

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Christine MARION

née le 21 décembre 1979 à Nancy

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2011

**PLACE DU TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE
DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANGINE EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

ÉTUDE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE EN PAYS DE LA LOIRE

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Membres du jury : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Madame le Professeur Françoise BALLEREAU

Madame le Docteur Marie-Annick TERRIENNE

Sommaire

I. Introduction.....	4
II. Méthodes.....	10
A. Enquête par questionnaire	10
1. Population cible	10
2. Population source.....	10
3. Représentativité de l'échantillon de médecins	10
4. Données de la consultation.....	10
5. Recueil de données.....	11
a. Enquêteurs.....	11
b. Questionnaire [annexe 2].....	11
c. Période de recueil	11
d. Attachés de recherche clinique	11
6. Analyse statistique des données.....	11
B. Etude qualitative par <i>focus group</i>	12
1. Méthode du <i>focus group</i>	12
2. Place des <i>focus group</i> dans l'étude	12
3. Echantillonnage qualitatif.....	12
4. Organisation du <i>focus group</i> à Nantes	12
5. Guide d'entretien [annexe 4].....	13
6. Transcription et analyse.....	13
III. Résultats de l'enquête par questionnaire.....	14
A. Représentativité de l'échantillon	14
B. Nombre de questionnaires.....	14
C. Données de la consultation du médecin généraliste	15
D. Décision du médecin généraliste.....	15
E. Résultat du TDR.....	17
F. Diagnostic donné au patient.....	17
G. Prescription d'antibiotiques	18
H. Formation des médecins à l'utilisation du TDR.....	19
I. Utilité du TDR perçue par les médecins généralistes.....	19
IV. Résultats des <i>focus group</i>.....	21
A. Résultats issus de l'analyse du <i>focus group</i> à Nantes.....	21
1. Epidémiologie des affections oro-pharyngées	21
2. La prise en charge des affections oro-pharyngées	22
3. Déroulement de la consultation	25
a. Chez les médecins qui n'utilisaient jamais le test de diagnostic rapide.....	25
b. Chez les médecins qui utilisaient le test de diagnostic rapide.....	28
c. Score de Mac Isaac et TDR	33
4. Evolution de la prescription d'antibiotiques.....	34
5. Place des recommandations.....	36
B. Résultats issus de l'analyse du <i>focus group</i> à Angers	37
V. Discussion.....	39
VI. Conclusion	49
VII. Bibliographie	50
VIII. Liste des tableaux	52
IX. Liste des annexes	53

I. Introduction

L'angine constitue une des infections communautaires les plus courantes en particulier chez l'enfant et l'adulte jeune.

Définie par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), l'angine est une inflammation du pharynx et/ou de ses annexes lymphoïdes, qui se manifeste par une douleur constrictive de la gorge spontanée ou augmentée à la déglutition, un érythème, et à des degrés divers d'intensité et de fréquence, de la fièvre et une hypertrophie ganglionnaire locorégionale. La grande majorité des angines sont érythémateuses ou érythémato-pultacées [1].

Si les virus représentent en fréquence les premiers agents étiologiques (environ 70 à 80 %), le streptocoque du groupe A (streptocoque A) est la première bactérie responsable d'angine aiguë [2]. Les angines érythémateuses et érythémato-pultacées sont causées par le streptocoque A dans 15 à 25 % des cas chez l'adulte et dans 25 à 50 % des cas chez l'enfant, notamment à l'occasion de phénomènes épidémiques [1].

Les angines aiguës, y compris les angines à streptocoque A, évoluent le plus souvent favorablement en 3 à 4 jours, même en l'absence de traitement anti-infectieux. C'est le souci de limiter la survenue des complications locales et générales, ainsi que la contagion de l'entourage, qui a justifié les recommandations d'antibiothérapie systématique dans les années 1950 [3].

Les streptocoques du groupe A sont dans 95% des cas bêta hémolytiques ; ils sont les principaux responsables des infections localisées et les seuls responsables des manifestations post-streptococciques chez l'Homme [3]. Les angines à streptocoque A peuvent donner lieu à des complications potentiellement graves : syndromes post-streptococciques et complications septiques locorégionales.

D'autres bactéries sont rarement en cause, mais soit dans un contexte particulier (association fuso-spirillaire, *Corynebacterium diphtheriae*, *Neisseria gonorrhoeae*), soit sans avoir le même potentiel de complications (streptocoques bêta hémolytiques du groupe C ou du groupe G) [4,5].

Donc, en pratique, la prise en charge consiste d'abord à essayer de distinguer les angines à streptocoque A des angines virales. Les recommandations françaises et internationales convergent pour limiter le plus possible l'antibiothérapie aux angines aiguës à streptocoque A, afin de limiter l'apparition de résistances et un surcoût de traitement.

Or, aucun élément clinique ne permet cette distinction, en dehors des cas de scarlatine. Un seul signe clinique ne suffit pas, ni pour reconnaître, ni pour exclure l'origine streptococcique. Dans une étude menée au Canada entre 1995 et 1997, aucun élément de l'interrogatoire, isolément, n'a paru avoir une capacité diagnostique suffisante pour reconnaître ou éliminer la présence de streptocoque A. Plusieurs signes cliniques ont semblé n'avoir aucun intérêt diagnostique : notamment, les signes de rhinite ont été aussi fréquents chez les porteurs de streptocoque A que chez les autres patients [3].

En 1999, l'agence française du médicament a fait le point sur l'épidémiologie des complications des angines à streptocoque A dans les pays riches. Elle a constaté que les complications locorégionales (phlegmon amygdalien, abcès rétro pharyngé, adénite cervicale suppurée, etc.) semblaient autrefois plus fréquentes. Toutefois, il n'est pas certain que la réduction des complications locorégionales des angines aiguës, observée depuis le début du 20^{ème} siècle, soit due à l'antibiothérapie des angines [3].

À distance d'une infection localisée par le streptocoque A, des manifestations post-streptococciques peuvent survenir, constituées essentiellement par le rhumatisme articulaire aigu (RAA) et la glomérulonéphrite aiguë (GNA) streptococcique. Les autres complications (arthrite réactive, chorée de Sydenham par exemple) sont plus rares [3].

On considère que le RAA et l'atteinte valvulo-myocardique qui lui est associée ne surviennent qu'après une infection pharyngée ou dentaire. Ainsi, selon une étude épidémiologique en Guadeloupe et à la Martinique, près de la moitié des 197 cas de RAA étudiés ont été précédés d'un épisode de maux de gorge, tandis qu'aucun n'a été lié à une infection cutanée streptococcique [3].

Dans tous les pays industrialisés, la décroissance du RAA, maladie très fréquente au début du XXe siècle, s'est amorcée avant l'apparition des antibiotiques pour s'accroître à partir de la deuxième guerre mondiale avec leur utilisation en thérapeutique humaine. Simultanément, la part des séquelles rhumatismales dans les maladies cardio-vasculaires et la mortalité ont chuté pour devenir insignifiantes à l'heure actuelle. Le RAA est donc devenu une maladie virtuelle dont l'incidence annuelle moyenne est, depuis les années 1980, de l'ordre de 0,5/100 000 enfants âgés de 5 à 17-18 ans [6].

En France métropolitaine, une étude menée entre 1995 et 1997 a montré qu'environ 10 nouveaux cas de RAA survenaient chaque année. Dans les pays industrialisés, le RAA est exceptionnel avant l'âge de 5 ans et après 23 ans. Il est rare chez l'adolescent et au-delà : 92% des cas surviennent avant l'âge de 18 ans. Dans les pays en développement, à l'inverse, le RAA est endémique. Il reste l'une des grandes causes des maladies cardio-vasculaires et de mortalité chez les sujets de moins de 50 ans. Contrairement à ce qui a été observé dans les pays industrialisés, dans les pays en développement, le RAA a été surtout reconnu après la seconde guerre mondiale, peut-être après importation de souches streptococciques rhumatogènes [6]. L'incidence du RAA post-streptococcique reste également élevée dans certains départements d'Outre Mer, comme la Guadeloupe ou la Martinique [3].

Les glomérulonéphrites post-streptococciques sont rares, et la plupart ne sont pas d'origine pharyngée [7]. Le risque, faible, semble être peu différent après une angine à streptocoque A traitée ou non traitée [5].

L'efficacité du traitement antibiotique des angines à streptocoque A a été démontrée sur les critères suivants [5] :

- Accélération de la disparition des symptômes,
- Éradication et diminution de la dissémination du SGA à l'entourage,
- Prévention du RAA, démontrée pour la pénicilline G injectable.

La seule clinique étant insuffisante pour reconnaître les angines streptococciques parmi toutes les angines, une stratégie « maximaliste » d'antibiothérapie systématique de toutes les angines était en vigueur en France depuis de nombreuses années.

Dans l'objectif principal de limiter l'extension de la résistance bactérienne et l'usage inconsidéré des antibiotiques, mais aussi les dépenses inutiles, le jury de la Conférence de Consensus de la SPILF s'est prononcé en 1996 pour une modification de la stratégie de prise en charge des angines, s'inscrivant dans une démarche de « bon usage du médicament », et ne visant à ne traiter par antibiothérapie que les angines à streptocoque A [2].

L'antibiothérapie affecte l'écologie bactérienne en favorisant le développement de résistance aux antibiotiques de certaines bactéries, autres que le streptocoque A (notamment le pneumocoque). Dans un contexte de décalage croissant entre la progression de la résistance bactérienne vers la multi résistance et les perspectives réduites de découvertes de nouvelles classes d'antibiotiques, la résistance bactérienne aux antibiotiques est devenue une préoccupation sanitaire majeure dans tous les pays développés. Optimiser l'usage des antibiotiques devient dès lors un élément essentiel de la maîtrise du risque bactérien lié aux pathogènes résistants [8].

En ville, intervenir sur la transmission interindividuelle des bactéries est une modalité d'action de santé publique peu réaliste. La diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques reste, avec certaines perspectives vaccinales, le seul moyen de maîtrise de la progression de la résistance bactérienne [8].

Seule la pratique de tests de confirmation microbiologique permet au praticien de sélectionner les patients atteints d'angine à streptocoque A. L'avènement du test de diagnostic rapide du streptocoque bêta hémolytique du groupe A (TDR), a permis de disposer d'un outil diagnostique permettant de reconnaître les angines à streptocoque A au cabinet.

Dès 1996, le jury d'une conférence de consensus de la SPILF préconise l'utilisation des TDR pour toute angine avec confirmation par culture des résultats négatifs de l'enfant [1].

Le seuil de 90% de sensibilité de ce test a été validé par une modélisation statistique tenant compte de la prévalence du streptocoque A et du risque de RAA en l'absence de traitement antibiotique. Il apparaît que le risque d'augmentation du nombre de RAA est au maximum de un cas par an si tous les patients avec un TDR négatif ne sont pas traités [4].

En 1999, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) préconise également l'adoption d'une nouvelle stratégie de prise en charge de l'angine, fondée sur l'utilisation des TDR. Elle recommande la pratique de TDR dans toutes les angines. Ainsi, un TDR positif devait conduire à la prescription d'un traitement antibiotique, un TDR négatif sans facteurs de risque de RAA ne devait pas être suivi de prescription antibiotique et un TDR négatif avec facteur de risque de RAA devait être confirmé par culture.

Cependant, de tels tests n'étaient pas encore diffusés en France pour des raisons d'ordre réglementaire et de prise en charge [2]. Dans l'attente de la mise à disposition des TDR en France, il était dit raisonnable de continuer de traiter de principe par antibiotique toutes les angines aiguës.

La pertinence de ces nouvelles recommandations justifiait leur diffusion et leur application.

Entre octobre 1998 et mars 1999, dans le but d'apprécier l'impact d'une révision de la stratégie de prise en charge des angines fondée sur l'utilisation du TDR, le Groupe de Recherche sur les Angines et les Pharyngites (GRAPH) met en place une étude prospective

sur l'évaluation de l'applicabilité des recommandations définies par le jury de la conférence de consensus de la SPILF sur la prise en charge de l'angine chez l'adulte de plus de 25 ans ; et sur ses conséquences économiques [2].

Malgré les résultats encourageants de l'étude GRAPH, une campagne Test'Angine, financée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés via le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS), est organisée par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne en partenariat avec l'Université, l'Unité de Formation et de Recherche de médecine et la Fédération Bourguignonne de Formation Médicale Continue. Cette étude, réalisée entre octobre 1999 et septembre 2001 (732 médecins, 3347 patients), avait pour but d'évaluer l'appropriation du test par les médecins en pratique courante, l'acceptabilité de cette modification de pratique par le public et l'impact de l'utilisation du test sur les prescriptions antibiotiques. Le TDR a été réalisé dans 98,1 % des cas. Il était positif dans 27,6 % des cas (29,8 % chez les moins de 25 ans contre 24,2 % chez les plus de 25 ans). Un antibiotique a été prescrit dans 41,3 % des cas (99,3 % lorsque le TDR était positif et 18,3 % lorsqu'il était négatif). L'acceptabilité des patients et des médecins a été jugée bonne [4].

S'appuyant sur les résultats de la campagne Test'Angine, Monsieur Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé, décide en novembre 2001, avec le concours des caisses d'Assurance Maladie, de la généralisation du test à l'ensemble du territoire national. Pour des raisons réglementaires, ceci n'a pu être mis en place, dans un premier temps, qu'auprès des médecins généralistes, dans le cadre d'un Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) [4].

La généralisation du test de diagnostic rapide de l'angine consiste à en organiser la diffusion dès septembre 2002, avec un financement des tests par le FNPEIS. Des formations spécifiques sont effectuées à partir de septembre - octobre 2002 [9].

Conclu le 23 avril 2002 pour une durée de 3 ans, un accord entre l'assurance maladie et la fédération française des médecins généralistes MG France prévoit la mise en œuvre d'actions de formation des médecins à l'utilisation du test, organisées par leurs associations de formation continue et financées par l'assurance maladie sur le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale.

En 2002, les recommandations françaises sont réactualisées et l'Afssaps propose dans l'argumentaire l'utilisation de scores cliniques, en complément de l'utilisation du TDR : le score de Mac Isaac peut être utilisé. Les items sont : la présence de fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$, d'atteinte amygdalienne, d'adénopathies cervicales douloureuses et l'absence de toux. Chaque item vaut 1 point. Le score tient également compte de l'âge : +1 point si âge < 15 ans et -1 point si âge > 45 ans. Les patients ayant un score de Mac Isaac inférieur à 2 ont une probabilité d'infection à streptocoque A de 5%. Un tel score, notamment chez l'adulte, permet de ne pas faire le test et de ne pas prescrire d'antibiotiques.

En 2005, l'Afssaps affine à nouveau les recommandations en demandant la réalisation systématique d'un TDR chez les enfants de plus de 3 ans. Chez l'adulte, un score de Mac Isaac [annexe 2] supérieur ou égal à 2 doit conduire à réaliser un TDR. Un TDR négatif chez un sujet sans facteur de risque de RAA ne justifie pas d'un contrôle supplémentaire systématique par culture, ni de traitement antibiotique.

Les facteurs de risque de RAA sont énumérés :

- Antécédent personnel de RAA
- Âge entre 5 et 25 ans associé à la notion de séjours en zone d'endémie de RAA (Afrique, DOM-TOM), ou éventuellement certains facteurs environnementaux (conditions sociales, sanitaires et économiques, promiscuité, collectivité fermée) ou à un antécédent d'épisodes multiples d'angine à streptocoque A

En présence d'un risque de RAA, un TDR négatif peut être contrôlé par une mise en culture ; si la culture est positive, le traitement antibiotique sera entrepris [5].

Pour diminuer le décalage entre les nouvelles données de la science et les pratiques et pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques, les habitudes des médecins généralistes doivent évoluer. De nombreuses études ont montré la difficulté à obtenir un changement des pratiques et, en particulier, la relative inefficacité de la simple diffusion de recommandations.

Dans ce contexte, il a semblé intéressant d'évaluer par une enquête descriptive la pratique des médecins généralistes libéraux et leurs réticences éventuelles à évoluer vers l'application des recommandations nationales.

L'initiative du projet de recherche appartient à MedQual, centre d'information et de ressources pour le bon usage des produits de santé au CHU de Nantes.

Cette étude a bénéficié de l'appui de l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays-de-la-Loire, de l'unité EA 3826 du CHU de Nantes « Thérapeutiques cliniques et expérimentales des infections » et du soutien méthodologique du Pôle d'Information Médicale, d'Évaluation et de Santé Publique du CHU de Nantes. Une demande de financement a été déposée auprès de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie des Pays de la Loire, permettant d'obtenir un financement par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville.

Questions de recherche

Devant une pathologie inflammatoire de l'oropharynx, quelle est l'attitude pratique des médecins généralistes ? Quelle place les médecins généralistes accordent-ils au TDR ?

Les médecins font-ils confiance au résultat du TDR ?

De quelle façon l'utilisation du TDR influence t-elle leur prescription d'antibiotiques ?

Quelle est la place des recommandations de l'Afssaps dans leur démarche diagnostique et thérapeutique ?

Objectifs de l'étude

L'**objectif primaire** de l'étude était de réaliser un **état des lieux** de la **prise en charge** des **pathologies inflammatoires** de l'**oropharynx** par les médecins généralistes libéraux installés dans la région Pays-de-la-Loire.

Les **objectifs secondaires** de l'étude étaient d'identifier :

- les facteurs d'utilisation et de non-utilisation du TDR au cours de la consultation
- les déterminants de la prescription et de la non-prescription d'antibiotiques

II. Méthodes

Une **étude descriptive de pratique** des médecins généralistes libéraux a été organisée sur deux sites, Nantes et Angers, sous la responsabilité de leurs départements de médecine générale respectifs.

Deux méthodes ont été couplées pour mener l'étude :

- une étude **quantitative**, enquête de pratique avec recueil de données par questionnaire
- une étude **qualitative**, par l'organisation d'entretiens semi-dirigés appelés *focus group*

A. Enquête par questionnaire

1. Population cible

Les **médecins généralistes** libéraux installés dans la région **Pays-de-la-Loire** constituaient la population cible de l'étude.

2. Population source

Les **142 médecins généralistes maîtres de stage** affiliés aux départements de médecine générale des universités de Nantes et d'Angers ont été sollicités pour participer à l'enquête (82 médecins à Nantes et 60 médecins à Angers).

Un courrier a été adressé par voie postale à chaque maître de stage trois semaines avant le début de l'enquête [annexe 1]. Chaque maître de stage a ensuite été contacté individuellement par téléphone afin de recueillir son consentement pour participer à l'étude. Ce contact a permis d'expliquer ou de ré-expliquer le principe de l'étude et d'en rappeler les bonnes conditions de réalisation.

3. Représentativité de l'échantillon de médecins

Les **prescriptions** d'antibiotiques ainsi que les **données socio-démographiques** (sexe, âge, mode d'exercice) d'un groupe de **médecins généralistes maîtres de stage** ont été comparées à celles d'un **groupe témoin de médecins généralistes non maîtres de stage** choisis par tirage au sort aléatoire. Ces données anonymisées ont été fournies par la Direction Régionale des Services Médicaux de l'Assurance Maladie des Pays-de-la-Loire. Le but était de ne pas méconnaître le **biais de sélection** constitué par le choix de médecins généralistes maîtres de stage dans la définition de la population source.

4. Données de la consultation

L'activité des médecins observés concernait la prise en charge de **tous les patients** ayant consulté pour « **mal de gorge** » ou chez lesquels une **angine** avait été **suspectée** et tous les patients pour lesquels un **TDR** avait été **réalisé** au cours de la consultation. Les patients ou leurs parents ont été avertis de l'étude en cours par l'affichage d'un document d'information en salle d'attente, sur lequel apparaissait le droit de s'opposer au recueil de données les concernant.

5. Recueil de données

a. Enquêteurs

Les patients ont été inclus **en temps réel** au cabinet par les **internes de médecine générale** effectuant leur stage chez les praticiens. Un questionnaire a été renseigné à partir des données issues de la consultation pour chaque patient inclus.

