiter l'émergence de souches bactériennes résistantes. Malgré ces recommandations sur la prescription d'antibiotiques, il semble que leur respect en pratique quotidienne reste modéré. On observe en effet durant les études et la pratique médicales, dans les cabinets libéraux de médecine générale, de pédiatrie et les services d'urgences, une grande variabilité dans la prise en charge des pathologies infectieuses et notamment des otorrhées.

Les pathologies responsables d'otorrhées font pourtant partie des diagnostics les plus fréquents en cabinet de médecine générale : l'otite moyenne aiguë était au 25<sup>ème</sup> rang dans la liste des résultats de consultations les plus fréquents en 2009 selon l'Observatoire de Médecine Générale<sup>5</sup>, plus fréquente que la cystite aiguë, la sciatique ou la dépression. D'autre part il est estimé que 10% de la population générale souffrira d'une otite externe aiguë au cours de sa vie<sup>6</sup>. Il est par conséquent fondamental que ces pathologies soient identifiées correctement et prises en charge de façon adaptée par les professionnels de santé en soins primaires, comme les médecins généralistes. Ceux-ci rencontrent cependant des difficultés dans leur pratique. En effet l'examen otoscopique requiert pratique et

expérience pour donner un diagnostic de qualité<sup>7</sup>, pourtant, dans les études, les omnipraticiens ne se déclarent pas confiants dans leurs capacités diagnostiques à l'otoscopie<sup>8</sup>. De ce manque de confiance découle un diagnostic d'OMA par excès<sup>9</sup> et par conséquent un usage inapproprié d'antibiotiques<sup>10</sup>. Il a été estimé que l'exactitude diagnostique de l'OMA par les médecins généralistes, n'était que de 67% pour les enfants de moins de 2 ans et de 75% pour les enfants de plus de 2 ans<sup>11</sup>. La présence de cérumen ou d'un écoulement d'autre nature dans le conduit et l'absence de pratique de techniques de nettoyage et d'ablations des bouchons du CAE, souvent par manque de temps, font obstacle lors de l'examen otoscopique, tout comme la confusion entre une otite congestive et une otite moyenne aiguë<sup>12,13</sup>. De nombreux travaux ont été réalisés afin de préciser les connaissances et capacités otoscopiques des médecins généralistes cependant, peu de ces travaux se penchent sur les conséquences en terme de prise en charge et de suivi.

L'objectif de ce travail était d'évaluer les pratiques des médecins généralistes de la région Centre Val de Loire sur leur prise en charge des otorrhées afin de déterminer comment les recommandations des sociétés savantes sont suivies.

## II) Sujets et méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle réalisée avec l'accord du comité d'éthique du CHRU de Tours (projet de recherche n°2021 026). La déclaration à la CNIL n'a pas été nécessaire.

### A. Population étudiée

Cette étude de pratiques ciblait les médecins généralistes exerçant en région Centre Val de Loire. Les médecins inclus dans l'étude étaient des médecins généralistes, sans restriction sur leur type d'exercice (libéraux, hospitaliers, salariés, et/ou à exercice partagé) et quelle que soit leur orientation dans leur pratique quotidienne. Ils devaient tous exercer en région Centre Val de Loire.

Les médecins exclus de l'étude étaient les médecins spécialistes hors médecine générale et/ou exerçant en dehors de la région cible.

## B. Méthode

L'étude a été réalisée sous la forme d'un questionnaire anonyme Google Form envoyé par courrier électronique à différents organismes (Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, URPS, CPTS) et sur les réseaux sociaux, afin qu'il soit diffusé largement auprès des généralistes de la région Centre Val de Loire. Cette région compte 2124 médecins généralistes selon l'ARS<sup>14</sup>. Le questionnaire, réalisé en collaboration avec un ORL universitaire, comprenait 24 questions à choix unique ou multiple, dont 11 questions récoltant les caractéristiques des médecins répondants et 13 questions cliniques réparties en 3 cas cliniques (annexe 1).

### 1. Les caractéristiques

Le médecin interrogé répondait à différentes questions sur son genre, sa tranche d'âge, son expérience et son type d'exercice en tant que médecin généraliste. Il indiquait ensuite s'il possédait un otoscope, le nombre moyen d'otoscopies quotidiennes, la manière dont il s'était formé à l'otoscopie, son accès à des formations à l'examen otoscopique et s'il s'estimait suffisamment formé à cet examen.

### 2. Les cas cliniques

Les 3 cas cliniques comprenaient en tout 13 questions, réparties en questions diagnostiques, thérapeutiques et de suivi. Chaque question, à choix unique (QRU) ou multiple (QRM), comprenait entre 2 et 7 items.

Le 1<sup>er</sup> cas clinique traitait du diagnostic otoscopique (via iconographie) et de la prise en charge d'une otite moyenne aiguë typique de l'enfant de moins de deux ans. Il comportait cinq questions : deux QRU de diagnostic sur iconographies, deux QRM sur le traitement de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> intention, et une QRU sur la nécessité d'une réévaluation clinique.

Le 2<sup>ème</sup> cas clinique portait sur le diagnostic et la prise en charge d'une otite externe bactérienne aiguë. Il comportait quatre questions : une QRU de diagnostic sur iconographie, une QRM sur les traitements possibles, une QRM sur les principales bactéries responsables et la dernière sur les complications attendues en cas de traitement inadapté.

Le 3<sup>ème</sup> cas clinique abordait la question des otorrhées chroniques simples et compliquées sur aérateur trans-tympanique. Il comportait quatre questions : deux QRU de diagnostics sur iconographies et deux QRM sur les traitements.

### 3. Le protocole

Le questionnaire a été diffusé via les réseaux sociaux, transmis à l'URPS ainsi qu'aux 33 CPTS de la région Centre. Une relance téléphonique a été réalisée au bout de 2 mois de diffusion sur un grand nombre de cabinets libéraux dans toute la région. Le nombre de répondants était de 83 (soit 3,9% des médecins généralistes exerçant dans la région) suite à cette relance. Le recueil des données a été réalisé entre janvier et mars 2021.

#### C. Analyse statistique

Pour l'analyse de l'échantillon, il a été réalisé une analyse statistique descriptive et comparative en fonction de l'expérience des médecins généralistes répondants. Les résultats ont été exprimés en pourcentage de médecins ayant répondu questionnaire.

Pour l'analyse des questions cliniques, les résultats étaient exprimés sous la forme d'un score moyen (+/\_ SD) sur 100 et d'un score médian (Min ; Max). Les scores ont été calculés sur Microsoft Office Excel. Les référentiels utilisés étaient la Société Française d'ORL et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Pour les questions à réponse unique on donnait 1 point en cas de réponse correcte, 0 point si la réponse était incorrecte. Pour les questions à choix multiples on donnait 1 point en l'absence de discordance avec le résultat attendu, 0,5 point si 1 discordance était retrouvée, 0,3 point si 2 discordances étaient retrouvées et 0 point si on retrouvait plus de 2 discordances.

Les différences observées ont été considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur critique d'incertitude  $p$  était inférieure à 0,05. Les logiciels statistiques utilisés étaient Microsoft Office Excel® et GraphPad Prisme® version 9.1.1.

### III) Résultats

#### A. Analyse de l'échantillon étudié

L'échantillon étudié comprenait 83 médecins généralistes dont 26 hommes (31,3% de l'échantillon) et 57 femmes (68,7% de l'échantillon).

Dans cet échantillon 62,7% des répondants (n=52) avaient entre 30 et 39 ans, 22,9% (n=19) avaient moins de 30 ans, 8,4% (n=7) avaient entre 40 et 49 ans, 4,8% (n=4) avaient entre 50 et 60 ans et 1,2% (n=1) seulement avaient plus de 60 ans.

La durée d'exercice de la médecine générale de l'échantillon était pour 77,1% (n=64) des répondants de moins de 10 ans, 16,9% (n=14) exerçaient depuis 10 à 20 ans, 3,6% (n=3) depuis 20 à 30 ans et 2,4% (n=2) depuis plus de 30 ans. La Figure 1 représente l'expérience des omnipraticiens répondants dans cette étude.

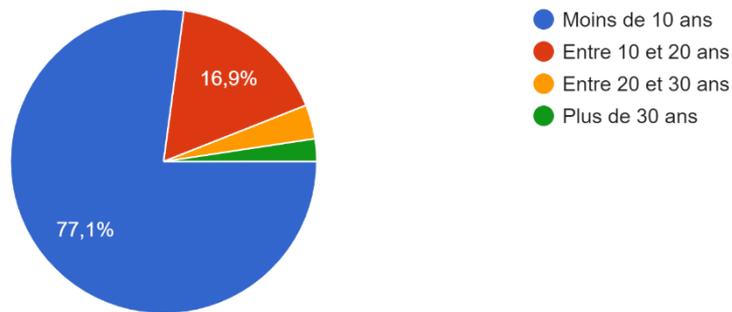


Figure 1 : Expérience en années des omnipraticiens interrogés

A propos du type d'exercice, 49,4% des généralistes interrogés (n=41) déclaraient travailler en cabinet libéral en zone rurale, 34,9% (n=29) en cabinet libéral en zone urbaine. Une activité mixte libérale / salariée était déclarée par 9,6% (n=8) des répondants et seuls 6% (n=5) travaillaient en tant que salariés d'un établissement de soins.

Dans l'échantillon étudié, tous déclaraient disposer d'un otoscope en état de marche sur leur lieu d'exercice. Seul un répondant déclarait ne pas utiliser systématiquement son otoscope dans le cas d'une consultation pour otorrhée.

Concernant les moyens de formation à l'examen otoscopique plusieurs réponses étaient possibles. Un seul répondant déclarait n'avoir eu aucune formation. Les autres déclaraient s'être formés majoritairement via la faculté de médecine, les stages cliniques et l'expérience clinique (respectivement 69,9 %, 77,1% et 86,7%). Les FMC et les revues médicales ne représentaient respectivement que 22,9% et 19,3% des moyens de formations déclarés.

Une proportion de 63,9% des répondants de l'échantillon (n=53) ne s'estimaient pas suffisamment formés à l'examen otoscopique et 67,5% (n=56) déclaraient ne pas avoir eu d'accès à une formation à l'otoscopie sur les deux dernières années.

Les médecins interrogés réalisaient tous au moins un examen otoscopiques par jour. Ils déclaraient pour 69,9% d'entre eux (n=58) pratiquer entre 1 et 5 examens otoscopiques par jour, 26,5% (n=22) indiquaient en faire entre 5 et 10 par jour, 3,6% (n=3) déclaraient plus de 10 examens otoscopiques par jour.

Enfin, à propos de l'attitude globale adoptée en cas de doute diagnostique devant un patient présentant une otorrhée, les réponses cochées en majorité étaient, l'introduction d'un traitement probabiliste seul (42,2%), l'introduction d'un traitement probabiliste avec réévaluation clinique systématique (53%) et l'avis d'un spécialiste en ORL (31,3%). Environ 1 médecin sur 5 déclarait faire des recherches internet (19,3%). Les propositions choisies de façon plus minoritaires étaient la réévaluation clinique sans initiation de traitement (7,2%) et l'avis auprès d'un pair omnipraticien (3,6%). La figure 2 représente les conduites tenues des omnipraticiens répondants en cas d'incertitude diagnostique devant une otorrhée.