Les internes ont été invités à participer à une réunion d'information préalable au recueil des données, le premier jour de leur stage en médecine générale. Le projet de recherche, les conditions de recueil des données et leur implication dans l'étude leur ont été expliqués.

b. Questionnaire [annexe 2]

Le questionnaire permettait de recueillir 11 éléments de réponse, ceux-ci étant obtenus grâce aux données de la consultation observée par l'enquêteur.

La première partie concernait les **données de l'examen** effectué par le **médecin généraliste**. La seconde partie permettait de décrire les **éléments de décision** du **médecin généraliste**, en explicitant les **arguments de réalisation** ou de **non-réalisation** du **TDR** et ceux de la **prescription** ou de la **non-prescription d'antibiotiques**. Un champ était également réservé au diagnostic donné au patient. La troisième partie servait à **calculer le score de Mac Isaac** [annexe 2] par l'interne de médecine générale, à partir des données de son propre examen.

A la fin de la période de recueil, les médecins généralistes maîtres de stage étaient invités à se prononcer sur l'**utilité du TDR** dans leur pratique et sur leur intention de **poursuivre son utilisation** lorsqu'il ne serait plus distribué gratuitement par la Caisse d'Assurance Maladie.

c. Période de recueil

Le renseignement des questionnaires a débuté le **6 novembre 2006** et devait se poursuivre pendant **six semaines**. Une réunion de clôture à l'issue de la période a permis de recueillir les difficultés rencontrées par les enquêteurs.

d. Attachés de recherche clinique

Au sein de chaque département de médecine générale, une interne a rempli la fonction d'attaché de recherche clinique.

6. Analyse statistique des données

La saisie a été effectuée à l'aide du logiciel EpiData. L'analyse statistique a été réalisée par l'unité qualité-risques-évaluation du Pôle d'Information Médicale d'Évaluation et de Santé Publique du CHU de Nantes, avec la version 2.5.0 du logiciel R.

B. Etude qualitative par *focus group*

1. Méthode du *focus group*

Les *focus group* sont des entretiens de recherche, ayant pour objet de collecter des données discursives destinées à l'analyse. Ces données sont provoquées et recueillies par un chercheur sur des thèmes déterminés et qui doivent concerner les enquêtés.

Cette technique d'entretien collectif appartient à la recherche qualitative et présente l'avantage de faciliter le recueil de la parole individuelle. Elle permet de multiplier le nombre d'enquêtés et d'élargir l'éventail des réponses recueillies.

L'intérêt est aussi de saisir les prises de position en interaction les unes avec les autres et non de manière isolée. Ceci permet à la fois l'analyse des significations partagées et du désaccord, grâce à la prise en compte des interactions qui se manifestent dans la discussion [10].

2. Place des *focus group* dans l'étude

L'organisation de *focus group* intervenait ici après une enquête par questionnaire dans l'objectif d'affiner l'interprétation des données recueillies et de mieux cerner la population d'abord caractérisée par l'analyse statistique.

Les *focus group* ont été organisés sur deux sites, Angers et Nantes, complétant ainsi l'enquête par questionnaire ayant exploré la prise en charge des pathologies inflammatoires de l'oropharynx en médecine générale.

3. Echantillonnage qualitatif

Les *focus group* constituent une méthode chronophage et intensive, et il serait donc techniquement difficile et très coûteux de les faire fonctionner avec des échantillons représentatifs. On les utilise plutôt, comme c'était le cas ici, en les combinant avec d'autres méthodes qualitatives ou quantitatives [11].

La représentativité prend donc ici un sens différent de celui qu'on utilise pour les enquêtes quantitatives par questionnaire. La logique d'échantillonnage doit tendre vers une **diversification maximale** [10].

La sélection des participants a permis de recruter des **médecins généralistes** exerçant dans la région Pays-de-la-Loire, **non maîtres de stage**, ayant donné leur accord par téléphone.

4. Organisation du *focus group* à Nantes

A Nantes, le recrutement a été effectué afin d'obtenir des éléments de diversité concernant le **sexe** et le **lieu d'exercice** : rural, semi-rural ou urbain.

L'**ancienneté** a également été prise en compte, calculée à partir de la date d'obtention de la thèse, ces données ayant été obtenues auprès du service statistique de la DRASS des Pays-de-la-Loire.

Les médecins ayant un mode d'exercice particulier (homéopathes, angiologues) ont été exclus.

Les médecins ont été sollicités par téléphone et recrutés sur la base du **volontariat**. Les médecins ayant accepté de participer au *focus group* ont reçu une convocation écrite par voie postale [annexe 3] et ont été informés du caractère **anonyme** de l'exploitation des données. Le **sujet abordé** au cours du *focus group* **ne leur a pas été dévoilé**, ni au moment du premier contact téléphonique, ni dans le contenu du courrier qui leur a été adressé.

Le *focus group* s'est tenu le **13 mars 2007** au département de médecine générale de Nantes.

L'enregistrement a duré une heure et cinq minutes. L'appareil d'enregistrement numérique était placé au centre de la table autour de laquelle siégeaient les participants et le modérateur.

Le rôle de **modérateur** était assuré par le professeur Rémy Senand, directeur du département de médecine générale de Nantes. La fonction d'**observateur** était assurée par l'attachée de recherche clinique ayant coordonné l'ensemble de l'étude.

5. Guide d'entretien [annexe 4]

Le **guide d'entretien**, utilisé par le modérateur, a pour fonction de recentrer les propos sur le thème de la recherche. Il vise aussi à introduire une dynamique et une progression dans la discussion.

6. Transcription et analyse

Les données issues de l'enregistrement du *focus group* ont été transcrites sous la forme d'un verbatim.

Les conventions de Michael Billig [10] ont été utilisées pour la transcription.

= est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps

(.) indique une pause courte. Mais si la pause est suffisante pour être mesurée en secondes, alors on l'indique dans la parenthèse

... signale une omission ou quelque chose d'inaudible

{ } pour toutes formes de précisions, souvent relatives au ton ou aux gestes

Enfin, on souligne les mots pour marquer une insistance, et on met en lettres majuscules les moments où les voix se font particulièrement fortes.

A l'issue du travail de transcription, les données ont été découpées en unités de signification et enfin regroupées en occurrences et dimensions [12].

III. Résultats de l'enquête par questionnaire

A. Représentativité de l'échantillon

Les **prescriptions antibiotiques** ainsi que les **données socio-démographiques** (sexe, âge, mode d'exercice) ont été évaluées :

- dans un groupe de 178 médecins généralistes **maîtres de stage**
- dans un groupe témoin de 358 médecins généralistes **non maîtres de stage** sélectionnés par tirage au sort aléatoire.

Ces données concernaient l'activité des deux groupes de médecins pour les mois de **décembre 2005** et **décembre 2006** et pour **l'ensemble de l'année 2006**.

La comparaison des deux groupes n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative concernant :

- leurs caractéristiques socio-démographiques,
- les caractéristiques de leur activité,
- les caractéristiques de leur prescription d'antibiotiques.

B. Nombre de questionnaires

Le renseignement des questionnaires a débuté le **6 novembre 2006** et devait se poursuivre pendant **six semaines**. Un mouvement de grève ayant touché les médecins généralistes au cours des mois de novembre et de décembre 2006, le recueil des données a été prolongé jusqu'au **1^{er} février 2007**.

A Nantes

Parmi les 82 maîtres de stage sollicités, seul un médecin a refusé de participer à l'étude.

81 médecins généralistes maîtres de stage ont fait l'objet d'un recueil informations.

Pour 11 d'entre eux, aucun questionnaire n'a été renseigné, la pratique de 70 médecins généralistes nantais a donc été observée par les internes de médecine générale en stage à leurs côtés. **331 questionnaires** ont pu être exploités.

A Nantes et Angers

Tableau 1 – Nombre de questionnaires par ville (N = 525)		
	N	%
Angers	194	37
Nantes	331	63

Au total, **525 questionnaires** ont été exploités.

C. Données de la consultation du médecin généraliste

Age et sexe

237 hommes (45%) et 288 femmes (55%) ont participé à l'étude.

6% des patients vus en consultation avaient moins de 3 ans, un peu moins d'un tiers avaient entre 3 et 14 ans, presque la moitié étaient âgés de 15 à 44 ans, et 14 % avaient plus de 45 ans.

Signes cliniques

36 % des patients ayant participé à l'étude ne présentaient pas d'atteinte amygdalienne.

Une **atteinte amygdalienne** a été décrite chez 300 patients avec, à l'examen :

- une angine érythémateuse chez 180 patients (34%)
- une angine érythémato-pultacée chez 120 patients (23%)

D. Décision du médecin généraliste

Un **TDR** a été réalisé chez **46 %** des patients.

Le TDR était utilisé :

- **le plus souvent** (49 % des cas), devant un **doute sur l'étiologie de l'angine** ;
- dans 14 % des cas, pour argumenter la non-prescription d'antibiotiques ;
- chez 12 % des patients, en raison de la valeur obtenue au score de Mac Isaac ;
- dans 19 % des cas, pour un autre motif.

Un TDR a été réalisé chez 23 patients qui ne présentaient pas d'atteinte amygdalienne à l'examen clinique (ou avaient un antécédent d'amygdalectomie). Pour 10 d'entre eux, le TDR a été effectué afin d'obtenir un **argument** pour la **non-prescription d'antibiotiques**.

Chez les patients porteurs d'une atteinte amygdalienne :

- l'**utilisation du TDR** était motivée chez 28 patients (13% des cas) par la valeur obtenue au calcul du score de Mac Isaac :

- score à 1 : 1 patient
- score à 2 : 5 patients
- score à 3 : 16 patients
- score à 4 : 7 patients

- la **non-utilisation du TDR** était motivée chez 11 patients (11% des cas) par la valeur obtenue au calcul du score de Mac Isaac :

- score à 1 : 3 patients
- score à 3 : 3 patients
- score à 4 : 5 patients

Tableau 2 – Motifs de réalisation du TDR (N = 243)	n (%)
Valeur du score de Mac Isaac	30 (12%)
Doute sur l'étiologie de l'angine	119 (49%)
Argument pour la non-prescription d'ATB	33 (14%)
Autre :	47 (19%)
« Pédagogique : formation de l'IMG »	5
« Fragilité / immunodépression d'un membre de la famille »	4
« TDR + chez un membre de la famille »	2
« Angine chez un membre de la famille »	2
« Angine sévère »	3
« Angine récidivante »	4
« Confirmer une scarlatine »	3
« Doubte sur le diagnostic d'angine »	4
« Symptomatologie d'une angine »	5
« Terrain (insuffisance mitrale) »	1
« Choix d'une antibiothérapie car acné concomittante »	1
« Non précisé »	12
Donnée manquante	14

Tableau 3 – Motifs de non-réalisation du TDR (N = 282)	n (%)
Valeur du score de Mac Isaac	35 (12,4%)
Manque de temps	8 (2,9%)
Manque de confiance dans le test	2 (0,7%)
Présomption clinique de l'étiologie de l'angine	39 (13,9%)
Refus du patient	1(0,3%)
Pas de TDR à disposition au cabinet médical	19 (6,7%)
Autre motif :	150 (53%)
"pas d'angine" ou "pas d'argument clinique"	79
"rhinopharyngite virale"	7
"allure virale" sans atteinte amygdalienne à l'examen	5
"présomption clinique de l'étiologie bactérienne de l'angine"	23
"forte présomption clinique de l'étiologie virale de l'angine"	1
"scarlatine"	1
"grippe"	1
"otite moyenne aigue"	1
"amygdalectomie"	7
"visite à domicile"	3
"phlegmon récent"	1
"antibiothérapie débutée (automédication)"	1
"traitement antibiotique récurrent"	1
"2ème consultation pour le même motif"	1
"ne modifiera pas la prise en charge"	1
autre motif - non précisé	17
Donnée manquante	28 (10%)

E. Résultat du TDR

Lorsqu'un **TDR** a été **réalisé**, son résultat s'est révélé **positif** dans **25 % des cas** (60 patients sur 243), il était douteux dans 2 cas.

F. Diagnostic donné au patient

Tableau 4 – Diagnostic donné au patient (N = 525)	n	%
Rhinopharyngite	188	35,85
« Rhinopharyngite »	183	34,9
« Rhinopharyngite surinfectée »	5	0,95
Angine	251	47,8
« Angine »	54	10,3
« Angine virale »	113	21,5
« Angine bactérienne »	54	10,3
« Angine streptococcique »	24	4,57
« Angine non streptococcique »	5	0,95
« Angine surinfectée »	1	0,19
Autres	70	13,3
« Atteinte virale / Virose »	22	4,20
« Laryngite »	13	2,50
« Trachéite »	10	1,90
« Grippe »	7	1,30
« Otite »	5	0,95
« Phlegmon »	1	0,19
« Surinfection bronchique »	5	0,95
« Scarlatine »	4	0,76
« Sinusite »	1	0,19
« RGO »	1	0,19
« Lésion dentaire »	1	0,19
Donnée manquante	16	3,05

Le diagnostic donné au patient était :

- dans 251 cas (47.8 %), celui d'une **angine**
- dans 188 cas (35.8 %), celui d'une **rhinopharyngite**

G. Prescription d'antibiotiques

Tableau 5 – Prescription d'un antibiotique (N=525)				
	Oui	Différée	Non	Donnée manquante
Prescription d'un ATB (antibiotique)	148	1	370	6

Une ordonnance d'antibiotiques a été remise à **28 %** des patients.

Lorsque le résultat du **TDR** était **positif**, un **antibiotique** a **systématiquement** été **prescrit**.

Tableau 6 – Arguments de la prescription d'ATB devant un TDR négatif (N = 20)	n (%)
Présomption clinique de l'étiologie bactérienne	8 (42.1)
Remise en cause de la fiabilité du test	1 (5.3)
Doute sur la qualité du prélèvement	1 (5.3)
Demande d'ATB explicite par le patient	0 (0)
Demande d'ATB implicite par le patient	0 (0)
Contexte associé	10 (52.6)
Angines récidivantes	0 (0)
Affections ORL associées	3 (30)
2ème consultation pour l'affection actuelle	2 (20)
Terrain	4 (40)

20 patients ont **reçu un antibiotique** alors que le **résultat du TDR** était **négatif**.

Aucune prescription d'antibiotique n'était liée à une **demande explicite** ou **implicite** de la part du patient.

La lecture des résultats de l'**analyse multivariée** montre que, au seuil de 5%, la **prescription d'antibiotiques** était **plus fréquente** :

- en présence d'une fièvre (OR = 2.40),
- en présence d'adénopathies (OR = 2.2),
- en présence d'une atteinte amygdalienne, soit érythémateuse (OR = 7), soit érythémato-pultacée (OR = 20.7), soit d'une autre atteinte (OR = 6),
- en l'absence de réalisation du TDR (OR = 0.37).

H. Formation des médecins à l'utilisation du TDR

Tableau 7 – Formation au TDR selon la ville (N = 127)			
	Oui	Non	Données manquantes
	n (%)*	n (%)*	n (%)
Formation au TDR à Nantes (N = 81)	74 (91)	7 (9)	0
Formation au TDR à Angers (N = 46)	31 (76)	10 (24)	5

* pourcentage des données complètes

A Nantes, **74 médecins (91 %)** avaient bénéficié d'une formation à l'utilisation du TDR. La proportion de médecins formés était un peu moins importante à **Angers**.

I. Utilité du TDR perçue par les médecins généralistes

Utilité du TDR

Tableau 8 – Utilité ressentie du TDR selon la ville (N = 127)					
	Inutile	Peu utile	Utile	Très utile	Données manquantes
	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)*	N (%)
Utilité ressentie du TDR à Nantes (N = 81)	7 (9)	10 (13)	34 (43)	28 (35)	2
Utilité ressentie du TDR à Angers (N = 46)	4 (9.50)	11 (26)	18 (43)	9 (21,5)	4

*pourcentage des données complètes

A Nantes, le TDR était jugé **utile** ou **très utile** par **78%** des médecins.

A Angers, le TDR était jugé **utile** ou **très utile** par **64,5%** des maîtres de stage.

Poursuite de l'utilisation du TDR à l'arrêt de son financement par l'Assurance Maladie

Tableau 9 – Intention d'utiliser le TDR selon la ville (N = 127)			
	Oui	Non	Données manquantes
	N (%)*	N (%)*	N (%)
Intention d'utiliser le TDR à Nantes (N = 81)	45 (57)	34 (43)	2
Intention d'utiliser le TDR à Angers (N = 46)	15 (37)	26 (63)	5

*pourcentage des données complètes

À Nantes, 81 médecins se sont prononcés concernant leur intention de continuer à utiliser le TDR, dans l'hypothèse où il ne serait plus distribué gratuitement par l'Assurance Maladie.

- **45 médecins (56%) avaient l'intention de continuer à utiliser le TDR**
- **34 médecins (42%) ont déclaré ne pas avoir l'intention de continuer à l'utiliser**
- 1 médecin a répondu « ni-oui ni-non » et 1 médecin a répondu « je ne sais pas »

1. Parmi les 45 médecins **décidés à poursuivre l'utilisation du TDR**, les arguments avancés pour cette décision étaient, **sans aucune réserve** :

- le **bon usage des antibiotiques** (8 médecins)
- son intérêt **pédagogique** (5 médecins)
- son intérêt **diagnostique** (2 médecins)
- le respect des bonnes pratiques médicales (1 médecin)
- son intérêt **thérapeutique** (1 médecin)
- le fait que le test soit très utile ou « intelligent », et pour certains la possibilité de partager les coûts avec associés (11 médecins)
- le **risque évité** grâce au test « cela évite de prendre un risque » (1 médecin)

2. D'autres disaient vouloir **continuer à se procurer le TDR**, tout en émettant des **réserves** :

- l'utilisation serait poursuivie selon le **coût** engendré (8 médecins)
- selon les **modalités d'approvisionnement** (1 médecin)
- considérant toutefois que ce serait à l'Assurance Maladie d'en assumer le coût (1 médecin)
- à condition que le TDR rentre dans la classification des actes techniques et qu'il soit récompensé par une meilleure rémunération (1 médecin)

3. Un médecin avançait l'argument que le TDR serait certainement « toujours remboursé par la sécu » et qu'il continuerait donc à l'utiliser.

4. **34 médecins** déclaraient **ne pas avoir** l'intention de continuer à utiliser le test :

- en raison de son **coût** (9 médecins - soit 26 % d'entre eux)
- la clinique est suffisante, le test est inutile (10 médecins)
- parce que **le financement doit être assuré par la Sécurité Sociale**, puisque l'utilisation du TDR permet à la Sécurité Sociale de faire des économies et/ou parce que c'est un problème de santé publique (9 médecins - soit 26 % d'entre eux)
- « l'idée (du test) est bonne mais ce n'est pas pratique » (1 médecin)
- le test n'étant pas jugé fiable (1 médecin)
- sans justification (4 médecins)

5. **2 médecins ne se sont pas prononcés**

- 1 médecin, par crainte en disant oui, « que le test ne soit plus remboursé »
- 1 médecin a répondu « je ne sais pas »

IV. Résultats des *focus group*

A. Résultats issus de l'analyse du *focus group* à Nantes

L'un des 10 médecins recrutés s'est excusé le jour de la séance de ne pouvoir assister à la séance. **9 participants** se sont donc présentés le soir de l'entretien.

Les données issues de l'enregistrement du *focus group* ont été transcrites sous la forme d'un verbatim [annexe 5]. Les résultats sont présentés sous forme d'occurrences et de dimensions. Chacune des occurrences est illustrée par une ou plusieurs unités de significations dont les numéros se rapportent au découpage mis en évidence en annexe 6.

Ainsi, quatre grandes dimensions ont pu être explorées par le *focus group* nantais.

1. Épidémiologie des affections oro-pharyngées

Les premiers résultats concernaient l'épidémiologie des affections oro-pharyngées, telle qu'elle était perçue par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

- Les affections oropharyngées constituaient un **motif fréquent de consultation**

9. *c'est probablement la cause principale qui fait venir dans un cabinet les gens, quel que soit l'âge*
11. *je crois que c'est quand même la première chose que l'on rencontre dès qu'on fait de la médecine de ville*
17. 56.