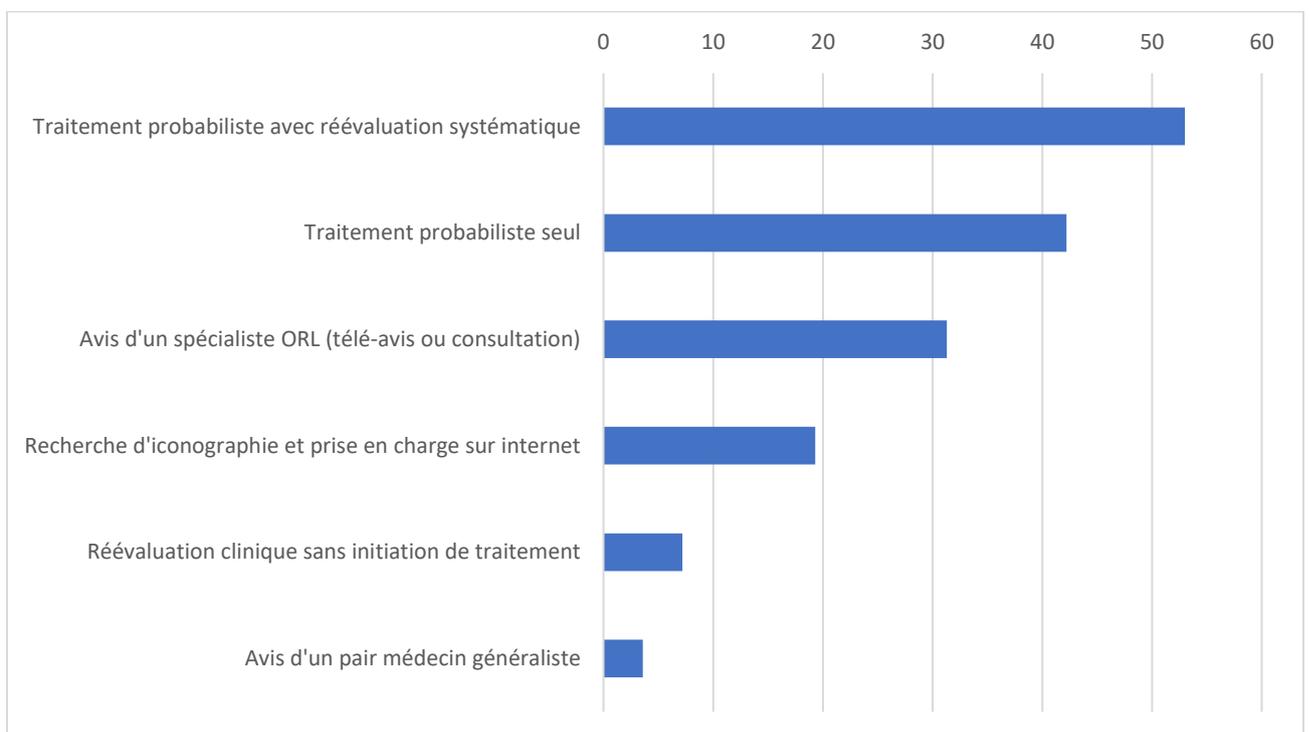


Figure 2 : Conduite tenue par les omnipraticiens en cas d'incertitude diagnostique devant une otorrhée

## B. Analyse des réponses aux cas cliniques

### 1. Scores et taux de réussite globaux

La figure 3 ci-dessous représentent le taux de réussite des omnipraticiens interrogés pour chaque question en pourcentages. Afin de faciliter l'analyse, nous avons renommé et numéroté chaque question en fonction de son type (diagnostic, thérapeutique ou suivi).

Les résultats sont exprimés en taux de réussite par cas clinique, par question et par type de question.

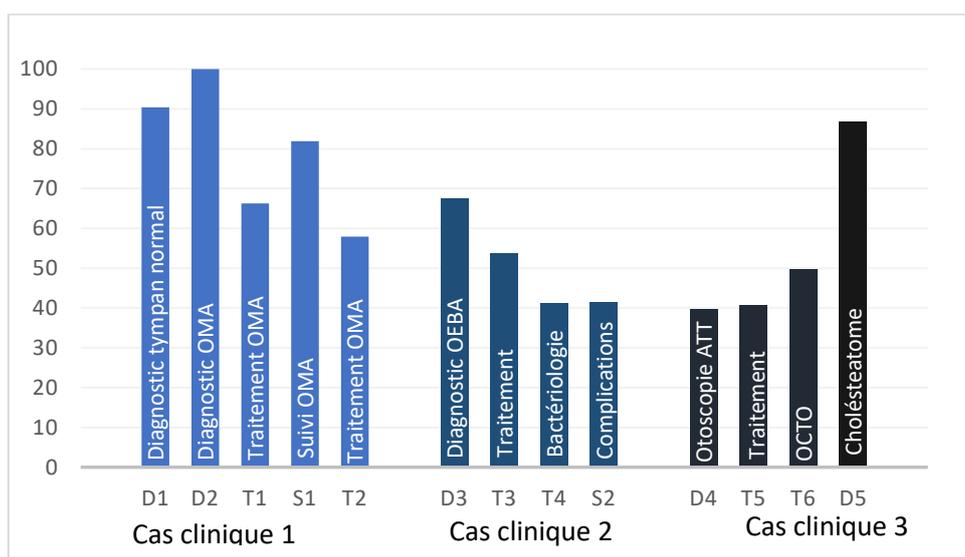


Figure 3 : Taux de réussite des omnipraticiens aux cas cliniques en pourcentages

*D=diagnostique ; T=thérapeutique ; S=suivi ; OMA=otite moyenne aiguë ; OEBA=otite externe bactérienne aiguë ; ATT=aérateur trans-tympanique ; OCTO=otite chronique à tympan ouvert.*

Le score moyen pour l'ensemble des questions cliniques était de 62,8% (soit une médiane de 63,8% avec écart type à 14,6). On observait cependant une variabilité dans le taux de réussite en fonction des cas cliniques et au sein de chaque cas clinique en fonction des questions. Le taux de réussite des

questions diagnostiques était de 76,9% (avec un écart type de 23,9) alors que les taux de réussite des questions thérapeutiques et de suivi étaient respectivement de 51,6% et 61,6% (avec des écarts types de 9,9 et 28,7).

Les résultats par cas clinique sont décrits ci-après.

## 2. Cas clinique n°1

Le taux de réussite moyen était de 79,3% pour le 1<sup>er</sup> cas clinique.

La première question (D1) portait sur la reconnaissance d'un tympan normal à l'otoscopie et 75 répondants sur les 83 ont répondu correctement à cette question (taux de réussite 90,4%). Sept répondants (8,4%) ont diagnostiqué une otite séro-muqueuse, un seul répondant (1,2%) a diagnostiqué une otite moyenne aiguë. Aucun n'a coché la proposition « otite externe bactérienne ».

Ces résultats sont représentés sur la figure ci-dessous.