- L'importance de ce motif de consultation semblait toutefois être un peu **sur-estimée**

41. *on croit qu'on en voit beaucoup mais en fait on en voit assez peu (...) en fait sur une année entière, ça représente pas quelque chose d'énorme quoi*
50. *quelque chose sûrement de beaucoup moins fréquent qu'on le croit, parce qu'on s'en fait sûrement une idée, et puis les gens d'eux mêmes, vous disent « ah bah, vous devez en voir beaucoup » alors c'est (.) pas très vrai*
31.

- La **population concernée** par ces affections était **essentiellement pédiatrique**, ce qui s'expliquait aussi par le fait que les jeunes parents consultaient plus souvent

10. *on aura souvent des petits enfants qui ont le nez qui coule, ou qui ont mal à la gorge ou qui ont une petite rhino ou un petit rhume*
58. *les moins de deux ans ont des parents (qui) consultent quand même beaucoup je trouve ; et (...) souvent un autre diagnostic se termine par une infection oropharyngée*
51. *la pathologie oropharyngée, moi qui ai une clientèle énormément pédiatrique, j'en vois énormément*
1. 23. 59.

- Les **adultes** consultaient **moins souvent** pour ces affections

39. *j'ai vieilli avec ma clientèle, donc c'est vrai que c'est pas un sujet qui me préoccupe {sourit} beaucoup et énormément*
62. *chez les plus grands le diagnostic est plus facile, souvent, heu, moins fréquent*

- Les infections avaient une **étiologie virale** dans la plupart des cas

67. *dans la plupart des cas effectivement, heu la cause virale est présente*

2. La prise en charge des affections oro-pharyngées

L'identification des difficultés de la prise en charge des affections oro-pharyngées a permis d'explorer le vécu des médecins généraliste face à ces pathologies.

La demande du patient, telle qu'elle est perçue par le médecin généraliste

- Le motif de consultation amenant au diagnostic d'affection oropharyngée était une **fièvre**, une **dysphagie**, une demande de vérification des **tympons** ou une **douleur abdominale**

57. chez les (.) chez les enfants, le diagnostic est souvent porté devant une fièvre

52. les gens m'emmènent pour des dysphagies, heu, mais ils emmènent leurs enfants surtout pour qu'on vérifie les tympons, souvent, parce que (.) ils ont compris que l'angine c'est à 90 % viral, (..) mais ce qui leur fait peur et ce qu'ils ne peuvent pas voir, ce sont les tympons, donc c'est souvent l'occasion de faire vérifier les oreilles

91. oui effectivement les douleurs abdominales, je vois, mais c'est pas {7 mime le vomissement et M rit} ; et le vomissement (.) les vomissements mais ça ce serait plutôt le motif de consultation qu'un argument clinique de dépistage, je veux dire lors de l'examen.

41.

- Les parents des enfants malades attendaient surtout que le médecin leur apporte un **diagnostic**

22. et puis bon on constate, je dirais, du côté des parents que globalement et bizarrement, heu, la chose qu'est la plus traumatisante pour eux c'est qu'on leur ait pas annoncé de diagnostic et qu'on leur dise que leur enfant (.) n'a pour le moment pas grand chose dans une première consultation et ça c'est effectivement toujours pour eux très traumatisant ; ils préfèrent effectivement un mot, un diagnostic

- Une pathologie, même virale, méritait qu'on **entende la plainte** et qu'on **traite la douleur**

64. dans toutes les pathologies virales je suis beaucoup effectivement dans le conseil et la prise en charge de la douleur quand même parce que les vraies pharyngites ça fait mal, donc heu même en disant que c'est viral j'entends la plainte

Le souhait du médecin généraliste

- Les médecins disaient **souhaiter réduire la fréquence** de ce motif de consultation, surtout en pédiatrie où **les parents consultaient trop souvent et trop tôt pour leurs enfants**

29. les gens consultent trop pour ces pathologies-là qui sont, qu'on passe beaucoup, qu'on perd beaucoup de temps là-dedans

16. Chez l'adulte, c'est vraiment peut-être plus facile dans le sens où quand on a commencé à leur dire qu'il fallait qu'ils se mouchent puis qu'ils attendent que ça passe, et puis si ça passe pas, on finirait par voir que les gens qu'ont des complications, mais, mais ça c'est, c'est quand on a bien éduqué les gens et ça il faut un petit peu rêver là.

58. je trouve quand même que les parents consultent (.) un tout petit peu rapidement parfois, malgré l'éducation qu'on peut leur apporter

- L'**explication attentive des conduites à adopter devant les premiers symptômes** devait permettre de réduire la fréquence de ce motif de consultation

24. ce qui est important c'est la prévention au départ, c'est les premières fois bien expliquer aux gens toutes les mesures symptomatiques à prendre et les mesures préventives ; et, heu, moyennant quoi les gens font déjà ça au départ, ce qui fait que on les voit moins souvent, ils arrivent à se débrouiller eux-mêmes et finalement on les voit quand y'a des complications, pas toujours

La sévérité ressentie par rapport à la pathologie oro-pharyngée

- Les médecins semblaient **peu inquiets** dans l'ensemble, chez l'enfant comme chez l'adulte

46. *c'est certain que c'est une pathologie, heu bon, pour laquelle on est sûrement plus détendu*

23. *je fais beaucoup de pédiatrie et je trouve que c'est une pathologie très courante et très bénigne*

49. *Donc en fait, heu bon, quelque chose d'assez simple*

62. *chez les plus grands le diagnostic est plus facile et (...) les infections sont quand même facilement diagnostiquées et facilement traitées.*

- La possibilité d'une **pathologie grave** / le **risque de complication** étaient toutefois évoqués

37. *ma crainte oropharyngée, c'est surtout chez le tabagique et (...) voilà, je pense souvent au phlegmon*

62. *excepté quelques cas où on diagnostique quelque chose d'un peu plus grave, les infections sont quand même facilement diagnostiquées et facilement traitées.*

89. *ça peut se compliquer*

115. *on a suffisamment entendu parler des méningites, des machins, des trucs, et on a tous un peu la trouille quand même de ça.*

- La **hantise du streptocoque** demeurait parfois encore

163. *j'ai été élevé en 1976 dans la hantise du streptocoque et du rhumatisme articulaire*

La difficulté diagnostique

- La **difficulté diagnostique** était diversement perçue, le **doute diagnostique** était fréquent mais n'était pas forcément perçu comme problématique

2. *je pense à la difficulté de (...) de diagnostiquer, heu, l'origine bactérienne ou virale*

6. *on reste toujours dans le doute*

19. *faut être très près je pense pour, heu, rien louper après une consultation, heu très près des gens, savoir effectivement leur demander de nous rappeler, de les revoir, de reprendre conseil etc. ; pour essayer effectivement, sans avoir peur mais effectivement être tout à fait inquiet quand même de ne pas avoir loupé quelque chose ; en sachant qu'effectivement c'est peut-être la pathologie la plus facile et la plus, heu, sur laquelle on peut se tromper le plus facilement, heu, effectivement je le pense*

12. *la difficulté diagnostique, oui peut-être, PAS, c'est pas, c'est pas quelque chose qui me traumatise ça*

Les difficultés de prise en charge

- Le **contexte** était souvent plus problématique que la pathologie elle-même

13. *ce qui est difficile c'est de renvoyer une maman qui a son bébé qui a 39 de fièvre en lui disant c'est un petit virus et puis on fait pas grand chose et il est pratiquement certain que dans les quarante-huit heures t'auras un coup de téléphone pour heu dire « dites dont heu, c'est bien gentil mais j'ai toujours mon môme qui a quarante de fièvre et on dort pas depuis deux jours et demain on se lève pour aller à l'usine »*

14. *l'enfant en crèche par exemple, pose problème*

18. *je, j'ai pas trop de (...) d'appréhension à (...) à toucher à cette partie là, notamment en pédiatrie*

- La prise en charge des affections oropharyngées était **chronophage**

19. *ça nous demande beaucoup de temps parce que effectivement faut être très près je pense pour, heu, rien louper après une consultation, heu très près des gens,*

- Il fallait **expliquer soigneusement** la démarche, quelle que soit la décision prise par le médecin

146. j'ai pas le sentiment de céder à la pression des parents, c'est plutôt le contraire, c'est-à-dire c'est quand je veux mettre des antibiotiques, j'ai l'impression que là, il faut vraiment plus s'expliquer que quand on veut pas en mettre

88. mais, heu, il doit y avoir tout le discours

143. je passe beaucoup de temps à expliquer aux parents pourquoi je mets un antibiotique, ou pourquoi je n'en mets pas, mais je leur explique vraiment bien

- La prise en charge suggérait de rester **disponible** pour permettre une réévaluation

19. savoir effectivement leur demander de nous rappeler, de les revoir, de reprendre conseil etc.

21. faut être (...) je pense être très disponible dans cette pathologie ORL par rapport aux parents, aux enfants ; faut pas hésiter à les revoir effectivement

25. il faut aussi être assez disponible c'est-à-dire si les gens se, arrivent à se débrouiller bien eux-mêmes, il faut leur dire que bien sûr si ça persiste etc. on va les revoir et on interviendra à ce niveau-là.

55. je dis systématiquement si vous avez un souci vous n'hésitez pas à me rappeler, deux trois jours après, à ce moment-là on revoit ou on revoit pas l'enfant, on peut faire, heu, une consultation par téléphone et on (.) on temporise un petit peu, voilà.

- Les médecins réclamaient des **mesures de prévention** de dissémination des infections, afin d'agir en amont de la prescription

166. je crois qu'il faut dépasser ce problème, de celui de la prescription, c'est quelle prévention, c'est, à mon avis c'est un problème beaucoup plus vaste que celui dont on est en train de parler, c'est quid des places en crèches, pourquoi les enfants continuent à aller en crèche avec 38,5 - 39, pourquoi ils vont à l'école avec une angine bactérienne documentée, le problème il est là

167. que font nos politiques ? C'est bien de prescrire moins d'antibiotiques, est-ce que derrière y'a des programmes pour que le papa ou la maman dont l'enfant est malade puisse rester à garder son enfant tout en étant payé ; ça coûterait pas plus cher, y'aurait moins de dissémination des infections

Les facteurs facilitant la prise en charge

- L'expérience était considérée comme formatrice

7. les études nous ont vraiment pas préparés, à mon avis, à cette prise en charge

8. c'est l'expérience, heu, et puis faut rester humble

- L'éducation des patients facilitait la prise en charge

118. j'ai peut-être une petite chance c'est que, j'ai éduqué mes patients à leur dire « Attendez 2-3 jours avant de nous consulter, sauf si la fièvre est très très haute », et c'est vrai qu'ils ont tendance à me les amener 2-3 jours après, ils se débrouillent un petit peu par eux-mêmes mais ça marche pas mal, et là on a vraiment des vrais tableaux cliniques, assez parlants, quand j'ai besoin de mettre un antibio

- Les médecins se sentaient aidés par les **campagnes de sensibilisation**

48. le message était plus facile à faire passer maintenant de leur expliquer que la prise en charge pouvait se faire uniquement, simplement et par une écoute et puis par la re-consultation

161. et effectivement je trouve que les médias nous ont bien aidés dans ce domaine-là.

3. Déroulement de la consultation

Les stratégies cognitives des médecins les conduisant à utiliser (ou non) le TDR et à prescrire (ou non) un antibiotique dans le déroulement de la consultation ont pu être mises en évidence.

a. Chez les médecins qui n'utilisaient jamais le test de diagnostic rapide

Ces médecins affirmaient ne pas utiliser le TDR

20. je reviens pas sur le test diagnostique parce que, enfin moi à titre personnel, j'ai décidé, depuis un certain temps, de ne pas l'utiliser,

82. j'avais décidé de ne pas pratiquer le test donc je reste, absolument 100 % clinique et sans pratiquement essais de test.

26. 53. 75. 76. 77. 83. 99.

Plusieurs arguments étaient mis en avant pour expliquer la non-utilisation du TDR

- Les médecins restaient **sceptiques**

20. je suis très sceptique et tellement devenu sceptique que je ne l'utilise plus et bon, je ne pense que je fasse bien, je ne pense pas que je fasse mal non plus, mais je crois que vous trouvez d'autres moyens explicitement plus fiables

77. j'en ai fait un peu (...) j'ai pas trouvé que c'était particulièrement transcendant

- La **clinique** était considérée comme **suffisante**

54. je (.) j'essaye d'observer le plus possible et d'être très très clinique

75. Moi je fais pas le test, je reste clinique

82. je ne (.) sur ces lectures-là de départ, je n'ai (.) j'avais décidé de ne pas pratiquer le test donc je reste, absolument 100 % clinique et sans pratiquement essais de test

- L'**âge du médecin** jouait peut-être un rôle dans la non-utilisation du TDR

84. Donc en fait, des tests, heu (.) oui, moi je suis pas trop tests mais c'est peut-être lié à mon âge.

Sans TDR, quels étaient les déterminants de la prescription d'antibiotiques ?

1/ Critères **cliniques**

- La **clinique** était primordiale

54. je (.) j'essaye d'observer le plus possible et d'être très très clinique

100. effectivement la clinique c'est important, c'est examiner

- Un antibiotique était d'emblée prescrit devant un **tableau bruyant**

94. deux amygdales qui se touchent

115. mais c'est vrai qu'on est sûrement attiré plus par le tableau, c'est vrai que plus c'est bruyant, plus c'est (.) plus y'a de fièvre, plus y'a de douleurs, plus y'a de plaintes, et puis ou plus le gamin est quand même pas très très bien, là quand même on a sans doute plus, plus tendance à sortir l'artillerie lourde

- Un antibiotique pouvait également être prescrit devant l'existence d'un **autre point d'appel infectieux** retrouvé par l'examen clinique

101. *l'état des tympans, heu, l'état des bronches, parce que bizarrement, heu, on va découvrir sous une simple rhinopharyngite, une bronchite aiguë d'emblée ou un foyer, j'ai eu l'occasion cet hiver finalement de découvrir pas mal de pneumopathies, heu, prouvées à la radio pulmonaire ; donc on a parfois quand même quelques surprises, donc l'examen complémentaire entier, est tout à fait intéressant*

93. *Maintenant, je reviens aussi (.) je me rapproche de 6 qui disait tout à l'heure : quand l'enfant a le nez qui coule jaune, qu'il est morveux, et qu'il y a des traînées muco-purulentes dans le fond de la gorge, on ne se pose pas trop de questions non plus.*

- Des arguments cliniques en faveur d'une étiologie virale conduisaient à l'absence de prescription antibiotique

98. *les grosses amygdales toutes blanches, avec 40 de fièvre très brutale, ça peut être une bonne mononucléose hein aussi, hein...*

2/ Autres arguments **motivant la prescription d'antibiotiques**

- Certains **antécédents, facteurs de risque** ou la notion de **récidives multiples** conduisaient à la prescription d'antibiotiques

94. *je pense que je vais commencer aussi à m'intéresser au passé de l'enfant, la façon dont il vit, s'il est en crèche, s'il a déjà fait trois angines dans l'hiver et que, heu, il revient avec mal à la gorge*

100. *les facteurs de risque qui peuvent paraître effectivement, heu hyper importants de première intention*

102. *pour revenir à l'historique je pense que c'est aussi important, on a tous plus ou moins des outils ordinateurs, effectivement de voir qu'on en est rendu, je sais pas, à la 5ème, 6ème rhinopharyngite j'dirais, sur les quatre mois qui viennent de passer*

- Le fait que l'enfant soit **gardé en crèche** pouvait conduire à prescrire d'emblée un antibiotique

96. *L'argument clinique numéro un, c'est quand même un petit peu, heu, au départ heu (.) t'as une maman qui vient, elle a un bébé ou un enfant, (...) qui a mal à la gorge, qui a deux amygdales qui sont énormes, et heu dans ces cas-là, (...) je crois que je serais un petit peu plus interventionniste sur (...) un enfant en crèche par exemple ; enfant en crèche, si il a la grand-mère pour le garder pendant huit jours on est tranquille, mais si le lendemain il doit y retourner, avec 38,5 il rentre pas*

- La notion de **précarité** était également évoquée

103. *la notion de précarité aussi qu'elle soit celle de la crèche ou qu'elle soit celle du milieu familial,*

- La **connaissance du patient** influençait la décision du médecin

113. *c'est vrai qu'on a peut-être pas assez de rationalisation dans nos (.) et que nous sans doute on connaît beaucoup quand même nos patients; parce qu'on a tous des patients qui se plaignent tout le temps et qui, bon c'est vrai qu'on a tendance à temporiser, et puis d'autres effectivement qui sont des gars qui viennent qu'au bout de huit jours et quand ils viennent souvent c'est quand même qu'ils ont très très mal,*

- L'**impératif « du lendemain »** pouvait conduire à prescrire d'emblée un antibiotique

96. *L'argument clinique numéro un, c'est quand même un petit peu, heu, au départ heu (.) t'as une maman qui vient (...) ou même un adulte d'ailleurs qui a mal à la gorge, qui a deux amygdales qui sont énormes, et heu dans ces cas-là, et puis qui va te dire aussi que le lendemain elle a quelque chose à faire ; si la personne a huit jours tranquille de repos devant elle, on va lui mettre tranquillement un petit peu d'Effergal puis on va lui dire qu'elle téléphone dans quarante huit heures, quel que soit l'argument ; par contre si t'as quelqu'un qui doit être demain au bureau à Berlin, heu, y'a pas de problème mais il faudra quand même un tout petit peu être efficace quoi, donc là je crois que je serais un petit peu plus interventionniste sur quelqu'un qui a quelque chose à faire*

113. *on s'intéresse quand même sévèrement à leur cas avant qu'ils partent le lendemain en ballade ou je ne sais où en avion, à Tataouine les Oies.*

- Les antibiotiques étaient plus facilement prescrits le **vendredi soir** ou le **samedi matin**, tout en admettant que cette attitude n'avait pas de validité médicale ou scientifique

104. je vais peut-être oser vous dire que je ne prescris peut-être pas de la même façon le vendredi soir ou le samedi que je ne le fais le lundi, heu par pur souci de sécurité, et peut-être pour moi, et peut-être pour l'enfant mais j'ose vous le dire, voilà.

105. et ce peut-être sans contexte (.) contexte, je dirais, de véritable véracité ou médicale ou scientifique.

116. Et puis bon, heu, c'est vrai que le week-end on fait tous pareil, j'ai l'avantage de travailler le samedi matin donc, bon, laisser dans la nature les gens, comme ça on sait pas trop trop ou même si on les connaît bien

117. mais la clinique, bon, elle est sûrement pas, c'est pas celle qu'on a apprise dans les livres, ça c'est clair.

- Mais **pas toujours...**

150. mes prescriptions du samedi matin, heu ça dépend du contexte, ça dépend de l'enfant que j'ai en face de moi, ça dépend de l'environnement de l'enfant, mais autrement non, ça change pas plus.

- **Pour se couvrir**, les médecins étaient amenés à prescrire des antibiotiques

115. là quand même on a sans doute plus, plus tendance à sortir l'artillerie lourde ou en tout cas, heu à se couvrir maintenant (.) on a suffisamment entendu parler des méningites, des machins, des trucs, et on a tous un peu la trouille quand même de ça.

142. et qu'on peut effectivement en même temps, heu, souscrire à un doute intuitif, hein, je vais ajouter peut-être le mot intuitif, et se dire « Bon, j'ai pas envie que ça se passe très très mal en 48 heures », et donc, effectivement de temps en temps, heu se couvrir.

- Il valait mieux **avoir peur des maladies** que des médicaments

95. tout à l'heure j'entendais dire « Beaucoup de gens sont contre les médicaments », moi je dis souvent « Je préfère que vous ayez peur des maladies plutôt que des traitements », c'est vrai que c'est pas un argument qui l'emporte sur beaucoup, mais, bon.