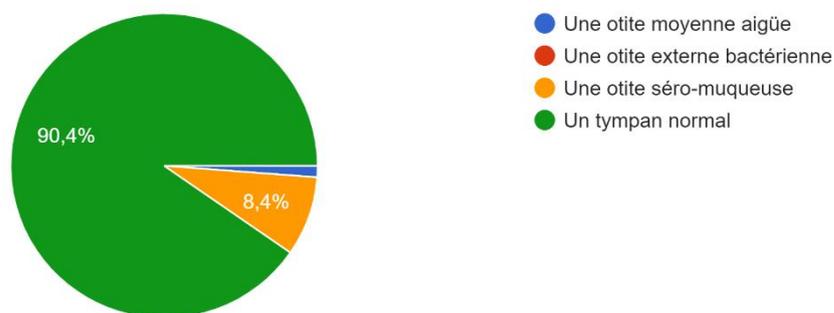


Figure 4 : reconnaissance d'un tympan normal en otoscopie

La seconde question (D2) devait mener au diagnostic à l'otoscopie d'une otite moyenne aiguë perforée et 100% des répondants ont eu le bon diagnostic.

La question suivante portait sur le traitement de 1<sup>ère</sup> intention à proposer (T1) et était à choix multiples.

Les réponses attendues étaient Amoxicilline (CLAMOXYL) per os et Paracétamol (DOLIPRANE) per os.

Le taux de réussite à cette question était de 66,3%. Les réponses attendues ont été respectivement

cochées par 85,5% (n=71) et 75,9% (n=63) des médecins répondants. Aucun n'a proposé de traiter l'enfant par Ibuprofène per os, seul 1 répondant (1,2% de l'échantillon) a coché la bétaméthasone (CELESTENE) per os.

Une grande majorité de l'échantillon étudié a proposé une réévaluation systématique pour cet enfant (68 d'entre eux soit 81,9%) pour la question S1.

A la dernière question (T2) à choix multiple concernant le traitement de 2<sup>nd</sup> intention, la réponse attendue était Amoxicilline-acide clavulanique (AUGMENTIN) per os. Le taux de réussite était de 58%. En effet si 72,3% (n=60) des médecins interrogés ont choisi le bon traitement de 2<sup>nd</sup> intention, 53% d'entre eux (n=44) ont également choisi d'orienter le patient vers un spécialiste ORL, ce qui ne fait pas partie des recommandations actuelles. Les autres propositions de traitement ont été cochées pour le cefpodoxime per os dans 8,4% des cas (n=7), la ceftriaxone injectable et la ciprofloxacine per os chacun dans 1,2% des cas (n=1 pour les deux propositions).

### 3. Cas clinique n°2

Le taux de réussite moyen était de 50,9% pour le 2<sup>ème</sup> cas clinique.

Pour la première question (D3) à choix unique l'otite externe aiguë bactérienne a été reconnue par 56 des médecins de l'échantillon (soit 67,5%). Une proportion de 21,7% (n=18) a pensé à une otite externe mycotique malgré l'absence de filaments visibles sur l'iconographie. Cinq médecins ont cru voir une otite externe nécrosante (soit 6%), 3 médecins une otite moyenne aiguë perforée (3,6%) et un seul un bouchon de cérumen (1,2%).

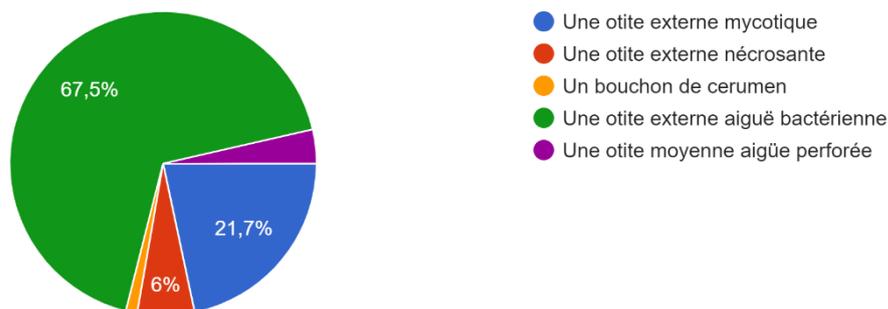


Figure 5 : Diagnostic otoscopique d'une otite externe aiguë bactérienne

La 2<sup>ème</sup> question du cas clinique (T3), à choix multiple, portait sur le traitement de l'otite externe aiguë bactérienne. La réponse attendue était ofloxacine par voie auriculaire (OFLOCET) et/ou association ciprofloxacine-dexaméthasone (CILOXADEX) par voie auriculaire. Le taux de réussite à cette question (T3) était de 53,6%.

L'ofloxacine par voie auriculaire (OFLOCET) et ciprofloxacine-dexaméthasone (CILOXADEX) ont été cochés respectivement dans 55,4% et 21,7% des cas. La néomycine-polymyxineB-dexaméthasone (POLYDEXA) a été cochée par 37,3% des médecins répondants. Les autres traitements proposés ont été cochés de façon plus minoritaire : 7,2% pour l'amoxicilline per os (CLAMOXYL), 4,8% pour la ciprofloxacine per os (CIFLOX), 3,6% pour les lavages à l'eau oxygénée seuls et 10,8% pour la phenazone (OTIPAX).

La question T4 était une question à choix multiple sur la bactériologie de l'otite externe aiguë, les réponses attendues étaient Staphylocoque aureus et Pseudomonas aeruginosa. Ces réponses ont été cochées pour respectivement 50,6% et 42,2% des médecins répondants. Le taux de réussite était de 41,2% seulement. Les autres propositions *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae* ont été choisies chez 32,5% et 24,1% des omnipraticiens.

La dernière question à choix multiple (S2) du cas clinique portait sur les complications de l'otite externe aiguë bactérienne. Le taux de réussite était de 41,3%. Les réponses comptées comme correctes étaient

la chondrite du pavillon de l'oreille et la sténose du méat acoustique externe. Elles ont été cochées dans 48,2% et 51,8% des cas, cependant la mastoïdite, qui est une complication de l'otite moyenne aiguë, a été cochée majoritairement, chez 57,8% des omnipraticiens. Le cholestéatome était la dernière pathologie proposée, cochée chez 16,9% des médecins répondants.

#### 4. Cas clinique n°3

Le taux de réussite moyen était de 54,2 % pour le 3<sup>ème</sup> cas clinique (avec un écart type de 22,1).