- « vaut mieux être **sur-médiqué** que sous-médiqué (...) un antibiotique n'a **jamais tué** personne »

141. je crois quand même que dans le doute, c'est quand même le (.) c'est quand même l'aspect bactérien qu'on risque, donc si on doute de quelque chose, vaut mieux être sur-médiqué que sous-médiqué ; moi je suis un petit peu étonné parce que, en fait, je trouve que dans une pratique de tous les jours, le problème se pose pas tout à fait comme ça, à mon avis, c'est à dire que t'as un enfant, un adulte, quelqu'un qui a mal à la gorge, t'hésites, les tests ? Oui, peut-être, mais heu, qu'est-ce qu'il risque le malade ? Il risque d'avoir une maladie à virus, ou une maladie à bactérie ? C'est un grand week-end qui se présente, on va attendre tranquillement avec une douzaine d'ordonnances ? Ouais, pourquoi pas, mais là, on se couvre, on met un parapluie, mais si on prend le risque du malade, je crois quand même que lui mettre un antibiotique, ça a jamais tué personne, enfin moi je pense qu'il faut être un peu plus interventionniste, quand on doute, et chercher quand même un petit peu là où il peut y avoir une complication, voilà.

3/ Arguments légitimant, à l'inverse, la **limitation** de l'usage des antibiotiques

- La notion d'**antibiorésistance accrue** apparaissait comme importante

142. une vraie notion scientifique qui est quand même celle des antibiotiques et puis de leur efficacité et puis heu, de l'antibiorésistance (...) il y a 20 ans, j'avais (...) peu d'arguments scientifiques vis-à-vis de l'antibiorésistance (...) on peut avoir des arguments quand même scientifiques

- La **disparition** de la **pression parentale** aidait à prescrire moins d'antibiotiques

142. mais, qu'on s'est quand même débarrassé, je dirais, de la pression des parents vis-à-vis de ça, et ça c'est pas si mal que ça parce que je pense que, je ne sais pas si c'est la jeunesse, entre guillemets, mais où il y a 20 ans, (...) j'avais entre guillemets (...), une pression parentale qui était beaucoup plus forte qu'elle ne l'est à l'heure actuelle.

149. je n'ai plus l'impression de ressentir comme mes consoeurs et mes confrères la pression des patients, qu'on ressentait au début de mon installation, il y a 13 ans

- Cette conduite était appuyée par d'autres professionnels de santé : urgentistes ou pédiatres

148. j'ai une double chance, parce que je suis en banlieue nantaise donc, heu, j'ai une association d'urgentistes qui rayonnent sur la région et donc, qui prescrivent pratiquement jamais d'antibiotiques, donc c'est bien parce qu'on revoit assez régulièrement 48 heures après, les gens ils reviennent vers leur médecin traitant, donc ça c'est bien, on revoit un petit peu ça, et puis y'a énormément de pédiatres aussi, donc tous les enfants sont suivis par les pédiatres, qui donnent assez peu d'antibiotiques, c'est comme ça, donc heu, le soir à 7 heures et demie, c'est plutôt le médecin généraliste qui les reçoit donc c'est quand même pas mal. Donc, sous ce double argument là, c'est vrai que, bon, on a tendance quand même à être plutôt le médecin de deuxième recours, donc c'est toujours beaucoup plus facile et on voit quand même les gens qu'arrivent, du coup, quand ils en ont besoin, et souvent moi je les ai pas vus avant quand ils en avaient pas eu besoin, heu, parce qu'ils ont (.) comme l'offre de soins est vaste sur l'agglomération, donc de toutes façons, quand ils ont mal, et bien, ils trouvent autre chose, ou ça c'est un petit peu, ce qui se passe sur l'agglom.

- Et elle était mieux acceptée par les patients grâce aux **campagnes de sensibilisation**

142. l'éducation des gens, la presse etc.

149. Heu, on passe du temps, on passe du temps à expliquer aux patients pourquoi on fait ceci, pourquoi on fait cela, heu j'ai, l'impression que les patients ont mûri, ont avancé aussi, et on arrive à mieux expliquer

b. Chez les médecins qui utilisaient le test de diagnostic rapide

La clinique restait primordiale et la décision d'effectuer le TDR reposait sur les données de l'examen clinique

63. ma conduite à tenir elle se base sur ce que j'ai observé cliniquement

Quels arguments justifiaient une prescription antibiotique **d'emblée**, sans utilisation du TDR ?

- La constatation d'une **amygdalite** avec **dépôts pultacés** associée à une **fièvre très élevée** et à une **dysphagie très intense** étaient en faveur d'une **origine bactérienne**

91. l'argument clinique pour les angines franches, bon c'est sûr c'est une amygdalite, déjà isolée, lorsqu'elle a des dépôts pultacés c'est déjà plus sympa, la fièvre généralement est très élevée, ce sont ces arguments, y'a une dysphagie qu'est très intense, y'a une altération de l'état général qu'est franche, pour moi c'est un argument d'une origine bactérienne ; Heu, maintenant, c'est pas cela qui va m'impliquer à faire le test, parce que pour moi là, je me pose pas trop de questions

- Une **altération de l'état général** franche, la **durée d'évolution** ou la présence d'**adénopathies sensibles** pouvaient conduire à une **prescription antibiotique** automatique

107. je tiens compte de tous ces éléments cliniques et puis l'état général de l'enfant, c'est (.) l'aspect qu'il a, heu, tout ça, je trouve ça très important et souvent je me fais bien expliquer par les parents, heu, depuis quand, heu, il est pas bien, comment ça a évolué, et puis j'observe parce que, bon, comme on voit bien quand les enfants sont en état très cogné ou pas

119. dysphagie fébrile isolée avec une amygdalite à l'examen et des adénopathies heu, plusieurs adénopathies sensibles

- Ces arguments cliniques plaident en faveur de la prescription antibiotique, mais uniquement chez l'**enfant de plus de 2 ans**

120. et par contre heu l'âge, plus de 2 ans, un enfant de plus de 2 ans.

- Le **terrain** ou les **facteurs de risque** complétaient les données issues de l'examen clinique, et l'**âge** était pris en compte dans la décision de traiter par antibiotiques

63. *ma conduite à tenir elle se base sur ce que j'ai observé cliniquement, et après en fonction de l'âge, du terrain et des facteurs de risque*

- L'**imminence du week-end** influençait la décision du médecin

106. *moi aussi je prescris pas de la même façon le lundi et le vendredi soir quand y'a le week-end ou des jours fériés qui interviennent c'est évident*

138. *je vais pas avoir le même type de prescription si c'est un lundi ou un vendredi ou un samedi matin*

143. *Alors, quand je leur explique bien, je leur explique aussi quand je mets un antibiotique le samedi matin, que c'est parce que y'a le week-end et que y'a ces 48 heures et que je sais pas comment ça va se passer et que je préfère qu'ils aient un antibiotique, et jusqu'à présent ça se passe bien.*

- mais **pas toujours...**

147. *j'ai pas de pression de week-end, je travaille le samedi matin aussi, y'a une journée et demie, voilà je dis aux gens, vous me rappellerez le lundi, j'ai pas ce sentiment là.*

- Les antibiotiques étaient parfois prescrits pour **gagner du temps** ou pour **satisfaire les patients** partisans de l'antibiothérapie

151. *l'attitude des familles est très variable vis-à-vis de la prescription d'antibiotiques ; on le sait pratiquement, les hostiles, les partisans d'une antibiothérapie à tout bout de champ, bon c'est certain que ça doit nous influencer, moi il m'est arrivé toutefois de ne pas perdre mon temps à expliquer à une famille qui voulait absolument un antibiotique, alors que j'aurais peut-être demandé d'attendre 48 heures avant de prescrire, et inversement, peut-être pas inversement, de prescrire des antibiotiques que je n'aurais peut-être pas prescrit si la famille n'avait pas fait une telle pression, mais bon d'où l'intérêt de bien connaître ses patients, heu, puis globalement ça se passe bien, je veux dire, heu, sur une clientèle quelques rebelles, mais, sinon ils adhèrent quand même facilement à nos prescriptions.*

Quels éléments de l'examen clinique déterminaient la **non prescription d'antibiotiques** sans nécessité d'un TDR ?

- Une **fièvre moins élevée**, la présence d'une **rhinorrhée**, une « **rhinopharyngite** » orientaient vers une origine virale

92. *l'infection rhinopharyngée, bon, ben par définition y'a plusieurs signes, la fièvre souvent est moins élevée, y'a le nez qui coule, heu, souvent y'a le nez qui coule, quand on a plusieurs, d'autres signes associés on va moins s'orienter vers, heu une origine, je parle de l'angine, vers une angine bactérienne.*

110. *donc c'est sûr une pharyngite moi je fais pas de test, hein, là la clinique, ça me suffit, quoi, hein, puis la plupart du temps c'est viral, voilà.*

Quels autres éléments de la consultation entraient en compte dans la décision du médecin ?

- La **rédaction d'une deuxième ordonnance** ou la **possibilité de réévaluer l'enfant** autorisaient l'absence de prescription d'antibiotiques en première intention

139. *je peux très bien laisser, heu, un traitement symptomatique et une seconde ordonnance, je fais deux ordonnances j'entends bien, et en fonction de l'évolution, sous 24-48 heures, de laisser aux parents le choix, de faire la prescription, quitte à téléphoner à un professionnel de santé de garde, ça ça m'arrive de le faire ; bon c'est peut-être pas très scientifique, mais c'est une sécurité supplémentaire, plutôt que d'être systématiquement dans la prescription d'un antibiotique*

- Le **degré de compréhension** de la famille constituait un autre élément de la décision

139. j'veais aussi intégrer le degré de, j'veais dire de corticisme ou de corticisation de la famille (...) heu, je le fais, en fonction encore une fois, du degré de compréhension et d'intégration de la famille de l'enfant.

Après l'examen clinique, le TDR occupait une place variable dans le déroulement de la consultation et dans la décision médicale

1/ **Limites et réticences** à l'utilisation du TDR

- L'**approvisionnement** régulier était difficile, le manque de matériel empêchait son utilisation

60. pour les plus grands, le test, je le fais lorsque j'ai des tests, c'est-à-dire que je suis par périodes, j'en fais deux ou trois par jour pendant, heu, quelques semaines et après je suis en manque de matériel, et je n'ai toujours pas réussi à trouver le moyen de me fournir régulièrement

- Le TDR avait suscité une **réticence initiale**

35. alors qu'au départ j'étais un peu réticente

- Le résultat du TDR n'avait de **valeur** que s'il était **positif**

66. le test il n'a de valeur que s'il est positif, point.

5. heu, inversement (.) inversement la négativité des tests n'étant (.) n'étant pas valide

- Le TDR **ne diagnostiquait que le streptocoque**, il ne permettait pas de détecter la présence d'**autres bactéries**

66. des personnes qui ont dit « je fais le test quand j'ai un doute, ou pour ne pas prescrire d'antibiotiques » ça c'est une erreur manifeste et ce que disent, et ça j'ai assez d'amis biologistes pour en parler, le (.) il est clair qu'on peut très bien avoir une angine bactérienne avec un test négatif, alors ça c'est, et ça c'est arrivé x fois, les laboratoires sont là pour le trouver ; et puis ne diagnostique que le streptocoque (.) jusqu'à preuve du contraire.

69. il n'exclut pas, c'est pas parce qu'il est négatif qu'il exclut une origine bactérienne

2/ **Circonstances d'utilisation** du TDR

- Le TDR pouvait être utilisé de façon **systématique**, devant toute angine

79. je le fais assez systématiquement devant toute angine, hein {sourit}

131. s'il y a un doute clinique je fais le test mais assez systématiquement quand même

- Le TDR était plus souvent utilisé **chez l'adulte**

32. Pour les adultes, le test d'angine, je le pratique très (.) très fréquemment

36. j'en fais assez, heu, assez fréquemment, chez les adultes, hein essentiellement

- L'utilisation du TDR pouvait être plus **méthodique** ou plus **aléatoire**

67. je l'utilise volontiers, pas systématiquement bien sûr hein, je le fais pas une fois sur deux, peut-être une fois sur quatre, mais c'est quand même un bon outil, c'est quand même un bon outil, quand même, heu, il faut pas le rejeter

88. je le fais pas systématiquement

134. ça dépend des fois, je fais quelques fois le test

- Le TDR trouvait son intérêt en cas de **doute diagnostique**

92. ce qui va me trouver de faire le test, c'est quand (.) je suis un petit peu entre deux

125. si je fais le test, c'est déjà que j'ai un doute, que tous les critères sont pas présents

68. je voulais rajouter que l'intérêt du test c'était justement en cas de doute, puisque les critères de l'angine bactérienne sont précis, et que c'est en cas de symptômes ou de doutes où on peut {l'acquiesce} faire le test, et il peut justement {l'acquiesce} nous orienter sur une origine bactérienne ou non {l'acquiesce}, hein, quand on nous l'a présenté c'était dans ce sens là, en fonction des critères

71. je le réalise en cas de doute clinique, si j'ai pas tous les arguments pour évoquer une angine bactérienne
65 67 72 86.

- Le **résultat du test** était souvent **en contradiction** avec l'**impression clinique**, objet de surprise pour les médecins ...

3. l'utilisation des tests nous réserve beaucoup de surprises

4. ce qui nous semble parfois douteux ou plutôt évocateur de (.) de virose par les arguments cliniques, parfois nous (.) nous donne, on a un résultat positif sur les tests de (.) diagnostic rapide de l'angine

33. il m'est arrivé assez souvent de me dire « Ah, celle-ci ça doit être une Strepto A » et en fait le test le révélait négatif

40. j'avais même accepté une étude un jour sur une angine, sur l'angine par, avec Abbott, à faire des tests et (.) et des choses comme ça (.) et j'étais assez surpris, c'est sûr, de voir beaucoup de négatifs et assez peu de positifs

67. mais le doute parfois il se transforme en streptocoque et pourtant y'a un nez qui coule, y'a une belle pharyngite, et je le fais plus effectivement pour prouver que y'a rien et puis je tombe sur quelque chose

86. j'ai des surprises en positif

- ... si bien qu'un résultat **négatif** pouvait permettre d'**éviter une prescription antibiotique**

33. en fait le test le révélait négatif et, heu, et en fait ça se passe bien et donc je mets pas d'antibiotiques et puis je revois pas les gens

- Le résultat du test permettait parfois d'**appuyer la clinique** et de conforter l'impression initiale

36. mais c'est vrai qu'en cinq minutes je trouve que ça appuie bien notre clinique quand même

108. je termine mon examen par le test, pour appuyer

111. Par contre, c'est vrai que quand il y a une amygdalite et qu'il y a de la fièvre, et là je, j'appuie ma clinique, s'il y a une altération de l'état général, mais même sans altération de l'état général ; fièvre et amygdalite, je (.) voilà je fais mon test, et on retrouve des adénopathies, c'est très souvent, et, voilà.

- Le TDR constituait une **aide à la prescription**

72. et j'adapte mon, si je (.) quand je le fais, j'adapte mon traitement en fonction du résultat

81. Moi, c'est ce que j'ai dit tout à l'heure, je trouve que c'est une aide, c'est une aide

- Le TDR permettait d'**argumenter la non-prescription d'antibiotiques**

28. je les fais quand je veux (.) quand les gens me poussent à mettre des antibiotiques et je ne veux absolument pas les mettre, dans le diagnostic de l'angine

65. ou pour appuyer aussi le fait que je ne prescrive pas l'antibiotique

65. quand on explique aux patients à quoi sert le test c'est vrai qu'ils acceptent plus facilement le fait qu'on ne prescrive pas l'antibiotique

81. Alors, y'a une autre (.) je le fais quelquefois dans d'autres cas, quand ce sont (.) quand vraiment ce sont des affections qui me paraissent tout à fait virales, de façon à appuyer mon diagnostic vis-à-vis des gens en disant « Bon, bah le test est négatif »

- Le TDR pouvait aussi permettre d'**argumenter la prescription d'antibiotiques**

87. et ça m'arrive aussi de le faire dans des situations où manifestement l'angine est bactérienne, bon et (.) mais lorsque je suis devant des parents qui sont contre les antibiotiques, parce qu'il y a aussi ce problème-là, et je suis bien content d'avoir un test positif dans cette situation-là, en disant « Bah regardez, il faut traiter » ; donc ce test pour moi est un argument de traitement chez des patients qu'on une (.) une vision particulière vis-à-vis des traitements médicamenteux

3/ Quel était l'impact du résultat du TDR sur la prescription d'antibiotiques ?

- Les médecins avaient **confiance dans le test** et reconnaissaient la **fiabilité du test**

34. ça me paraît un test fiable

80. et ça me paraît fiable, hein, et heu, je me souviens d'un cas où effectivement là, voilà, ça pouvait être mis en doute mais, non, faut (.) pour moi c'est fiable et je m'y fie.

67. mais c'est quand même un bon outil, (...) quand même, heu, il faut pas le rejeter

- Un test **négatif** éliminait une origine streptococcique mais n'excluait pas une origine bactérienne

69. il n'exclut pas, c'est pas parce qu'il est négatif qu'il exclut une origine bactérienne. Et ça, faut vraiment, faut l'avoir toujours en tête, je crois qu'on a tous dû avoir des surprises dans ce sens, ça c'est (.) ; il faut pas toujours être affirmatif, moi après cette expérience, que j'ai déjà longue des tests, puisqu'on est toujours (.) moi je suis au cabinet, heu, je ne dis jamais au patient « C'est négatif, donc y'a pas de bactérie », jamais, parce que j'ai eu quelques belles surprises donc je me permettrai jamais de le dire, parce qu'après quand le père, quand le gamin revient, avec 40 de fièvre, des amygdales comme ça {écarte ses bras} et des adénopathies, j'ai du mal à me positionner après, donc je (.) je prends une certaine distance vis-à-vis de ce discours.

- La décision du médecin était **guidée par le résultat du test**

72. j'adapte mon, si je (.) quand je le fais, j'adapte mon traitement en fonction du résultat

- L'**impression clinique** du médecin pouvait toutefois rester **prépondérante**

70. En ce qui concerne le test, moi j'ai envie de dire que c'est une aide au diagnostic mais que ce qui compte c'est la clinique, et que de toutes façons après, heu, on fait (.) c'est une aide personnelle {1 acquiesce} alors on l'adapte après à ce que l'on pense en {1 acquiesce} fonction de la clinique ou de la conduite qu'on a envie d'avoir.

81. Moi, c'est ce que j'ai dit tout à l'heure, je trouve que c'est une aide, c'est une aide mais que le diagnostic, enfin que c'est la clinique qui prime, là-dedans.

- Si le résultat du test était **positif**, le traitement par **antibiotiques** était **systématique**

74. positif, même si je l'aurais peut-être pas fait cliniquement, je traite par antibiotiques

126. si le test est positif, ça m'arrange mieux que s'il est négatif

133. s'il est positif, je traite systématiquement 128. si le test est positif je traite donc systématiquement 136. si le test est positif : je traite

- Si le résultat du test était **négatif**, la position des médecins était plus nuancée et plusieurs attitudes étaient décrites :

1. **Aucun traitement antibiotique** n'était instauré

73. Négatif, je traite pas par antibiotiques

33. et en fait le test le révélait négatif et, heu, et en fait ça se passe bien et donc je mets pas d'antibiotiques et puis je revois pas les gens

2. **Aucun antibiotique** n'était prescrit, sous réserve d'une **réévaluation prévue** ou **possible**

127. s'il est négatif, du coup je vais rester un peu sur le doute, je pense que je vais, je vais conseiller au patient de reconsulter dans les 48 heures, je vais pas prescrire d'antibiotiques, mais essayer de le revoir

135. si je suis moins convaincue de ça (la nécessité d'un traitement antibiotique) et que le test est négatif mais (.), je demande aux gens de reconsulter, enfin de rappeler dans 48 heures, et pour me dire comment ça va et éventuellement les revoir, et éventuellement mettre un traitement antibiotique

71. si le test est négatif, je pense qu'effectivement je préviens les gens qu'on peut réévaluer, qu'à priori c'est une origine virale mais que, heu, on peut réévaluer dans les quarante huit heures, si la gêne et les symptômes persistent, notamment la température, la dysphagie, l'importance de la dysphagie

132. s'il est négatif, je ne traite pas, en donnant, voilà, des conseils au patient pour qu'il puisse reconsulter

144. Je fais pas de deuxième ordonnance, je le faisais pendant une période, mais je le fais pas, parce que moi je préfère que les gens me rappellent, et je préfère avoir les gens au téléphone, pour pouvoir précisément leur dire « Oui, bon, effectivement », je les revois pas forcément, mais je leur dit « Oui, effectivement, je vais vous faire l'ordonnance d'antibiotiques ou... », voilà

3. Une ordonnance différée était remise au patient

129. s'il est négatif, j'ai plutôt tendance à temporiser en parfois donnant une ordonnance en deux temps aux patients qui (.) me téléphonent au bout de 48 heures, et ils achètent éventuellement un antibiotique 2 jours après.

4. Un antibiotique était prescrit s'il existait une forte présomption clinique d'angine bactérienne (le critère d'impression clinique l'emportait) ou devant un terrain particulier

135. si le test est négatif, si vraiment moi j'ai l'impression que, qu'il faut un traitement antibiotique, je le mets quand même

137. s'il est négatif, là encore ça dépend à qui je m'adresse ; parce qu'on a beaucoup parlé de pédiatrie, mais on peut parler aussi de pathologie adulte, et heu, faut pas oublier d'une part le diagnostic différentiel, et les pathologies associées. Si c'est un fumeur, donc qu'a tout le temps le nez qui coule, parce qu'il a une bronchopathie chronique, etc. on peut toujours se poser la question d'une rhinopharyngite associée à d'autres pathologies, ça peut être un reflux, une odynophagie de reflux, ça peut être, heu, une saleté qui traîne, une pathologie ORL tumorale ou bronchopulmonaire tumorale ; c'est rare, mais ça m'est déjà arrivé et donc chez l'adulte, faut rester très humble là-dessus ; diagnostic différentiel, il peut être là ; on a des odynophagies de reflux chez un adulte qui a une fièvre pour une banale rhinopharyngite, on peut avoir d'autres pathologies associées, et, faut rester, heu (.) ; et puis y'a des cas, tout simplement si y'a pas d'autre pathologie, c'est quand même rarissime, on peut avoir un patient ultra tabagique qui fait une angine à Haemophilus et le test il sera négatif, je crois que le critère d'impression clinique doit l'emporter sur, dans ce cas précis, sur le test

c. Score de Mac Isaac et TDR

- Le score de Mac Isaac n'était **pas connu** des médecins généralistes

122. Je ne sais pas ce que c'est, que (.) le score de Mac Isaac.

123. J'ai eu la formation avec un médecin de caisse, et {sourit} on m'a jamais expliqué ce test {rit} (...) et j'ai jamais eu le test {rit}. Heu, je n'ai jamais eu le score.

- Mais les **critères** de ce score étaient **connus et reconnus comme éléments décisionnels**

68. les critères de l'angine bactérienne sont précis, et (...) c'est en cas de symptômes ou de doutes où on peut {I acquiesce} faire le test, et il peut justement {I acquiesce} nous orienter sur une origine bactérienne ou non {I acquiesce}, hein, quand on nous l'a présenté c'était dans ce sens là, en fonction des critères

121. Moi je l'ai fait dans le cadre d'une étude, là, c'est vrai que c'est intéressant, bon, heu, mais heu, c'est un peu tricher, parce qu'en fait le score de Mac Isaac, en fait on le fait, ça c'est comme la prose et la (.) bon. Quand le gars vient et qu'il a mal, etc. : boum.

4. Evolution de la prescription d'antibiotiques

L'évolution des habitudes de prescription d'antibiotiques était expliquée par l'évolution de la perception des médecins généralistes vis-à-vis de l'antibio-résistance et par la sensibilisation de la population générale.

Diminution de la prescription d'antibiotiques

- La prescription d'antibiotiques était en forte diminution

44. c'est vrai que ma consommation d'antibiotiques a tendance à décroître au fur et à mesure et au fil des années

161. je prescris très peu d'antibiotiques maintenant, beaucoup moins qu'avant aussi

155. aujourd'hui on en met moins, moi j'en mets de beaucoup beaucoup beaucoup moins, je suis rendu pratiquement qu'à 2 % de prescription antibiotique dans la pathologie oropharyngée

164. c'est vrai que la diminution de la quantité d'antibiotiques, d'années en années se fait très flagrante, c'est le bilan

- Les médecins se réjouissaient de cette diminution

165. j'ai beaucoup diminué ma prescription d'antibiotiques, j'en suis bien content

- « mais les antibiotiques, c'est quand même **hyper pratique** »

157. j'ai toujours quand même en mémoire mon vieux beau-père de pharmacien, décédé maintenant, qui me disait quand même qu'il avait connu toutes les maladies épouvantables, c'était pas si vieux que ça c'était juste pendant la guerre et avant la guerre, et c'est vrai qu'on a un confort maintenant (.) un inconfort que tous les gens n'ont (.) enfin, que (.) tous les vieux ont connu et que nous ne connaissons jamais heureusement, quoi ; et bon c'est donc bien partager quand même l'idée de 2, en disant que si c'est pas automatique, en tout cas c'est quand même hyper pratique, et ça nous sort quand même bien des ennuis, on voit plus les otites épouvantables qu'on voyait y'a 25 ans, quand on a commencé, enfin, on faisait des paracentèses à tire-larigot, les ORL perçaient je sais pas si c'était justifié ou pas, j'avais pas les compétences rit, mais enfin on voit plus ça, on voit plus des gamins avec des infections récidivantes quand même très très florissantes, comme on voyait non plus

163. j'ai commencé la médecine avec un papier et un stylo et un stétho, heu, j'ai été élevé en 1976 dans la hantise du streptocoque et du rhumatisme articulaire, donc les antibiotiques, je peux vous dire, que, en Pneumologie aux Enfants Malades à Paris, ça y allait... Alors j'ai donc toujours un petit peu, un petit peu plus le réflexe antibio que les jeunes confrères probablement

- L'action des antibiotiques sur la durée d'évolution de l'angine n'était pas établie

97. est-ce que les antibiotiques vont raccourcir l'évolution, 9 fois sur 10 quand même oui, même si ça se discute {l'air dubitatif}

Diminution de la prescription d'antibiotiques : pourquoi ?

- Les médecins étaient sensibilisés et attentifs à l'antibiorésistance car ils y étaient confrontés

154. et puis nous, de notre côté on est quand même, on a toutes les retombées des infections hospitalières qui nous reviennent en ville, quand même, trop régulièrement, heu, je veux dire sur Saint-Nazaire, je sais pas exactement les chiffres, mais c'est (.) tout patient rentrant à l'hôpital ressort avec une infection urinaire ou autre, maintenant c'est quasiment systématique, donc je pense que je suis très attentif maintenant sur toutes mes prescriptions mais pas uniquement pour les infections oropharyngées, pour éviter les sélections, je pense que je, j'ai depuis 20 ans, très nettement limité mes prescriptions d'antibiotiques, que ce soit pour l'ORL, et pour les infections urinaires, je ne traite plus les bactériuries ou des choses comme ça. Ca m'a quand même, heu, je pense que la sélection du germe me trotte dans la tête maintenant, très rapidement.

- Cette diminution pouvait également être expliquée par le **vieillessement de la patientèle**

45. *est-ce que c'est par le vieillissement de moi ou est-ce que c'est par le vieillissement des patients, heu bon, est-ce que c'est par toute la sensibilisation ?*

- Les patients ou leurs parents demandaient moins d'antibiotiques, grâce aux **campagnes de sensibilisation** ou à la **culture médiatique**

52. *ils ont compris que l'angine c'est à 90 % viral, ils viennent pas chercher leur antibiotique ils sont bien éduqués, enfin moi je trouve aujourd'hui que, ils sont de plus en plus éduqués*

61. *l'attitude des parents a quand même changé au point de vue du traitement, ils sont quand même grâce aux campagnes télévisuelles moins demandeurs de (...) moins demandeurs de traitement antibiotique*

152. *on est quand même aïdés par tout ce qui passe dans les médias, et les patients ont entendu quand même les messages, donc c'est plus facile à expliquer, puisque c'est des choses qu'ils ont intégrées, je pense.*

143. *et je pense que maintenant avec tout ce qu'on leur dit, les informations qui passent, les trucs sur internet, les gens sont au courant de plein de choses, donc ils comprennent bien en fait l'explication qu'on leur donne, ou que je leur donne*

43. 47. 153. 160.

Evolution qualitative de la prescription d'antibiotiques

- Le **choix des antibiotiques** avait évolué, les **spectres** étant plus **précis**, les antibiotiques étaient utilisés de façon plus adaptée

155. *je pense que la prescription d'antibiotiques a énormément évolué (...) et même au niveau des antibiotiques eux-mêmes, vu la résistance bactérienne aux antibiotiques, on est arrivé à avoir énormément de boomerangs*

162. *en même temps effectivement, je pense que la prescription a changé aussi ; alors moi j'accorderais beaucoup d'importance (...) finalement à quelque chose qui marque beaucoup l'antibiorésistance et que on va peut-être leur faire un tout petit point positif, les laboratoires ont quand même fait évoluer leurs antibiothérapies avec des spectres qui sont tellement précis (...) c'est quand même un bel outil aujourd'hui, qu'il y a quelques années on nous a offert, pour quand même bien mieux choisir, parce qu'effectivement il y a 20 ans, on nous disait qu'effectivement tous les antibiotiques étaient bons partout, et on a quand même avec le recul, eu l'impression que c'était une belle erreur, il y a 20-25 ans puisqu'on utilisait à peu près tout, n'importe où.*

158. *quand même le bon antibiotique au bon moment à la bonne dose, pour le bon usage, ça a quand même fait beaucoup de bien, et ça a permis de tempérer beaucoup les choses*

164. *on est plus précis, parce qu'on est plus adapté*

- L'**antibiorésistance** faisait peur, les médecins étaient à la fois **conscients** ...

156. *je pense que malheureusement on arrive à avoir des classes thérapeutiques en antibiotiques qui sont minutées, on ne va plus rien avoir d'ici peu de temps si on ne fait pas attention, voilà.*

167. *je crois que tous les infectiologues le savent, la France est un désastre sur le plan antibiotiques, antibiothérapie, en Espagne, ils ont moins de résistance, en Italie, ils ont moins de résistance, dans les pays Nordiques aussi*

- ... et **confiants**

159. *faut peut-être qu'on continue un petit peu dans la modération, et puis je pense que ça se passera bien.*

5. Place des recommandations

La place accordée aux recommandations par les médecins a été décrite et rapidement expliquée, laissant supposer des discordances entre la théorie et la pratique dans l'exercice de la médecine générale.

Connaissance des recommandations

- Les médecins **n'avaient pas connaissance** des recommandations de l'Afssaps concernant la prise en charge des infections respiratoires hautes

169. par rapport aux infections oropharyngées, non ça me dit rien.

175. Moi, je pense que je l'ai lu, mais il y a quelques temps et je m'en rappelle pas très bien.

168. Alors, ça me dit rien du tout 170. Ou il a peut-être glissé entre 2 pubs ? 171. Heu, quand les a-t'on reçues ?

172. A-t'on reçu ça ? 174. Je crois que je l'ai pas lu, non plus. 176. Pas vu non plus.

181. Est-ce que les recommandations existent, est-ce que l'on les a reçues ?

Commentaires sur les recommandations en général

- Les recommandations étaient **sans intérêt**

177. Ca n'a aucun intérêt.

- Les recommandations n'étaient **pas adaptées à la pratique** réelle des médecins généralistes

173. Mais je pense que si on les a reçues, j'ai dû lire des choses, je lis quand même avant de jeter, souvent et bon c'est des choses qui me laissent rêveur, parce que ça vient quand même toujours un petit peu des hautes sphères qui manquent un petit peu d'une pratique de terrain, quotidienne

180. Je crois que les facultés nous ont appris à devenir des médecins, cette formation qui nous a été donnée a été affinée par notre pratique quotidienne, générale et auprès de nos pairs, en discutant entre nous et que ces têtes bien pensantes, qui savent mieux que nous, ils feraient mieux de venir dans nos bureaux, suivre nos journées de 10, 12 à 13 heures par jour et puis peut-être après ils réfléchiraient autrement. C'est mon avis.

- Au quotidien, prendre une décision était **rarement aussi simple** que de suivre un arbre décisionnel

173. je fais beaucoup plus confiance à ce genre de réunions pour avoir le sentiment de gens qui voient des vraies maladies et des vrais malades, plutôt que des gens qui manipulent des statistiques dans tous les sens pour donner des bonnes idées, bon c'est sûrement, ça donne des idées générales, bon cela dit, au quotidien c'est rarement aussi simple que un arbre décisionnel : je mouche je machin, oui non, je machin, je truc, je bidule, quoi, non...

- Les recommandations « des gens de la Sécurité Sociale » ne devaient pas faire modifier les pratiques

178. Par contre, je voudrais insister sur des recommandations de sécurité sociale en ce moment dans les, des gens de la sécurité sociale qui viennent nous voir pour nous parler de nos excès de prescriptions en antibiotiques (...) et je crois qu'il faut bien insister sur le fait que leur passage ne doit rien changer, parce que si on change quelque chose à la suite de leur passage, cela prouvera vraiment qu'avant on faisait n'importe quoi.

B. Résultats issus de l'analyse du *focus group* à Angers

Éléments complémentaires apparus lors de l'analyse du *focus group* organisé à Angers :

- Les médecins étaient parfois confrontés à une **demande de TDR** par les **patients**

Maintenant, parfois on a des demandes de patients « vous ne nous faites pas un test ? »

- L'utilisation des TDR semblait avoir été préconisée dans un contexte d'**économie de la santé** alors qu'elle semblait plutôt relever d'un **enjeu écologique**

C'est vrai qu'il faut se rappeler le contexte dans lequel on nous a demandé d'utiliser les tests, c'est toujours un contexte d'économie de la santé, alors que c'est tout simplement un contexte d'écologie personnelle. Il s'agit de dépister et de prescrire dans les angines à streptocoque

- La **réalisation** du TDR s'avérait être difficile chez les **petits enfants**

*La réalisation du test sur des enfants petits n'est pas facile
C'est très difficile, ils ne veulent pas qu'on le refasse après*

- L'utilisation du TDR s'était révélée être **formatrice** pour les médecins et **de moins en moins utile** avec le temps

Au fur et à mesure, j'ai l'impression en tout cas, je le fais de moins en moins, car j'ai l'impression d'avoir appris à reconnaître l'étiologie

- La réalisation du TDR **n'allongeait pas le temps de consultation**

Comme nous tous, j'ai adapté ma consultation, je commence par le prélèvement et ça ne me fait pas perdre de temps

- La **mise en cause du résultat** pouvait être liée à la **mise en cause de la qualité du prélèvement**

S'il est négatif et que j'ai envie de mettre des antibiotiques, je les mettrais quand même, je ne ferais pas forcément confiance au test car je me dirais, « peut-être que je l'ai mal fait »

J'ai eu quelques faux négatifs, des enfants qui sont partis sans antibiotiques et qui sont revenus quelques jours plus tard avec un test positif, soit c'était un problème de réalisation du test de ma part, j'en sais rien... en tout cas c'est arrivé

- L'utilisation du TDR devait être suivie d'une **décision en cohérence** avec le **résultat** du test

Je ne vois pas comment en faisant le test on ne dirait pas le résultat ou on ne dirait pas le résultat qui est celui du test... moi tel que j'exerce, je ne le concevais pas

Moi je suis un peu gêné là parce que si la clinique n'a pas d'intérêt ou n'est pas sensible sur le diagnostic, c'est à dire que l'on peut difficilement se fier à la clinique pour diagnostiquer une angine à streptocoque ou une angine virale, et qu'on fait le test pour savoir s'il y a une bactérie ou pas et s'il y a pas la bactérie mais que cliniquement vous pensez à une bactérie, vous prescrivez un antibiotique. (...). Si la clinique n'est pas sensible, on fait un test mais si le test ne nous va pas, on revient à la clinique qui n'est pas sensible...

- Les consultations présentaient l'intérêt d'être **reposantes**

Je pense que cela représente à peu près j'imagine, 1/3 de mon activité journalière. J'y trouve moi aussi un intérêt. D'abord, je trouve cela reposant effectivement, ça fait du bien ces consultations, d'avoir des choses bénignes comme cela à voir.

- Ces consultations occasionnées par une affection oro-pharyngée n'étaient **pas forcément inintéressantes**

C'est pas quelque chose qui m'intéresse fortement par contre je trouve que (...) ça peut me permettre de passer à un autre symptôme, de questionner, entrer en contact, passer à autre chose dans la consultation.

J'essaie de limiter les consultations pour les pathologies ORL bénignes, mais elles m'intéressent au moins autant que les autres

Je considère que les gens peuvent parfois venir en mettant en avant un symptôme ORL mais qu'il y a peut-être autre chose dont ils peuvent parler

- La consultation ayant pour motif un symptôme ORL bénin permettait au médecin de suivre la **croissance staturale-pondérale** de l'enfant et/ou de délivrer des **conseils de prévention**

Je profite de cette pathologie qui est minime, surtout quand elle s'intéresse à des enfants pour faire un examen un peu plus général... parce qu'effectivement le nez qui coule, je n'en ai pas grand chose à faire. Par contre, ça peut être l'occasion (de) faire un peu de prévention sur son alimentation etc.

J'en profite pour peser mesurer, peser l'enfant, vérifier les vaccinations.

- Les consultations fréquentes ou répétées permettaient d'établir une **relation de confiance**

Ca permet aussi d'apprendre à connaître l'enfant et d'établir une relation avec l'enfant que l'on va pouvoir garder et améliorer au fil des années et peut-être avoir une certaine confiance de l'enfant, plus tard quand il sera adolescent, quand il nous connaîtra bien il pensera à cela et ça pourra être intéressant

- Un **motif de consultation** pouvait en cacher un autre...

Et puis, quand c'est un adulte et que je trouve que la pathologie ne justifie pas en elle-même son rendez-vous, je me dis qu'il y a quelque chose derrière et les ¾ du temps, il y a autre chose derrière et c'est cela qui est intéressant de trouver. Donc ce n'est pas du temps de perdu.

Ca amène quelques fois, enfin sur les consultations à répétitions, ça permet de creuser un petit peu, d'aller voir ce qui se passe dans la famille.

Moi j'ai beaucoup de mamans très jeunes dans le quartier, 17-22 ans, c'est vrai qu'elles viennent pour un rien, dès qu'il y a un nez qui coule, mais en fait ce sont des mamans qui ont besoin d'être rassurées dans leur rôle (...), ce sont des consultations qui servent à cela en fait, à expliquer, à rassurer, à leur dire qu'elles sont de bonnes mères, qu'elles ont bien fait de venir

- Les consultations répétées devant une pathologie ORL bénigne étaient peut-être la **conséquence de l'attitude des médecins**, avec médicalisation à outrance ?

Nous, ici, on médicalise beaucoup trop les pathologies ORL bénignes. Notre pratique n'est-elle pas un peu excessive ? Ne sommes nous pas responsables de cette médicalisation à outrance de la pathologie ORL bénigne ?

Il y a une énorme différence pour ceux qui habitent en Allemagne, quand un enfant a le nez bouché, on donne des gouttes pour mettre sur le mouchoir, sur l'oreiller qui est à côté de l'enfant. Et ça s'arrête là. Autant vous dire qu'au bout de 3 fois, les parents s'en occupent tout seuls.

- Les **symptômes ayant un retentissement social** (la toux par exemple) motivaient de plus en plus souvent une consultation médicale

Le motif de consultation a un petit peu évolué. Finalement, ce n'est plus la prescription d'antibiotiques dans l'échelle de la demande, mais c'est tout ce qui a un impact social sur la famille, la vie des parents...