La première question était une question diagnostique (D4) à choix unique. C'est la question avec le moins bon taux de réussite de toutes avec 39,8% de bonnes réponses. En effet, seuls 33 médecins sur les 83 interrogés, ont diagnostiqué l'otorrhée simple sur aérateur trans-tympanique. Trente médecins (soit 36,1% de l'échantillon) ont diagnostiqué une otite moyenne aiguë et 18 (soit 21,7%) une otite externe aiguë bactérienne. Deux omnipraticiens ont cru voir un aérateur trans-tympanique exclu (soit 2,4%).

Les résultats à la question à choix multiple suivante sur la thérapeutique de 1<sup>ère</sup> intention (T5) sont par conséquent panachés avec un taux de réussite de 40,7%. La seule proposition acceptée était l'ofloxacine par voie auriculaire et a été choisie par 40 médecins (48,2% des répondants) cependant les lavages à l'eau oxygénée et l'amoxicilline per os ont été également souvent cochés (pour respectivement 27,7% et 34,9% des médecins). La ciprofloxacine-dexaméthasone auriculaire (CILOXADEx) et la néomycine-polymyxineB-dexaméthasone (POLYDEXA) récoltent un taux de coche similaire de 3,6% malgré la toxicité connue du dernier cité et sa contre-indication en cas de pathologie à tympan ouvert.

La dernière question de thérapeutique T6 portait sur le traitement d'une otite chronique à tympan ouvert. C'était une question à choix multiple, les deux réponses considérées correctes étaient l'antibiothérapie locale par ofloxacine (OFLOCET) et la reprise du suivi spécialisé ORL. Environ la moitié des omnipraticiens participants ont bien répondu à cette question avec un taux de réussite de 49,76%.

La reprise du suivi a été très largement cochée, chez 95,2% des médecins répondants (soit 79 médecins sur 83). L'ofloxacine auriculaire (OFLOCET) par contre n'a été cochée que chez 22,9% des omnipraticiens. L'abstention thérapeutique et la surveillance simple ont été plus largement cochées chez 37,3% des médecins généralistes interrogés. Une minorité (8,4%) a coché l'amoxicilline per os (CLAMOXYL) et aucun n'a coché la néomycine-polymyxineB-dexaméthasone (POLYDEXA).

La dernière question était une question diagnostique à choix unique (D5) avec un très bon taux de réussite. En effet 86,7% (n=72) des médecins généralistes répondants ont diagnostiqué correctement le cholestéatome. Pour 12% (n=10) des répondants, la pathologie présentée était une otospongiose et seul 1 omnipraticien a pensé voir une otite moyenne aiguë (1,2% de l'échantillon).

#### 5. Score en fonction de l'expérience

Nous avons comparé les omnipraticiens ayant une expérience professionnelle de moins de 10 ans (n = 64) et ceux ayant une expérience de plus 10 ans (n=19) et il n'existait pas de différence significative entre ces deux groupes concernant le score final (p=0.684, u = 570).

#### IV) Discussion

Dans cette étude nous avons évalué les pratiques des omnipraticiens de la région Centre Val de Loire quant à leur prise en charge des pathologies fréquentes avec otorrhées. Quarante-trois médecins généralistes ont participé à l'étude en répondant à des questions sur leurs caractéristiques personnelles et sur des cas cliniques. L'échantillon est principalement composé de médecins généralistes femmes, avec moins de 10 ans d'expérience clinique et exerçant en cabinets ruraux. Si les résultats sont très satisfaisants sur les questions diagnostiques avec 76,1% de réussite, les questions thérapeutiques et de suivi semblent avoir mis les médecins généralistes de l'échantillon plus en difficultés avec respectivement 51,6% et 61,6% de réussite.

Les recommandations sur les pathologies présentées existent et sont depuis plusieurs années faciles d'accès en ligne<sup>2,3,4</sup>. Et si elles doivent s'inscrire dans le même sens que la pratique quotidienne, elles doivent guider à condition d'être connues. La question du mode de diffusion de ces recommandations auprès des généralistes se pose, d'autant plus que les sollicitations par voie électronique ou postale sont très nombreuses chez les médecins libéraux, et rendent le tri des informations difficile. De plus, comme cela a été mis en avant dans cette étude, les généralistes déclarent un manque de formation en otoscopie, ce qui constitue un frein à la qualité du diagnostic et de la prise en charge<sup>15</sup>. En ce sens, l'organisation de formation médicale continue serait bénéfique aux médecins généralistes autant sur le plan technique, clinique et théorique. L'otoscopie est un examen de routine pour les ORL et aussi pour les médecins généralistes et les pédiatres. Il s'agit d'une étape essentielle dans l'examen clinique des patients présentant une plainte otologique. Il est communément admis par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) que l'examen otoscopique est le temps primordial du diagnostic<sup>12,16</sup>. Cependant, l'examen clinique mené avec un otoscope conventionnel au spéculum n'est pas aisé et nécessite une formation initiale et continue. Dans cette étude, et malgré un sentiment de manque de formation, les tympan photographiés ont été bien interprétés pour le tympan normal et l'OMA, vus très fréquemment en médecine de ville, mais aussi pour le cholestéatome, pathologie pourtant rarement diagnostiquée en médecine générale. On a constaté plus de difficultés dans la reconnaissance de l'otite externe bactérienne aiguë, avec notamment une confusion avec l'otite externe mycotique. Pourtant ni l'énoncé du cas clinique, ni l'iconographie présentée ne pouvaient correspondre à une infection fongique, ce qui peut signifier que les généralistes de l'échantillon n'avaient pas connaissance de la présentation clinique ni de l'aspect otoscopique d'une otite externe mycotique.

La prescription d'un traitement adapté à la pathologie observée est une autre étape fondamentale de la prise en charge. Dans notre étude, les questions de thérapeutiques ont globalement obtenu un taux de réussite moyennement satisfaisant (51,69%). Les questions ayant mis les médecins de l'échantillon

le plus en difficulté étant celles autour de l'otorrhée sur aérateur trans-tympanique, ce qui reflète bien les incertitudes de prises en charge liées à la présence de ces dispositifs<sup>17</sup>, pourtant fréquemment rencontrés en médecine de ville<sup>18</sup>. Le traitement de l'otite chronique à tympan ouvert semble également mal connu des médecins ayant répondu à notre étude, avec cependant un bon réflexe d'abstention thérapeutique et d'adressage quasi systématique vers un spécialiste ORL (95,2%).