- Les **recommandations** étaient considérées comme longues et compliquant la prise en charge qui paraissait plutôt simple

c'est long, je sais pas combien de pages, avec des sous-classements, des arbres diagnostiques, ça me paraît compliqué, ça me complique la vie alors que ça me paraît simple de prendre en charge des rhinopharyngites à ma façon

V. Discussion

Enquête par questionnaire : choix de la méthode

Le choix d'inclure des maîtres de stage pour constituer la population échantillon et de faire participer les internes de médecine générale en leur donnant le rôle d'enquêteur a permis d'effectuer une enquête observationnelle, décrivant la pratique réelle des médecins généralistes à leur cabinet. La valeur des résultats obtenus est différente de celle des résultats qui sont issus d'enquêtes déclaratives effectuées par téléphone ou par renseignement d'un questionnaire par le médecin lui-même.

L'observation de la consultation par une tierce personne, même en retrait, peut toutefois apporter un biais dans l'interprétation des résultats. La volonté de former l'interne a par exemple été avancée comme argument de réalisation du TDR, ce qui permet de dire que l'attitude diagnostique du médecin maître de stage a parfois été modifiée par la présence d'un interne à ses côtés. Ceci est d'autant plus vrai que les médecins maîtres de stage avaient ici été informés de l'objet de l'étude avant le début du recueil des données.

La période de recueil avait été définie afin d'observer un maximum de consultations dédiées à la prise en charge des angines. Les données suggèrent que la prévalence de cette affection est maximale en hiver et au début du printemps. Les internes sont formés de novembre à avril et de mai à octobre, et passent en « solo » en fin de stage, ce qui ne leur aurait pas permis d'observer la pratique de leurs maîtres de stage entre février et avril. Le mouvement de grève a introduit un décalage entre les différents enquêteurs, certains ayant déjà acquis leur autonomie avant la fin du recueil des données.

Les difficultés rapportées par les internes mettaient en évidence qu'il était souvent difficile de réaliser un TDR chez les jeunes enfants, et que les techniques de réalisation variaient selon les médecins. Le patient a parfois été examiné en premier lieu par l'interne ou en binôme avec le médecin. Le calcul d'un score clinique n'a pas toujours été verbalisé.

Le *focus group* : choix de la méthode

La méthode du *focus group* contribue à réduire les inhibitions individuelles par effet d'entraînement, et elle facilite le travail de remémoration [10].

Pour Morgan, l'intérêt de l'entretien collectif ne réside pas dans le gain de temps que permettrait le fait d'interviewer simultanément plusieurs personnes, mais bien dans le fait qu'il permet de saisir ce qui est dit dans le cadre d'une discussion : le corpus qu'il permet de constituer est le produit d'interactions sociales. Certains évoquent le fait que l'entretien en groupe réduit le contrôle exercé par l'enquêteur et introduit un transfert de son pouvoir vers le groupe, avec un effet « libérateur » [13].

Les résultats présentés ne font pas état des données non-verbales. Le modérateur et l'observateur ont toutefois noté l'absence de « leader d'opinion » susceptible de faire obstacle à la dynamique du groupe. Aucun participant n'est resté en retrait et chaque médecin a pu s'exprimer librement pendant toute la durée de l'entretien.

Les pathologies inflammatoires de l'oropharynx

Quand on aborde le thème « des angines », on est confronté à un ensemble de difficultés, d'imprécisions et d'approximations ; et ce constat est surprenant pour une pathologie aussi fréquente. Il existe en particulier un problème de définition [3]. L'étude a porté sur les consultations pour mal de gorge et/ou suspicion d'angine, permettant d'inclure les pharyngites, devant lesquelles un TDR a parfois été utilisé, alors que les recommandations de l'Afssaps ne préconisent son utilisation que dans la prise en charge des angines. La frontière entre pharyngite et angine est parfois cliniquement difficile. Le terme d'angine est parfois traduit dans les recommandations anglophones par « Pharyngitis ».

Aucune donnée solide ne permet de connaître les caractéristiques des patients qui ont recours à l'automédication ou qui demandent un conseil pharmaceutique pour des « maux de gorge », ni l'évolution de la symptomatologie ainsi prise en charge, ni le risque de complications, ni quelle proportion de patients recourt ensuite à une consultation médicale [3].

Reconnaître et traiter les angines à streptocoque A : pourquoi ?

1/ Faut-il reconnaître et traiter les **porteurs sains** ?

Parmi les angines, les formes érythémateuses ou érythémato-pultacées sont d'origine virale dans plus de 50% des cas. Dans 30% des cas environ, la présence d'un streptocoque A est retrouvée, mais un tiers des patients sont des porteurs sains. [14]

Des streptocoques A sont trouvés aussi chez des sujets asymptomatiques, enfants et adultes, avec des fréquences variables. Dans plusieurs études, 5% environ des sujets parfaitement asymptomatiques, par exemple ceux servant de témoins dans des études bactériologiques comparatives, se sont révélés porteurs de streptocoque A dans le pharynx. Chez des enfants sans symptôme d'infection des voies respiratoires, des taux plus élevés de portage de ce germe ont parfois été rapportés : 30,4 % des enfants vus en médecine générale aux Pays-Bas [3].

2/ **Prévention du RAA**, démontrée uniquement pour la pénicilline G injectable

Dans une enquête nationale française (réalisée dans les années 1995-1997), parmi les 32 patients ayant eu un RAA, 20 avaient présenté une angine dans les 3 mois précédents, or 11 d'entre eux avaient alors reçu une prescription antibiotique [15]. La circulation de souches rhumatogènes doit être surveillée pour adapter si besoin la stratégie thérapeutique. En cas d'incidence élevée de RAA (en cas d'épidémie), une antibiothérapie d'emblée reste justifiée. L'apparition d'une circulation épidémique de souches rhumatogènes reste possible, comme cela a été observé aux EU dans les années 1980, plusieurs épidémies de RAA avec complications cardiaques ou neurologiques ont été rapportées, environ la moitié des cas rapportés avaient eu une angine auparavant [15].

3/ **Accélération de la disparition des symptômes**

La question de l'action des antibiotiques sur la durée d'évolution de l'angine a été soulevée au cours de l'un des *focus group*. A l'inverse, certains médecins proposaient une antibiothérapie immédiate en cas d'impératif dans les jours qui suivaient le début des symptômes de l'angine.

L'angine aiguë est une maladie auto-limitative qui guérit en 5-6 jours. L'usage des antibiotiques permet de réduire la durée des symptômes de 1 à 2 jours pour autant que le traitement soit initié dans les 48 heures après l'apparition des symptômes [14]. Les bénéfices de l'antibiothérapie sont modestes et une revue de la littérature en 2006 rapporte que les antibiotiques raccourcissent la durée des symptômes de 16 heures environ au total [16].

4/ Éradication du streptocoque A

L'éradication du streptocoque A de la gorge des patients ayant une angine aiguë peut être aussi envisagée comme moyen de limiter la transmission autour d'un malade. Mais la pénicilline négative la culture de prélèvement de gorge seulement 4 fois sur 5. Chez des personnes porteuses de streptocoque A dans le pharynx, sans signe clinique, en situation épidémique, le taux d'échec bactériologique a été de 19 %. En dehors de son effet symptomatique, l'élimination du streptocoque A par l'antibiothérapie ne paraît pas être en soi un objectif du traitement de l'angine aiguë à streptocoque A [15].

5/ Diminution de la dissémination du streptocoque A à l'entourage

Il est extrêmement difficile de prévenir le risque de transmission du streptocoque A à l'entourage dans la mesure où le patient est déjà contagieux 24 à 48 heures avant l'apparition des symptômes [14]. Il n'y a aucune preuve qu'une antibiothérapie systématique mise en route dans le but de limiter la contagion ait un intérêt mesurable en santé publique [15]. Hors institution, les données disponibles ne permettent pas de démontrer que l'antibiothérapie des angines aiguës réduise le risque de contagion autour des cas.

Malgré l'absence de preuve d'efficacité sur le risque de contagion dans la vie courante, les spécialistes américains recommandent pour leur part de tenir compte de l'environnement et des conditions de vie (enfants scolarisés, ou vivant en groupe, adultes au contact de ces enfants) dans le choix thérapeutique, et proposent une antibiothérapie systématique des angines aiguës à streptocoque A survenant en collectivité, dans le seul but de limiter la contagion [15].

A ce sujet, les recommandations françaises de l'Afssaps sont imprécises. Un sujet de 5 à 25 ans vivant en collectivité fermée ayant un résultat négatif sur le TDR peut être contrôlé par une mise en culture ; si la culture est positive, le traitement antibiotique sera entrepris [5].

6/ Prévention des complications locorégionales

Devant un tableau clinique « sévère », les médecins évoquaient la possibilité de prescrire un antibiotique d'emblée, sans utilisation du TDR. C'est l'attitude préconisée par les recommandations nationales aux Pays-Bas, dans lesquelles on peut lire qu'il n'est plus nécessaire de distinguer les causes virale et bactérienne d'une angine, le traitement antibiotique n'étant nécessaire que devant la constatation d'une infection sévère, ou devant l'existence d'un risque accru de complications [17].

En cas de symptômes sévères évocateurs d'une évolution vers une suppuration locorégionale, une antibiothérapie d'emblée est justifiée, selon les auteurs de la Revue Prescrire [15]. Pour tous les autres cas d'angine dans les pays développés, prévenir le risque de suppuration sera obtenu aux dépens d'un grand nombre de patients traités, parmi lesquels la plupart ne tireront aucun bénéfice du traitement [16].

Reconnaître et traiter les angines à streptocoque A : dans quel délai ?

La rédaction d'une deuxième ordonnance permettait de différer l'antibiothérapie de quelques jours, et permettait aussi de ne pas prescrire un antibiotique systématiquement, cette alternative n'apparaît pas dans les recommandations françaises de l'Afssaps.

Le traitement retardé n'altère pas l'effet protecteur de l'antibiothérapie vis-à-vis du risque de survenue d'un RAA : l'antibiothérapie peut être débutée jusqu'au neuvième jour après le début des signes et être encore efficace sur la prévention du RAA [5].

L'augmentation de la résistance aux antibiotiques, liée notamment à leur large utilisation, a conduit à chercher les stratégies de prise en charge des angines aiguës qui limitent au maximum le recours de l'antibiothérapie sans faire courir de risque aux patients. Deux voies ont été explorées : d'une part rechercher activement le streptocoque A pour limiter l'antibiothérapie aux cas où la présence de cette bactérie est confirmée, d'autre part différer l'antibiothérapie de quelques jours, ce qui évite de traiter par antibiotique les patients ayant une évolution favorable rapide [15].

Conseiller aux patients ayant une angine aiguë de différer l'antibiothérapie conduit à traiter par antibiotique seulement 15% environ des patients. Chez les enfants présentant une angine à streptocoque A, différer l'antibiothérapie a pour inconvénient de prolonger les maux de gorge d'1 à 2 jours pour la moitié d'entre eux, mais évite une récurrence pour environ 1 enfant sur 5.

Lorsque les symptômes ne sont pas trop sévères, conseiller de ne débiter l'antibiothérapie qu'en l'absence d'amélioration après 48 heures paraît raisonnable. L'avantage de cette stratégie par rapport à une antibiothérapie d'emblée est de diminuer le risque de récurrence, de limiter les risques d'effets indésirables individuels et sur l'écologie bactérienne. Cette stratégie diminue fortement l'utilisation des antibiotiques [15].

Quelle est la meilleure méthode pour reconnaître les angines à streptocoque A ?

1/ Le TDR des angines à streptocoque bêta hémolytique du groupe A

Le TDR Streptatest®, distribué actuellement en France, présente une sensibilité de 96,8 % et une spécificité de 94,7%, une valeur prédictive positive de 85,7% et une valeur prédictive négative de 98,9 % [18]. Dans l'étude, la mise en cause du résultat du TDR était parfois liée à une incertitude concernant la qualité du prélèvement. La réalisation du TDR s'avérait par ailleurs être difficile chez les petits enfants. La sensibilité du TDR peut en effet être influencée par la qualité de prélèvement, par exemple en modifiant la quantité d'agent pathogène prélevé [19].

L'utilité diagnostique est la capacité d'un test à permettre une décision fondée sur une modification pertinente de la probabilité du diagnostic avant et après le résultat du test, permettant de passer d'une zone de probabilité incertaine avant le test de diagnostic rapide à une zone décisionnelle après le test. Le résultat d'un test de diagnostic rapide renforce ou diminue la probabilité d'une hypothèse diagnostique, mais ne permet que rarement un diagnostic de certitude.

Tout examen complémentaire, et en particulier un test de diagnostic rapide, n'a d'intérêt que s'il permet d'augmenter suffisamment la probabilité diagnostique pré-test de façon à avoir une attitude thérapeutique différente après son résultat [19,20].

Le médecin généraliste calculait donc une probabilité pré-test corrigée ensuite par le résultat du TDR, permettant de guider l'attitude thérapeutique. Devant un résultat négatif, cette probabilité pré-test était parfois jugée suffisamment élevée pour ne pas tenir compte du résultat du test, conduisant à la prescription d'un antibiotique. L'existence de faux-négatifs peut justifier cette attitude.

Le TDR pouvait également être utilisé afin d'appuyer la clinique et de conforter l'attitude du médecin, la décision prise en situation d'incertitude étant alors encouragée par le résultat du test.

Pour un même patient, dans l'enquête par questionnaire, un antibiotique était moins souvent prescrit lorsqu'un TDR était utilisé. Ces résultats vont dans le sens des estimations avancées par la SPILF [1], montrant que la pratique généralisée de TDR pour les angines de l'adulte de plus de 25 ans (donc sans risque de RAA), offrirait annuellement un potentiel d'épargne écologique d'au moins 2 millions de traitements antibiotiques.

Ceci étant, quelques années après le début de la diffusion du test, la perception de l'utilité du TDR pouvait s'étioler, son utilisation ayant permis d'apprendre à mieux définir quelles angines étaient justiciables d'un traitement antibiotique.

Ceci est confirmé par une étude comparative de l'utilisation du TDR par des médecins maîtres de stage de la faculté de Paris Descartes en 2005 et 2007. L'étude mettait en évidence une diminution de l'utilisation du TDR entre 2005 et 2007, quel que soit le score de Mac Isaac. L'absence d'utilité décisionnelle, le manque de matériel, le manque de temps et les difficultés techniques étaient les principaux freins à l'utilisation du TDR. Cette diminution s'accompagnait d'une augmentation de la prescription d'antibiotiques [21].

En Loire-Atlantique en 2008, 3210 boîtes de 20 TDR (Strepta Test®) ont été commandées, 2673 en 2009 et 2435 en 2010 (pour un nombre de 1245 médecins généralistes installés au 01/01/2011). Ces données doivent être corrélées au contexte épidémique et ne peuvent à elles seules refléter une diminution de l'utilisation du TDR chez les médecins généralistes exerçant en Loire Atlantique. [22]

Quelle que soit l'utilité diagnostique d'un test de diagnostic rapide, son application va nécessiter que soient présentes les qualités suivantes : facilité d'utilisation mesurable par le besoin d'une formation et sa durée, rapidité du résultat (en minutes), coût de l'examen et son remboursement, rémunération éventuelle de l'acte si celui-ci est trop consommateur de temps [19]. Les médecins considéraient ici que le TDR était utilisable en pratique courante, tout en exprimant parfois le besoin de réorganiser le déroulement de la consultation afin de ne pas perdre de temps. L'utilisation du TDR en médecine générale pourrait être compromise en cas d'arrêt du financement par le FNPEIS.

2/ Autres utilisations du TDR

Le TDR était parfois utilisé pour confirmer le diagnostic de scarlatine.

Les TDR initialement réservés à l'angine peuvent être utilisés dans d'autres pathologies.

Le streptocoque A était la bactérie la plus fréquemment retrouvée comme cause des OMA dans les années 1950. Les otites dues au streptocoque A sont souvent fébriles et douloureuses et s'accompagnent parfois d'une otorrhée. Elles se compliquent plus fréquemment de mastoïdites. Faire un TDR sur l'écoulement permet d'en faire le diagnostic bactériologique et de prescrire un antibiotique adapté. Le streptocoque A est la plus fréquente des causes bactériennes des adénites cervicales aiguës de l'enfant après 3 ans. Cliniquement l'adénite est rarement suppurée, la fièvre est peu élevée, il n'y a pas d'angine. L'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles est modérée, la CRP peu augmentée quand ces examens sont pratiqués. Le TDR réalisé sur le prélèvement de gorge est souvent positif alors que la gorge paraît normale à l'examen. Un traitement « ciblé » par amoxicilline permet une guérison en quelques jours sans qu'aucun autre examen complémentaire ne soit nécessaire [20].

3/ Le Score de Mac Isaac

Parmi les motifs de réalisation du TDR, la notion de doute diagnostique apparaissait comme essentielle.

Un score de Mac Isaac élevé pouvait constituer un argument pour décider de ne pas effectuer de TDR, ce qui n'est pas préconisé par les recommandations françaises de l'Afssaps de 2005. L'Afssaps recommande de réaliser un TDR pour tous les enfants de 3 à 15 ans et chez les adultes en cas de score supérieur ou égal à 2.

Les auteurs de la revue Prescrire proposent de ne pas utiliser le TDR en cas de score clinique élevé, s'appuyant sur le fait que la présence de streptocoque est très probable lorsque le score de diagnostic clinique est à 4, le gain diagnostique pour affirmer l'infection à streptocoque A étant important (rapport de vraisemblance positif : 7,5) [3].

4/ Le Score de Centor

Dans les recommandations internationales, le score de Centor est plus largement utilisé. Les critères entrant dans le calcul du score de Centor sont : une fièvre > 38 ; l'absence de toux ; la présence d'exsudat amygdalien ; la présence d'adénopathies volumineuses. Ce score ne prend pas en compte l'âge du patient.

Application des recommandations médicales

L'analyse des données issues des *focus group* révélait que les recommandations françaises de l'Afssaps étaient peu connues des médecins généralistes, et qu'il existait des réticences à appliquer ces recommandations.

Les recommandations médicales sont définies comme des « propositions développées de façon méthodique, utilisées pour aider le médecin et le malade à décider des soins appropriés à des circonstances cliniques spécifiques ». La méthode s'est imposée en France à la fin des années 1980. Ce sont des préoccupations légales et financières qui ont été à la base des recommandations médicales Outre Atlantique, puis des références médiales opposables en France. D'outils d'aide à la décision, certaines références ont pu ainsi devenir des arguments éventuellement opposables aux médecins dont la pratique pouvait s'écarter d'une médecine fondée sur l'évaluation rigoureuse des rapports bénéfice/risque et coût/efficacité. Par ailleurs, afin dévaluer les pratiques médicales, les organismes de Sécurité Sociale avaient besoin de référentiels médico-économiques : les recommandations étaient toutes désignées pour cela. En

effet, elles définissent une prise en charge consensuelle, validée par les spécialistes reconnus et fondée sur les données les plus récentes et à niveau de preuve élevé.

Un facteur de résistance retrouvé est la méfiance vis-à-vis de l'émergence d'une médecine standardisée qui se résumerait à des recettes (cookbook medicine).

L'étude suggérait en effet que la prise de décision en médecine générale était rarement aussi simple que l'application d'un arbre décisionnel.

Lorsque les recommandations médicales ont pour initiative des motivations financières, elles demeurent perçues davantage comme un contrôle (et donc une entrave à la liberté de prescription) que comme une incitation à la rationalisation des pratiques.

L'utilisation du TDR semblait ici avoir été préconisée dans un contexte d'économie de la santé alors qu'elle semblait plutôt relever d'un enjeu écologique. Dans leur intention de continuer à poursuivre son utilisation, les médecins généralistes considéraient que l'outil TDR devait être financé par l'Assurance Maladie puisqu'il permettait au système de protection sociale de faire des économies.

La réputation de leurs auteurs a un impact non négligeable dans la facilité qu'auront les médecins à les appliquer. Les recommandations issues de sociétés savantes disposent d'un label de fiabilité encourageant. Deux méthodes antagonistes de rédaction des recommandations ont cependant été décrites : la méthode « top down » consistant à la confier exclusivement à des experts reconnus, au risque de susciter des critiques émanant des praticiens de terrain ; la méthode « bottom up », à l'inverse, consistant à inclure dans le jury des médecins sur le terrain, afin de prendre en compte les opinions des praticiens appelés à appliquer quotidiennement ces recommandations.

Il était ici reproché aux rédacteurs « des hautes sphères » établissant les recommandations de ne pas avoir d'expérience de terrain.

Il a été montré, en outre, que les médecins avaient plutôt tendance à en faire plus que moins, d'où le moindre impact des recommandations limitant les indications de prescription. La tendance à prescrire peut être favorisée par de l'incertitude, un patient demandeur de soins, des connaissances médicales rapidement périmées. Ne pas prescrire ou prescrire moins constitue donc un effort à réaliser contre un penchant rapidement acquis.

Les médecins décrivaient toutefois dans l'étude une diminution de la prescription des antibiotiques, et une disparition de la pression parentale ou de la demande d'antibiotiques formulée par les patients eux-mêmes.

La diffusion et l'accessibilité des recommandations sont des facteurs évidents de connaissance et d'observance. Les médecins ayant reçu une formation à l'utilisation du TDR percevaient davantage son utilité. Ceci explique sans doute la différence observée entre les villes d'Angers et de Nantes puisqu'un plus grand nombre de médecins déclaraient avoir reçu une formation à Nantes.

A l'opposé de la diffusion passive, reconnue comme nuisible à leur bonne observance, la meilleure méthode de divulgation des recommandations semble être la formation interactive : une véritable éducation des praticiens, comprenant des séminaires de sensibilisation et d'information. Un médecin déclarait cependant avoir bénéficié d'une formation par l'intermédiaire d'un cédérom uniquement.

Il n'en demeure pas moins que la méthode la plus employée reste la publication dans des revues médicales. Bien qu'il relève d'une diffusion passive, l'impact des publications joue dans l'acceptation des recommandations par les médecins.

Une actualisation régulière des recommandations en fonction des progrès scientifiques sera l'occasion de démontrer qu'elles ne s'inscrivent pas dans le cadre rigide et défini une fois pour toutes de la chose dite, mais dans une politique d'adaptation de la médecine aux avancées de la science.

L'élaboration des messages doit tenir compte du mode d'exercice, et même de la personnalité du médecin-cible, ce qui reste encore rare dans notre pays. Les recommandations ne pourront réellement jouer leur rôle dans l'amélioration de la prise en charge des patients qu'à condition d'être enfin largement adoptées et appliquées par les médecins [23].

Les recommandations dans le monde

Dans de nombreux pays, sont élaborées des recommandations de bonne pratique afin de réduire le fossé entre recherche et pratique. Devant la facilité d'échange des données issues de la recherche internationale, on s'attendrait théoriquement à ce que des recommandations sur un même sujet soient semblables.

Pourtant, il existe des discordances. Plusieurs auteurs les expliquent par les différences d'interprétation, l'absence de méthodes systématiques dans l'élaboration des recommandations, l'influence du caractère propre au médecin, les préférences du patient, les facteurs culturels et socio-économiques ou les caractéristiques du système de santé propres au pays dans lesquelles sont divulguées les recommandations. L'Organisation Mondiale de la Santé préconise que les recommandations soient établies grâce à une procédure rigoureuse afin d'assurer un niveau de preuve suffisant [24].

L'étude de Matthys [24], compare 10 recommandations parues dans des pays dont le niveau sanitaire est proche de celui de la France (6 en Europe occidentale, 3 aux Etats-Unis, et 1 au Canada).

Il n'a pas été possible d'identifier les critères de qualité de l'OMS des différentes recommandations. Le niveau de preuve a été étudié. Aucune méta-analyse n'a été référencée. La plupart des études citées avaient été faites aux Etats-Unis. Les recommandations Nord Américaines sont souvent développées par les spécialistes ORL, alors que les premiers auteurs des recommandations belges, néerlandaises, anglaises et écossaises sont des médecins généralistes.

Des points de convergence sont retrouvés. Le but des antibiotiques est de raccourcir la durée d'évolution de l'angine, de soulager les symptômes et de limiter la dissémination pour les patients à haut risque ou sévèrement atteints. Les antibiotiques ne sont pas indiqués dans la prévention de la glomérulonéphrite aiguë. L'intérêt de l'antibiothérapie dans la prévention des complications septiques locorégionales est diversement perçue par les auteurs des recommandations.

Dans 4 des 6 pays européens, le traitement antibiotique n'est pas recommandé.

L'utilisation des critères de Centor est préconisée dans 4 pays. Ce score a été validé pour les adultes (patients âgés de plus de 15 ans) [25].

Il n'y a pas de consensus sur l'utilisation du TDR. Il est recommandé en France, en Finlande et par certaines sociétés savantes aux Etats-Unis. Les autres pays étudiés ne recommandent pas de l'utiliser à cause de la forte prévalence de porteurs sains (5 à 20%) et de sa sensibilité modeste (65 à 80%) en soins primaires.

L'étude de Chiappini en 2011 [26], fait le même constat en étudiant les recommandations nationales de 12 pays développés et distingue deux types de recommandations :

- Les recommandations publiées aux Etats-Unis, en France et en Finlande
- Les recommandations publiées au Royaume-Uni, en Ecosse, aux Pays-Bas et en Belgique.

- Le premier groupe considère que la confirmation microbiologique est fondamentale afin d'identifier les patients qui justifient d'un traitement. Le RAA, même rare, peut être une maladie grave.

- Le deuxième groupe considère que l'angine, même d'origine streptococcique, est bénigne et guérit seule. Etant donnée l'incidence faible des complications septiques locorégionales et du RAA, les recommandations se polarisent sur l'usage approprié des antibiotiques. L'utilisation des tests microbiologiques n'est pas recommandée en routine, car les antibiotiques ont un effet limité sur la durée d'évolution de l'angine et n'affectent pas l'incidence des complications dans les pays développés. Le traitement antibiotique doit alors être réservé à des cas bien précis. Cette pratique est justifiée par le fait que les principales études concernant l'effet préventif de l'antibiothérapie sur la survenue du RAA a été démontrée exclusivement dans des études datant des années 1950 et 1960. De plus, le coût et les effets indésirables des antibiotiques pèsent fortement dans le calcul des rapports bénéfice/risque et coût/efficacité.

Les différences entre les recommandations ne sont pas seulement académiques, elles ont des conséquences sur la pratique. Un patient consultant un médecin généraliste sera pris en charge différemment selon le pays dans lequel il est amené à consulter. En France et en Finlande, un TDR sera pratiqué, et le traitement dépendra de son résultat. Dans d'autres pays (Belgique, Pays-Bas, Ecosse), le TDR ne sera pas utilisé et la décision de prescrire un antibiotique dépendra essentiellement de la sévérité de l'atteinte du patient [24].

Evolution de la prescription antibiotique

La diminution de la prescription des antibiotiques était décrite par tous les médecins, qu'ils aient l'habitude ou non d'utiliser le TDR.

Entre l'hiver 2001-2002 et l'hiver 2006-2007, sur une période d'octobre à mars, le nombre de prescriptions antibiotiques en France est passé de 40 003 014 à 31 527 786, soit un nombre de traitements évités en 5 ans de 26,8 millions. La classe d'âge 6-15 ans est celle qui a le plus bénéficié de cette diminution (- 35,4 %) [27].

La consommation d'antibiotiques en France reste toutefois aujourd'hui plus élevée que dans la plupart des pays européens. Par ailleurs, alors qu'elle avait régulièrement baissé entre 2002 et 2007, elle tend à redémarrer. Dans un dossier de presse du 19 mai 2010, la CNAMTS déplorait que seulement 1,8 million de TDR aient été commandés par les médecins généralistes, pédiatres et ORL libéraux en 2009, le nombre d'angines prises en charge annuellement étant d'environ 8 à 9 millions par an [28].

L'étude n'a pas porté ici sur le type d'antibiothérapie prescrite. Il semble cependant utile de préciser qu'une fois la décision prise de traiter par antibiotique, le choix de l'antibiotique lui-même a des conséquences en termes d'efficacité pour le patient et d'écologie pour l'ensemble de la population.

Campagnes de sensibilisation

Les médecins se sentaient aidés par les campagnes de sensibilisation.

En France, plusieurs organismes sont mobilisés pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. On distingue :

- les propositions du plan national d'actions pour la maîtrise de la résistance aux antibiotiques de l'Institut National de Veille Sanitaire ;
- les Plans Nationaux pour préserver l'efficacité des antibiotiques ;
- les recommandations de bonne pratique de l'Afssaps ;
- les conférences de consensus des sociétés savantes (la SPILF notamment).

La communauté européenne mobilise aussi les états de l'Union sur cet objectif [9].

Relation médecin / patient

L'enquête par questionnaire et l'étude par *focus group* mettaient en évidence une disparition de la pression parentale susceptible d'influencer le médecin dans sa prescription.

Le TDR servait parfois à argumenter la prescription d'antibiotiques chez les patients (ou leurs parents) réfractaires à l'antibiothérapie. A l'inverse, le TDR était parfois utilisé en l'absence d'angine pour justifier la non-prescription d'antibiotiques.

Parmi les médecins décidés à poursuivre l'utilisation du TDR à l'arrêt de son financement par le FNPEIS, l'un des arguments avancés pour cette décision était l'intérêt pédagogique du test.

La pratique du TDR semble en effet améliorer de façon significative le niveau de connaissance des patients [29].

L'utilisation du TDR entre également dans les stratégies pour ne pas prescrire d'antibiotiques décrites dans les études PAAIR 1 et 2, avec l'écoute attentive, les explications, un examen clinique précis et commenté dès le début de la consultation. Les médecins prescrivent d'autant moins d'antibiotiques qu'ils mettent en place un plus grand nombre de stratégies de non-prescription [30]. Ces mêmes stratégies étaient décrites dans l'étude.

VI. Conclusion

La prise en charge de l'angine à streptocoque A implique quotidiennement les médecins généralistes. Les consultations dédiées au traitement de l'angine suscitent peu d'inquiétude chez les médecins mais ceux-ci ne sont pas unanimes quant aux modalités diagnostiques et thérapeutiques de prise en charge.

La place accordée au TDR est d'importance variable. Certains médecins se passent du TDR et basent leur décision sur les données de l'examen clinique uniquement. Le calcul du score de Mac Isaac peut permettre d'éviter d'utiliser un TDR lorsqu'il est suffisamment bas ou suffisamment élevé. Le TDR trouve essentiellement son intérêt en cas de doute diagnostique et peut permettre d'éviter une prescription antibiotique.

S'il est négatif, les médecins ne tiennent pas toujours compte du résultat du TDR, considérant la probabilité clinique comme prédominante.

La prise en charge de l'angine relève d'un jeu de piste à la recherche d'indices en faveur de la prescription d'une antibiothérapie, corrélée au risque de complications septiques locorégionales ou de RAA. Le médecin doit ensuite convaincre le patient de la pertinence de l'attitude retenue.

Pour un même patient, dans cette étude, un antibiotique était moins souvent prescrit lorsqu'un TDR était utilisé, démontrant l'intérêt du TDR en tant qu'outil contribuant à diminuer la consommation des antibiotiques en France. L'utilisation du TDR en médecine générale serait considérablement compromise en cas d'arrêt de son financement par le FNPEIS.

Les recommandations françaises de l'Afssaps, qui préconisent l'utilisation du TDR après calcul du score de Mac Isaac, sont peu connues et peu appliquées en France. Mais la décision basée sur un score clinique sans utilisation du TDR ou la remise au patient d'une ordonnance différée peuvent elles aussi contribuer à limiter la prescription d'antibiotiques aux cas où celle-ci s'avère utile.

Les recommandations internationales relatives à la prise en charge de l'angine à Streptocoque A varient sensiblement d'un pays à l'autre, même au sein des pays où la prévalence du RAA est proche, suggérant que la prise en charge de l'angine ne peut, aujourd'hui, être résumée à un arbre décisionnel. De nouvelles études prospectives en médecine générale et le partage des données internationales pourront permettre d'améliorer le niveau de preuve des recommandations et d'évoluer vers une harmonisation des pratiques.

VII. Bibliographie

- [1] Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et coll. Les infections ORL. 10^{ème} conférence de consensus de thérapeutique anti-infectieuse. *Arch Pédiatr* 1997 ; 4: 188-194.
- [2] Poirier H, Peyramond D, Boucot I, *et al.* Évaluation de l'applicabilité du consensus sur la prise en charge de l'angine chez l'adulte. *Med Mal Inf* 2001 ; 31: 388-395.
- [3] Prescrire rédaction. Diagnostic et traitement des angines aiguës. Première Partie. Angines aiguës : faire le tri. *Rev prescrire* 2002 ; 22(232): 687-695.
- [4] Portier H, Grappin M, Chavanet P. New management strategy for pharyngitis in France. *Bull. Acad. Natle Méd.* 2003, 187(6): 1107-1116.
- [5] AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant : angine aiguë à streptocoque du groupe A. Recommandations et Argumentaire. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Octobre 2005.
- [6] Olivier C, Portier H, Cohen R. Rhumatisme articulaire aigu : résultats d'une enquête nationale (1995-1997). *BEH* 1999 ; 12: 2-3.
- [7] Prescrire rédaction. Diagnostic et traitement des angines aiguës. *Rev Prescrire* 2004 ; 24(251): 440-449.
- [8] Guillemot D, Maugendre P, Chauvin C : Résistance aux antibiotiques. *BEH* 2004 ; 32-33:141-147.
- [9] Communiqués et dossiers de presse de l'Assurance Maladie : L'Assurance Maladie s'engage aux côtés des médecins. 14 mai 2002.
- [10] Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes : L'entretien collectif, éd Armand Colin, Paris, 2005, 127 p.
- [11] Moscovici S, Buschini F. Les méthodes des sciences humaines, éd puf, Paris, 2003, p. 221-242.
- [12] Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du « focus group ». *Rev Prat Med Gen* 2004 ; 18: 382-384.
- [13] Van Campenhout L, Chaumont JM, Franssen A. La méthode d'analyse en groupe, éd Dunod, Paris, 2005, p. 176-182.
- [14] Bouchain O, Lefebvre P. Intérêt d'un test diagnostique rapide dans la prise en charge des angines chez l'adulte. *Rev Med Liege* 2006 ; 61(5-6): 304-308
- [15] Prescrire rédaction. Diagnostic et traitement des angines aiguës. *Rev Prescrire* 2004 ; 24(252): 512-525.
- [16] Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ; 18(4): CD000023.
- [17] Eekhof JA. The practice guideline 'Sore throat' (second revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of general practice. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2008 ; 152(8): 418-20.
- [18] Notice d'utilisation Exacto STREPTATEST®. Test de diagnostic rapide des angines à streptocoque bêta hémolytique du groupe A. DECTRA PHARM. Version 7 – Mai 2009.
- [19] Martinot A, Aurel M, Dubos F. Évaluation des performances des tests de diagnostic rapide. *Arch Pédiatr* 2007 ; 14: 524-526.
- [20] Cohen R, Wollner A. Utilisation des tests de dépistage rapide du streptocoque A dans les infections inhabituelles à streptocoque A. *Arch Pédiatr* 2007 ; 14: 527-528.
- [21] Cornaglia C, Robinet J, Partouche H. Évolution 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 ; 39(6) : 375-381.

- [22] Données fournies par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Loire-Atlantique, 2011.
- [23] Bouvenot J, Gentile S, Ousset S. Facteurs influençant l'appropriation des recommandations médicales par les médecins. *Presse Med* 2002 ; 31: 1831-1835.
- [24] Matthys J, De Meyere M, L. van Driel M. Differences Among International Pharyngitis Guidelines : Not Just Academic. *Ann Fam Med* 2007 ; 5: 436-443.
- [25] Aalbers J, O'Brien K, Chan W-S. Predicting Streptococcal Pharyngitis in Adults in Primary Care : A Systematic Review of the Diagnostic Accuracy of Symptoms and Signs and Validation of the Centor Score. *BMC Medicine* 2011, 9: 67.
- [26] Chiappini E, Regoli M, Bonsignori F. Analysis of Different Recommendations From International Guidelines for the Management of Acute Pharyngitis in Adults and Children. *Clin Thera* 2011 ; 33: 48-58.
- [27] Schlemmer B. Résistances, Consommations antibiotiques, Plan antibiotiques : Plan national d'action pour préserver l'efficacité des antibiotiques, hôpital Saint Louis, Université Paris Diderot 2010.
- [28] CNAMTS - dossier de presse du 19 mai 2010.
- [29] Vérin M. Apport du TDR de l'angine à l'éducation des patients : étude menée auprès de 346 patients en médecine générale. Thèse d'exercice médecine. Université Paul Sabatier (Toulouse), 2007, 118 p.
- [30] Attali C, Rola S, Renard V. Les situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et les stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires hautes et basses. *Exercer* 2008 ; 82: 66-72.

VIII. Liste des tableaux

Tableau 1 – Nombre de questionnaires par ville

Tableau 2 – Motifs de réalisation du TDR

Tableau 3 – Motifs de non-réalisation du TDR

Tableau 4 – Diagnostic donné au patient

Tableau 5 – Prescription d'un antibiotique

Tableau 6 – Arguments de la prescription d'ATB devant un TDR négatif

Tableau 7 – Formation au TDR selon la ville

Tableau 8 – Utilité ressentie du TDR selon la ville

Tableau 9 – Intention d'utiliser le TDR selon la ville

IX. Liste des Annexes

Annexe 1 : Courrier adressé aux médecins maîtres de stage

Annexe 2 : Questionnaire

Annexe 3 : Courrier adressé aux participants du *focus group*

Annexe 4 : Guide d'entretien pour le *focus group*

Annexe 5 : Verbatim *focus group* Nantes

Annexe 6 : Unités de significations *focus group* Nantes

X. Annexes

Annexe 1 : Courrier adressé aux médecins maîtres de stage

Nantes, le 12 Octobre 2006

Cher(ère) Ami(e),

Dans le cadre de la réalisation d'une étude de pratique sur la prise en charge des pathologies inflammatoires de l'oropharynx et les circonstances d'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) de l'angine à streptocoque bêta hémolytique du groupe A (SBHA) en médecine de ville en Pays de Loire, l'interne de médecine générale (IMG) en stage dans votre cabinet à partir de novembre 2006 va être amené(e) à remplir avec vous un questionnaire.

Cette étude, à l'initiative du centre MEDQUAL du CHU de Nantes, bénéficie du soutien méthodologique de l'UQRE (Unité Qualité Risque Evaluation) du PIMESP (Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique) du CHU de Nantes, de l'appui de l'URML, des départements de médecine générale des CHU de Nantes et Angers, de l'unité EA3826 du CHU de Nantes (« thérapeutiques cliniques et expérimentales des infections ») et d'une demande de financement auprès de l'URCAM des Pays de Loire.

Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux de la prise en charge des pathologies inflammatoires de l'oropharynx. Il s'agit d'une étude descriptive des pratiques médicales ne visant en aucun cas à évaluer ou juger les pratiques de chacun. Cette étude ne doit pas engendrer de modifications dans votre exercice.

Le recueil de données s'étendra sur une période de 6 semaines, avant le passage en solo des internes. Les questionnaires, renseignés lors des journées de présence de l'IMG à partir du 06/11/2006, concerneront les patients entrant dans les critères d'inclusion, à savoir : tous les patients consultant pour « mal de gorge » ou suspicion d'angine et tous les patients auxquels un TDR est réalisé afin d'évaluer son utilisation hors recommandation.

Nous reprendrons comme définition de l'angine celle citée dans les recommandations de l'Afssaps : « inflammation d'origine infectieuse des amygdales voire de l'ensemble du pharynx ; elle constitue un syndrome qui associe fièvre, gêne douloureuse à la déglutition et modifications de l'aspect du pharynx ; d'autres symptômes sont parfois associés en fonction de l'agent étiologique et de l'âge du patient (douleurs abdominales, éruption, signes respiratoires) ».