En termes de suivi, si celui de l'otite moyenne aiguë semblait clair pour la majorité des médecins de l'échantillon (avec réévaluation systématique à 48h en cas de perforation pour 81,9% d'entre eux), la surveillance des complications de l'otite externe aiguë apparaissait plus confuse. En effet un peu plus d'un médecin sur deux associe la mastoïdite comme complication possible à l'otite externe aiguë. Or il est admis que la reconnaissance rapide des complications détermine l'efficacité du traitement<sup>19</sup>. Et si le traitement de ces complications concerne davantage les spécialistes en ORL, le suivi des patients se fait en collaboration avec les médecins généralistes. Des améliorations sont possibles dans ce champ<sup>20</sup>. Plusieurs pistes ont déjà été envisagées, comme d'encourager les omnipraticiens à s'équiper de vidéo-otoscopes<sup>21</sup> permettant notamment d'enregistrer et de partager une image afin de faciliter la demande d'avis spécialisé en cas de doute. Il a également été testé de les impliquer davantage dans le suivi, comme dans une étude Norvégienne en 2016, qui montrait que le suivi réalisé par des généralistes n'était pas inférieur à celui réalisé par les ORL dans la surveillance post-opératoire après la pose d'aérateurs trans-tympaniques<sup>22</sup>.

La limite principale de cette étude est un manque de représentativité (3,9% des médecins généralistes ont répondu) de l'échantillon par rapport à la démographie médicale de la région Centre Val de Loire. En effet la majorité des répondants au questionnaire étaient des femmes de moins de 40 ans, or les femmes représentent en réalité 35 à 42% des médecins généralistes installés en région Centre, selon les départements, et l'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans. Les femmes sont en revanche majoritaires (59,9%) chez les omnipraticiens installés de moins de 35 ans<sup>23,24</sup>. On peut supposer que ce biais est lié au format du questionnaire et à son mode de diffusion. Un questionnaire

papier avec envoi postal aurait probablement plu davantage aux médecins généralistes plus âgés, cependant l'omniprésence des supports informatiques est une réalité dans le monde médical (notamment pour l'accès aux formations, la téléexpertise) et tous les médecins devraient désormais être en capacité de les utiliser<sup>25,26</sup>.

## V) Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'observer les pratiques professionnelles des omnipraticiens de la région Centre Val de Loire dans le cadre de la prise en charge des principales pathologies otologiques responsables d'otorrhées.

Les médecins répondants ne s'estimaient en majorité pas suffisamment formés à l'examen otoscopique, et déclaraient dans la même proportion ne pas avoir eu accès à des formations spécifiques à cet examen dans les deux dernières années.

Leurs performances diagnostiques étaient cependant satisfaisantes même si il existait une confusion entre otite externe aigüe bactérienne et mycotique et si la présence d'un aérateur trans-tympanique les mettait en difficulté. En revanche les recommandations des sociétés savantes en terme de traitement étaient moins bien suivies et des améliorations sont possibles dans ce champ.

L'accès facilité à une formation médicale continue ciblée sur l'examen otoscopique avec des supports visuels et la reprise des recommandations actuelles en terme de thérapeutique et de suivi seraient bénéfiques aux omnipraticiens.

## VI) Références

1. European Centre for Disease prevention and Control antimicrobial consumption 63j- annual epidemiological report for 2016. <http://ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-consumption-annual-epidemiological-report-2016>.
2. Antibiothérapie par voie Générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. SPILF-SFP-GPIP. 2011
3. Traitement chirurgical des perforations tympaniques de l'enfant. 2019
4. Recommandations pour la pratique clinique : « Utilisation des gouttes et poudres à usage auriculaire ». SFROL.SFORL. 2011
5. Observatoire de la médecine générale. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville. <http://omg.sfm.org/>
6. Hajioff D, MacKeith S. Otitis externa. *BMJ Clin Evid*. 15 juin 2015;2015.
7. Fincher AL. Use of the Otoscope in the Evaluation of Common Injuries and Illnesses of the Ear. *J Athl Train*. mars 1994;29(1):52-9.
8. Buchanan CM, Pothier DD. Recognition of paediatric otopathology by General Practitioners. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 1 mai 2008;72(5):669-73.
9. Legros J-M, Hitoto H, Garnier F, Dagherne C, Dubin J, Fanello S. Évaluation de la pertinence du diagnostic d'otite moyenne aiguë porté par le médecin généraliste. *Archives de Pédiatrie*. 1 mai 2007;14(5):427-33
10. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 18 mai 2010;340:c2096.
11. Jensen PM, Lous J. Criteria, performance and diagnostic problems in diagnosing acute otitis media. *Family Practice*. 1 juin 1999;16(3):262-8.
12. Weiss Jc, Yates Gr, Quinn Ld. Acute otitis media: making an accurate diagnosis. *Am Fam Physician*. 1 mars 1996;53(4):1200-6.

13. Turner JS. Otaglia and Otorrhea. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, éditeurs. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations [Internet]. 3rd éd. Boston: Butterworths; 1990 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK227/>
14. ARS Centre-Val-de-Loire : Démographie des professionnels de santé. Disponible sur : <https://centre-val-de-loire.ars.santé.fr/demographie-des-professionnels-de-santé-2>
15. Aubert D. L'examen otoscopique. Étude de pratiques en Médecine Générale. 5 oct 2012;118
16. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Argumentaire, novembre 2011 p14
17. Steele DW, Adam GP, Di M, Halladay CW, Balk EM, Trikalinos TA. Prevention and Treatment of Tympanostomy Tube Otorrhea: A Meta-analysis. Pediatrics. juin 2017;139(6).
18. Haute Autorité de santé 2017 – Pose d'aérateurs transtympaniques dans l'otite moyenne séreuse et séromuqueuse chronique bilatérale chez l'enfant . Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-04/dir1/rapport\\_app-17\\_fiche\\_pertinence\\_att\\_cd\\_2017\\_03\\_22\\_vfinale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-04/dir1/rapport_app-17_fiche_pertinence_att_cd_2017_03_22_vfinale.pdf)
19. Leskinen K, Jero J. Acute complications of otitis media in adults. Clin Otolaryngol. déc 2005;30(6):511-6.
20. Fisher EW, Pfeleiderer AG. Assessment of the otoscopic skills of general practitioners and medical students: is there room for improvement? Br J Gen Pract. févr 1992;42(355):65-7.
21. Damery L, Lescanne E, Reffet K, Aussedat C, Bakhos D. Interest of video-otoscopy for the general practitioner. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. févr 2019;136(1):13-7.
22. Austad B, Nilsen AH, Helvik A-S, Albrektsen G, Nordgård S, Thorstensen WM. Postoperative controls of ventilation tubes in children by general practitioner or otolaryngologist? Study protocol for a multicenter randomized non-inferiority study (The ConVenTu study). Trials. 23 nov 2020;21(1):950.

23. INSEE. Professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2018 : comparaisons régionales et départementales. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
24. Francione R, Bissonnier C. La démographie médicale en région Centre : situation en 2015. :69.
25. De La Torre-Díez I, López-Coronado M, Vaca C, Aguado JS, de Castro C. Cost-utility and cost-effectiveness studies of telemedicine, electronic, and mobile health systems in the literature: a systematic review. *Telemed J E Health*. févr 2015;21(2):81-5.
26. Doraiswamy S, Abraham A, Mamtani R, Cheema S. Use of Telehealth During the COVID-19 Pandemic: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 1 déc 2020;22(12):e24087.

Conflit d'intérêt : aucun

# **Annexe**

## Prise en charge des otorrhées en médecine générale

1. Parlons d'abord un peu de vous. Vous êtes :
  - Une femme
  - Un homme
2. Vous avez :
  - Moins de 30 ans
  - Entre 30 et 39 ans
  - Entre 40 et 49 ans
  - Entre 50 et 60 ans
  - Plus de 60 ans
3. Vous exercez la médecine générale depuis :
  - Moins de 10 ans
  - Entre 10 et 20 ans
  - Entre 20 et 30 ans
  - Plus de 30 ans
4. Vous exercez en tant que médecin généraliste :
  - En cabinet libéral en zone urbaine
  - En cabinet libéral en zone rurale
  - En établissement de soin (centre hospitalier, PMI, Planning familial, EHPAD ...)
  - Activité mixte libérale / établissement de soin
5. Avez-vous un accès direct dans votre lieu d'exercice à un otoscope en état de marche ?
  - Oui
  - Non
6. Utilisez-vous systématiquement un otoscope lors d'une consultation pour otorrhée ?
  - Oui

- Non
7. De quelle manière avez-vous été formé.e à l'otoscopie ?
- Faculté de médecine
  - Stage clinique
  - Revues médicales
  - FMC
  - Par la pratique / l'expérience
  - Aucune
8. Vous estimez-vous suffisamment formé.e à l'examen otoscopique ?
- Oui
  - Non
9. Avez-vous eu accès, dans les deux dernières années, à une formation à l'examen otoscopique ?
- Oui
  - Non
10. Combien d'examens otoscopiques réalisez vous en moyenne dans une journée ?
- Aucune
  - Entre 1 et 5
  - Entre 5 et 10
  - Plus de 10
11. Quelle est votre attitude globale en cas de doute devant un patient présentant une otorrhée ?
- Traitement probabiliste seul
  - Traitement probabiliste avec réévaluation clinique systématique
  - Réévaluation clinique sans initiation de traitement
  - Recherches iconographies et prises en charges sur internet
  - Avis d'un pair médecin généraliste
  - Avis d'un spécialiste ORL (télé-avis ou consultation)

12. Cas clinique n°1 : Vous recevez en consultation dans votre cabinet une enfant de 18 mois, amenée par un parent pour une fièvre entre 38.5° et 39° depuis moins de 48 heures. Elle est grognon, présente une rhinorrhée claire, une toux grasse. Elle n'a pas d'antécédent particulier. Pas d'allergie médicamenteuse. Il n'y a pas de conjonctivite. Vous retrouvez l'aspect suivant lors de l'examen otoscopique de son tympan gauche. Vous diagnostiquez :



- Une otite moyenne aigue
- Une otite externe bactérienne
- Une otite séro-muqueuse
- Un tympan normal

13. L'aspect otoscopique de son tympan controlatéral est le suivant. Vous diagnostiquez :



- Un bouchon de cérumen
- Une otite externe bactérienne
- Une otite congestive

- Une otite moyenne aiguë perforée

14. Quel(s) traitement(s) proposez-vous pour cette enfant ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Amoxicilline/acide-clavulanique (AUGMENTIN) per os
- Amoxicilline (CLAMOXYL) per os
- Cefpodoxime (ORELOX) per os
- Ofloxacine (OFLOCET) par voie auriculaire
- Paracétamol (DOLIPRANE) dose/poids per os
- Ibuprofène (ADVIL) dose/poids per os
- Bethaméthasone (CELESTENE) 6-10 gouttes/kg par jour per os

15. Proposeriez-vous une réévaluation systématique pour cette enfant ?

- Oui
- Non

16. En cas d'échec après 7 jours d'antibiothérapie de première ligne, vous proposez : (une ou plusieurs réponses possibles)

- Amoxicilline/acide clavulanique per os
- Cefpodoxime per os
- Ceftriaxone injectable
- Ciprofloxacine per os
- Avis spécialisé ORL

17. Cas clinique n°2 : Vous recevez en consultation un adolescent de 14 ans pour une otalgie unilatérale insomnante depuis la veille, avec sensation de plénitude de l'oreille atteinte. Il n'a pas d'antécédent particulier, pas d'allergie médicamenteuse, pas de fièvre. Ne présente pas d'autre symptôme associé.

Vous observez l'aspect otoscopique suivant lors de votre examen clinique. Par argument de fréquence le diagnostic est :



- Une otite externe mycotique
- Une otite externe nécrosante
- Un bouchon de cérumen
- Une otite externe aiguë bactérienne
- Une otite moyenne aiguë perforée

18. Vous proposez en traitement de 1ère ligne: (une ou plusieurs réponses possibles)

- Amoxicilline per os (CLAMOXYL)
- Ciprofloxacine per os (CIFLOX)
- Ofloxacine par voie auriculaire (OFLOCET)
- Association ciprofloxacine-dexaméthasone auriculaire (CILOXADEx)
- Lavages auriculaires à l'eau oxygénée seuls
- Association néomycine-polymyxineB-dexaméthasone auriculaire (POLYDEXA)
- Phénazone (OTIPAX) par voie auriculaire

19. Les bactéries les plus souvent impliquées dans cette pathologie sont en effet :

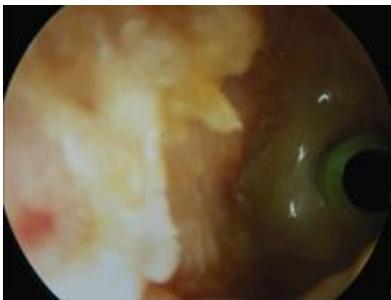
- Pseudomonas aeruginosa
- Streptococcus pneumoniae
- Hemophilus Influenza

- Staphylococcus aureus

20. Quelles sont les complications à craindre en cas d'absence de traitement ou de traitement inadapté ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Mastoïdite
- Chondrite du pavillon de l'oreille
- Sténose du conduit auditif
- Cholestéatome

21. Cas clinique n°3 : Vous voyez en consultation un enfant de 4 ans, amené par ses parents pour une otorrhée. Il a pour antécédent des otites séro-muqueuses bilatérales ayant nécessité une pose d'aérateurs trans-tympaniques bilatéraux il y a quelques semaines par un confrère ORL. Depuis 3 jours les parents ont remarqué un écoulement du conduit auditif. Voici l'aspect otoscopique de l'oreille concernée. L'enfant n'a pas de fièvre, son état général est conservé. Vous suspectez :



- Une otite moyenne aiguë
- Une otite externe aiguë bactérienne
- Une exclusion de l'aérateur trans-tympanique
- Une otorrhée simple sur aérateur trans-tympanique

22. En traitement de 1ère ligne vous proposez : (une ou plusieurs réponses possibles)

- Lavages à l'eau oxygénée
- Ofloxacine (OFLOCET) auriculaire

- Association ciprofloxacine-dexaméthasone auriculaire (CILOXADEx)
- Amoxicilline (CLAMOXYL) per os
- Association néomycine-polymyxineB-dexaméthasone auriculaire (POLYDEXA)

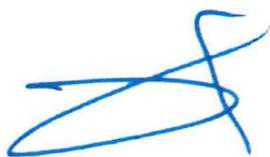
23. Quelques mois plus tard, vous revoyez de nouveau cet enfant en consultation. Les parents ont interrompu le suivi avec l'ORL. Ils reviennent car leur fils présente de nouveau depuis plusieurs semaines une otorrhée intermittente, sans fièvre ni autre signe clinique associé. A l'otoscopie il n'y a plus d'aérateurs trans-tympaniques mais le tympan est ouvert avec écoulement séreux. Vous proposez la conduite à tenir suivante : (une ou plusieurs réponses possibles)

- Antibiothérapie per os par amoxicilline 80 mg/kg/jour (CLAMOXYL)
- Antibiothérapie locale par Ofloxacine auriculaire (OFLOCET)
- Reprise du suivi spécialisé ORL
- Association néomycine-polymyxineB-dexaméthasone auriculaire (POLYDEXA)
- Abstention thérapeutique et surveillance simple

24. C'était une otite chronique à tympan ouvert. Vous le revoyez 5 ans plus tard devant la récurrence d'une otorrhée. Voici l'otoscopie. Vous diagnostiquez :



- Otospongiose
- Cholestéatome
- Otite moyenne aiguë
- Otite externe bactérienne aiguë



Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le

## **RICHETTA Claire**

44 pages – 5 figures

### **Résumé :**

**Introduction :** Le rôle des omnipraticiens est primordial dans la prise en charge des pathologies otologiques et des otorrhées qui sont un motif fréquent de consultation. Il demeure une grande variabilité dans la prise en charge de ces pathologies et l'application des recommandations des sociétés savantes. L'objectif de ce travail était d'évaluer les pratiques des omnipraticiens de la région Centre Val de Loire concernant la prise en charge des pathologies otologiques avec otorrhée. **Sujets et méthode :** Un questionnaire a été diffusé par e-mail aux médecins généralistes de la région Centre Val de Loire. Quatre-vingt trois omnipraticiens ont répondu à ce questionnaire entre janvier et mars 2021. Ils répondaient à 11 questions descriptives et 13 questions cliniques réparties en 3 cas cliniques avec des questions de diagnostic, de thérapeutique et de suivi sur des pathologies otologiques avec otorrhée. Un score était calculé sur la base de leur réponses et analysé en fonction de leur expérience. **Résultats :** Quatre-vingt trois omnipraticiens ont répondu au questionnaire dont 57 femmes. Soixante et onze avaient de moins de 40 ans et 64 exerçaient depuis moins de 10 ans. Les deux tiers des répondants ne s'estimaient pas suffisamment formés à l'otoscopie. Le taux de réussite des questions diagnostiques était de 76,87% alors que les taux de réussites des questions thérapeutiques et de suivi étaient de respectivement 51,59% et 61,63%. Ces taux de réussites n'étaient pas liés statistiquement à l'expérience clinique des omnipraticiens. **Conclusion :** Les omnipraticiens de la région Centre Val de Loire montrent de bonnes capacités diagnostiques mais des améliorations peuvent être faites dans les champs thérapeutiques et de suivi. Il n'a pas été mis en évidence de lien entre l'expérience professionnelle et un meilleur taux de réussite à notre questionnaire mais la majorité des médecins de l'échantillon ne s'estimaient pas suffisamment formés en otologie. Un accès plus régulier à des FMC d'otologie pourrait permettre aux omnipraticiens de prendre connaissances des recommandations récentes des sociétés savantes et d'améliorer leurs compétences.

**Mots clés :** otorrhée, omnipraticiens, évaluation

### **Jury :**

Président du Jury : Professeur François MAILLOT

Directeur de thèse : Professeur David BAKHOS

Membres du Jury : Professeur Philippe CORCIA

Docteur Pierre BIDAUT

Date de soutenance : 7 septembre 2021