L'IMG réexaminera le patient après vous. Le renseignement des questionnaires devra être réalisé avec l'interne pendant la consultation ou à la fin de celle-ci.

Une « note information patient » à apposer dans votre salle d'attente vous sera remise par l'IMG en début d'étude.

L'attachée de recherche clinique (ARC) en charge de l'étude prendra contact avec vous dans les jours à venir afin de répondre à vos questions.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Cordialement.

Christine MARION
Interne de Médecine Générale
Attachée de Recherche Clinique

Professeur Rémy SENAND
Directeur du DMG de la Faculté
de Médecine de Nantes

Annexe 2 : Questionnaire

**Enquête auprès de médecins généralistes en Pays de Loire
sur la prise en charge
des pathologies inflammatoires de l'oropharynx
et les circonstances d'utilisation du TDR**

Référence Médecin : _____

Formation TDR : Oui Non

Référence Interne : _____

Date de consultation : __ / __ / __

MOTIF DE CONSULTATION : « Mal de gorge » ou suspicion d'angine

Données de l'examen du médecin généraliste

1) Âge :

< à 3 ans 3 à 14 ans 15 à 44 ans ≥ à 45 ans

2) Sexe :

Masculin Féminin

3) Fièvre > 38° :

- Oui
- Non
- Non recherchée

- Mesure au cabinet :
 Oui Non
- Si non mesurée, demandée au patient / à l'accompagnant :
 Oui Non

4) Toux :

Oui Non

5) Adénopathies cervicales sensibles (sous angulo-maxillaires douloureuses) :

Oui Non Non recherchées

6) Atteinte amygdalienne :

- Angine érythémateuse - Pas d'atteinte amygdalienne
- Angine érythémato-pultacée - Amygdalectomie
- Atteinte amygdalienne autre - Non recherchée
→ Préciser : _____

Décision du médecin généraliste

7) Réalisation du TDR :

- Oui

→ **Pourquoi ?** Ne pas suggérer les réponses

- Calcul du score de Mac Isaac
- Doute sur l'étiologie de l'angine
- Argument pour la non-prescription d'antibiotiques
- Autre → Préciser : _____

- Non

→ **Pourquoi ?** Ne pas suggérer les réponses

- Calcul du score de Mac Isaac
- Manque de temps
- Manque de confiance dans le test
- Forte présomption clinique du diagnostic étiologique de l'angine
- Refus du patient
- Pas de TDR à disposition au cabinet médical
- Autre → Préciser : _____

8) Résultat du TDR :

Positif Négatif Douteux

9) Diagnostic donné au patient : _____

10) Prescription d'antibiotiques remise au patient :

Oui Non Prescription différée

Si prescription d'antibiotiques avec TDR négatif :

→ **Pourquoi ?** Ne pas suggérer les réponses

- Forte présomption clinique de l'étiologie bactérienne de l'angine
- Remise en cause de la fiabilité du test
- Doute sur la qualité du prélèvement
- Demande d'antibiotiques du patient / accompagnant : explicite implicite
- Contexte associé → Préciser :
 - Angines récidivantes
 - Affection ORL associée
 - 2^{ème} consultation pour l'affection actuelle
 - Terrain fragile → Lequel : _____
- Autre → Préciser : _____

Si pas de prescription d'antibiotiques avec TDR positif :

→ **Pourquoi ?** Ne pas suggérer les réponses

- Forte présomption clinique de l'étiologie virale de l'angine
- Remise en cause de la fiabilité du test
- Refus du patient
- Autre → Préciser : _____

Données de l'examen clinique effectué par l'IMG

11) Calcul du score de Mac Isaac par l'IMG :

- Fièvre > 38° Oui + 1
 - Absence de toux Oui + 1
 - Adénopathies cervicales sensibles Oui + 1
 - Atteinte amygdalienne Oui + 1
 - Âge ≥ à 45 ans Oui - 1
- Score non réalisable Score réalisable → **Score /4**

Questions complémentaires

Questions à poser par l'IMG à ses maîtres de stage, une seule fois, à la fin de la période de recueil :

1/ Jugez-vous que, dans votre pratique, le TDR est :

- Inutile
- Peu utile.....
- Utile.....
- Très utile.....

2/ Avez-vous l'intention de continuer à l'utiliser lorsqu'il ne sera plus distribué par l'Assurance Maladie ?

- Oui → **Pourquoi ?**

- Non → **Pourquoi ?**

Annexe 3 : Courrier aux participants du *focus group*

Nantes, le 15 février 2007

Madame, Monsieur,

Suite à notre entretien téléphonique, voici le rappel des informations concernant le débat auquel vous avez accepté de participer dans le cadre d'un travail de recherche institutionnel étudiant certains déterminants de l'activité du médecin généraliste.

La discussion portera sur la prise en charge d'une pathologie courante en médecine de ville et sera animée selon la méthode du *focus group* par le Professeur Remy Senand. Les données recueillies seront exploitées de façon anonyme.

Vous êtes donc attendu(e) :

**Le mardi 13 mars à 21 heures
à la Faculté de Médecine de Nantes
Département de Médecine générale - Salle 203**

L'accès se fera par l'entrée située entre l'Hôtel Dieu et la Faculté de Médecine (voir Plan).

Restant sur votre accord téléphonique pour ce rendez-vous, je compte sur votre présence et vous remercie par avance pour cette précieuse collaboration.

En cas d'impossibilité de votre part, je vous serais reconnaissante de bien vouloir m'en informer au plus vite. Un minimum de 8 médecins étant nécessaire, je serais dans l'obligation d'annuler la rencontre si ce chiffre n'était plus atteint.

Cordialement,

Christine MARION
Interne de Médecine Générale
Attachée de Recherche Clinique

Annexe 4 : Guide d'entretien pour le *focus group*

a. La question d'entrée

Que représentent pour vous les infections oro-pharyngées et quelle est votre prise en charge type ?

⇒ Réponses attendues

Epidémiologie

Recrutement et éducation du patient

Pourquoi avez-vous beaucoup ou peu de pathologies infectieuses de la sphère ORL ?

Qualité du vécu du médecin face à ces infections

Rapport aux patients

Comment avez-vous fait ou comment pourriez-vous faire (si vous le souhaitez) pour réduire la prévalence de ce motif de consultation ?

Prise en charge et moyens utilisés

TDR

Disposez-vous des kits TDR ? Pourquoi oui ? Pourquoi non ?

Dans quelles circonstances utilisez-vous le TDR ?

Score clinique

En pratique, calculez-vous le score de Mac Isaac ?

Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

L'expérience personnelle

Que faites-vous lorsqu'il y a une discordance entre votre diagnostic clinique et le résultat du TDR ?

b. La question de confrontation entre pratique et théorie

Pour vous, quelle est la place des recommandations pour ce type d'affection ?

⇒ Réponses attendues

Absence de connaissance des recommandations

Recommandations non en adéquation avec la pratique

Recommandations ayant modifié la pratique

Rappel des conventions de Michael Billig

= indique à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps

(.) indique une pause courte. Mais si la pause est suffisante pour être mesurée en secondes, alors on l'indique dans la parenthèse

... signale une omission ou quelque chose d'inaudible

{ } pour toutes formes de précisions, souvent relatives au ton ou aux gestes

Enfin, on souligne les mots pour marquer une insistance, et on met en lettres majuscules les moments où les voix se font particulièrement fortes.

Verbatim

M : On est réunis ce soir, donc mardi 13 mars, pour le travail de thèse de Christine Marion, donc sur la prise en charge des pathologies oropharyngées, et donc je vais vous proposer, donc, ma première question qui est excessivement vaste, heu, qui est la suivante ; donc que représentent les infections oropharyngées pour vous et quelle est votre prise en charge, heu, type ; donc qu'est ce que ça représente pour vous et quelle est votre prise en charge type et puis nous allons donc donner la parole à 1.

1 : Ah {se râcle la gorge} heu =

= M : t'as le droit de passer ton tour, si tu veux.

1 : {souffle} C'est un vaste débat {souffle} donc je pense surtout à la pédiatrie ; je pense à la difficulté de (.) de diagnostiquer, heu, l'origine bactérienne ou virale et puis les surprises que nous réservent les (.) les tests donc, heu, en ce sens que l'utilisation des tests nous réserve beaucoup de surprises ; ce qui nous semble parfois douteux ou plutôt évocateur de (.) de virose par les arguments cliniques, parfois nous (.) nous donne, on a un résultat positif sur les tests de (.) diagnostic rapide de l'angine ; donc, heu, inversement (.) inversement la négativité des tests n'étant (.) n'étant pas valide, on reste toujours dans le doute ; et que (.) juste un dernier mot, qu'est un petit peu moins important, c'est que les études nous ont vraiment pas préparés, à mon avis, à cette prise en charge et, heu, c'est l'expérience, heu, et puis faut rester humble et toujours dans le doute dans, dans la prise en charge.

M : D'accord, 2.

2 : Moi je commencerai par dire que (.) c'est probablement la cause principale qui fait venir dans un cabinet les gens, quel que soit l'âge mais c'est vrai que, on aura souvent des petits enfants qui ont le nez qui coule, ou qui ont mal à la gorge ou qui ont une petite rhino ou un petit rhume, je crois que c'est quand même la première chose que l'on rencontre dès qu'on fait de la médecine de ville. La deuxième chose, heu, oui, la difficulté diagnostique, oui peut-être, PAS, c'est pas, c'est pas quelque chose qui me traumatise ça, mais ce que je crois quand même c'est que heu ce qui est difficile c'est de renvoyer une maman qui a son bébé qui a 39 de fièvre en lui disant c'est un petit virus et puis on fait pas grand chose et il est pratiquement certain que dans les quarante-huit heures t'auras un coup de téléphone pour heu dire « dites dont heu, c'est bien gentil mais j'ai toujours mon même qui a quarante de fièvre et on dort pas depuis deux jours et demain on se lève pour aller à l'usine » ; ceci dit, heu, l'enfant en crèche par exemple, pose problème. Chez l'adulte, la rhinopharynx (.) le rhume ou les infections oropharyngées, c'est vraiment peut-être plus facile dans le sens où quand on a commencé à leur dire qu'il fallait qu'ils se mouchent puis qu'ils attendent que ça passe, et puis si ça passe pas, on finirait par voir que les gens qu'ont des complications, mais, mais ça c'est, c'est quand on a bien éduqué les gens et ça il faut un petit peu rêver là.

M : D'accord, 3.

3 : Alors effectivement une pathologie, heu, hyper fréquente, heu, moi je suis également un petit peu pareil je, j'ai pas trop de (.) d'appréhension à (.) à toucher à cette partie là, notamment en pédiatrie, heu, à une condition c'est que ... ça nous demande beaucoup de temps parce que effectivement faut être très près je pense pour, heu,

rien loucher après une consultation, heu très près des gens, savoir effectivement leur demander de nous rappeler, de les revoir, de reprendre conseil etc. ; pour essayer effectivement, sans avoir peur mais effectivement être tout à fait inquiet quand même de ne pas avoir loupé quelque chose ; en sachant qu'effectivement c'est peut-être la pathologie la plus facile et la plus, heu, sur laquelle on peut se tromper le plus facilement, heu, effectivement je le pense, quand dans l'évolution effectivement de (.) de celle-ci ; je reviens pas sur le test diagnostique parce que, enfin moi à titre personnel, j'ai décidé, depuis un certain temps, de ne pas l'utiliser, je suis très sceptique et tellement devenu sceptique que je ne l'utilise plus et bon, je ne pense que je fasse bien, je ne pense pas que je fasse mal non plus, mais je crois que vous trouvez d'autres moyens explicitement plus fiables, heu, donc ; faut être ... je pense être très disponible dans cette pathologie ORL par rapport aux parents, aux enfants ; faut pas hésiter à les revoir effectivement, c'est un peu (.) ; et puis bon on constate, je dirais, du côté des parents que globalement et bizarrement, heu, la chose qu'est la plus traumatisante pour eux c'est qu'on leur ait pas annoncé de diagnostic et qu'on leur dise que leur enfant (.) n'a pour le moment pas grand chose dans une première consultation et ça c'est effectivement toujours pour eux très traumatisant ; ils préfèrent effectivement un mot, un diagnostic, alors (.) est-ce qu'il faut les tromper, est-ce qu'il faut leur dire la vérité, moi je pense qu'il faut leur dire qu'on ne sait pas pour le moment et qu'on observe ; bon après, heu, on peut être beaucoup plus dirigeant et être sur un piédestal en disant moi je sais et ça se passera comme ça et comme ça et comme ça, ça c'est un petit peu compliqué ; donc voilà un petit peu le (.) ; mais je pense que la confiance, heu, mutuelle, acquise au bout de quelques années permet, je pense, de (.) d'établir une relation assez saine, ce qui fait que ça permet de ne pas loucher trop de choses en matière de (.) d'ORL.

M : D'accord, 4.

4 : Et bien moi je fais beaucoup de pédiatrie et je trouve que c'est une pathologie très courante et très bénigne et, heu, moi je trouve que ce qui est important c'est la prévention au départ, c'est les premières fois bien expliquer aux gens toutes les mesures symptomatiques à prendre et les mesures préventives ; et, heu, moyennant quoi les gens font déjà ça au départ, ce qui fait que on les voit moins souvent, ils arrivent à se débrouiller eux-mêmes et finalement on les voit quand y'a des complications, pas toujours, mais c'est l'impression que j'ai ; moi je pense aussi que, il faut aussi être assez disponible c'est à dire si les gens se, arrivent à se débrouiller bien eux-mêmes, il faut leur dire que bien sûr si ça persiste etc. on va les revoir et on interviendra à ce niveau-là. Alors les tests diagnostiques, moi je les fais très peu, je les fais quand je veux (.) quand les gens me poussent à mettre des antibiotiques et je ne veux absolument pas les mettre, dans le diagnostic de l'angine ; et je trouve que c'est, en fait je trouve que les gens consultent trop pour ces pathologies-là qui sont, qu'on passe beaucoup, qu'on perd beaucoup de temps là-dedans. Voilà.

M : D'accord, merci 4, 5.

5 : Par rapport à la pédiatrie, moi je suis un peu comme 4, c'est-à-dire ça me paraît vraiment (.) vraiment bénin et en général mes patients, j'ai pas l'impression qu'ils consultent uniquement pour l'oropharyngé. Pour les adultes, alors j'suis pas comme mes confrères, le test d'angine, je le pratique très (.) très fréquemment ; et il m'est arrivé assez souvent de me dire « Ah, celle-ci ça doit être une Strepto A » et en fait le test le révélait négatif et, heu, et en fait ça se passe bien et donc je mets pas d'antibiotiques et puis je revois pas les gens donc, heu, ça me paraît un test fiable et moi ça m'a permis de (.) alors qu'au départ j'étais un peu réticente, mais c'est vrai qu'en cinq minutes je trouve que ça appuie bien notre clinique quand même et ça moi je (.) c'est, j'en fais assez, heu, assez fréquemment, chez les adultes, hein essentiellement. Moi, ma crainte oropharyngée, c'est surtout chez le tabagique et (.) voilà, je pense souvent au phlegmon, et voilà, par rapport à la pathologie oropharyngée c'est surtout à ça que je, sinon ça me paraît heu, ouais chez l'enfant, heu, plutôt bénin et heu, voilà.

M : D'accord, merci 5, 6 ?

6 : Et ben moi j'ai vieilli avec ma clientèle, donc c'est vrai que c'est pas un sujet qui me préoccupe {sourit} beaucoup et énormément, heu, j'ai (.) à la réflexion, heu, j'avais même accepté une étude un jour sur une angine, sur l'angine par, avec Abbott, à faire des tests et (.) et des choses comme ça (.) et j'étais assez surpris, c'est sûr, de voir beaucoup de négatifs et assez peu de positifs ; et d'ailleurs j'avais trouvé très très peu d'angines d'ailleurs en l'espace de quatre mois, ce qui m'a fait réaliser qu'en fait, on croit qu'on en voit beaucoup mais en fait on en voit assez peu, heu, sauf en période peut-être là (.) inter-saison, tout d'un coup, y'a eu un petit pic ; en fait sur une année entière, ça représente pas quelque chose d'énorme quoi, c'est plus le motif de la fièvre mais, heu, est-ce qu'il est vraiment à répercuter sur les manifestations oropharyngées, ça c'est pas vrai c'est pas forcé quoi, on a juste des fois des fièvres isolées comme ça c'est (.) si bien que c'est vrai que bon, heu (.) ; alors les campagnes de sensibilisation étant passées, c'est vrai que ma consommation d'antibiotiques a tendance à décroître au fur et à mesure et au fil des années ; alors est-ce que c'est par le vieillissement de moi ou est-ce que

c'est par le vieillissement des patients, heu bon, est-ce que c'est par toute la sensibilisation, heu (.) ça c'est (.) c'est certain que c'est une pathologie, heu bon, pour laquelle on est sûrement plus détendu, et que (.) et les patients maintenant en plus qui ont une (.) une culture médiatique en plus ont en gros compris aussi, que bon le message était plus facile à faire passer maintenant de leur expliquer que la prise en charge pouvait se faire uniquement, simplement et par une écoute et puis par la re-consultation, ça ils ont bien compris que, que en revenant, heu, ils se (...); là {rit} le coup des gens qui retéléphont au bout de quarante huit heures, alors ça c'est, ça c'est à tous les coups, ça c'est (.) {rit}. Donc en fait, heu bon, quelque chose d'assez simple; quelque chose sûrement de beaucoup moins fréquent qu'on le croit, parce qu'on s'en fait sûrement une idée, et puis les gens d'eux mêmes, vous disent « ah bah, vous devez en voir beaucoup » alors c'est (.) pas très vrai, j'crois que c'est pas tout à fait vrai; on voit quand même beaucoup plus, nous, de gens heu en renouvellement, suivi de traitement, en nouvelles pathologies, en lombalgies, en choses comme ça, voilà.

M : D'accord, merci 6, 7 ?

7 : Heu, bon la pathologie oropharyngée, moi qui ai une clientèle énormément pédiatrique, j'en vois énormément, heu, je pense moi que les gens m'emmènent pour des dysphagies, heu, mais ils emmènent leurs enfants surtout pour qu'on vérifie les tympons, souvent, parce que (.) ils ont compris que l'angine c'est à 90 % viral, ils viennent pas chercher leur antibiotique ils sont bien éduqués, enfin moi je trouve aujourd'hui que, ils sont de plus en plus éduqués, mais ce qui leur fait peur et ce qu'ils ne peuvent pas voir, ce sont les tympons, donc c'est souvent l'occasion de faire vérifier les oreilles; autrement comme mes confrères, bon, moi le test, heu, je l'utilise pas, je (.) j'essaie d'observer le plus possible et d'être très très clinique, heu, je dis systématiquement si vous avez un souci vous n'hésitez pas à me rappeler, deux trois jours après, à ce moment-là on revoit ou on revoit pas l'enfant, on peut faire, heu, une consultation par téléphone et on (.) on temporise un petit peu, voilà.

M : Merci 7, 8 ?

8 : Oui, alors c'est vrai que c'est une maladie fréquente; chez les (.) chez les enfants, le diagnostic est souvent porté devant une fièvre (.) une fièvre qui est parfois vérifiée par les parents, parfois non vérifiée; et c'est vrai que les motifs de consultation chez les bébés, du moins chez les moins de deux ans, heu, les moins de deux ans ont des parents (qui) consultent quand même beaucoup je trouve; et que souvent un autre diagnostic se termine par une infection oropharyngée, avec parfois des (.) quelques difficultés techniques pour certaines tympons chez les enfants, et au niveau ORL {rectifie} au niveau pharyngé pur, c'est plus facile; je trouve quand même que les parents consultent (.) un tout petit peu rapidement parfois, malgré l'éducation qu'on peut leur apporter, heu (.); j'avais fait une petite enquête sur mon ordinateur et j'avais vu que c'était, je me rappelle plus des chiffres, mais 20 % des jeunes parents assuraient 70 % de ma consultation, heu, pédiatrique; pour les plus grands, le test, je le fais lorsque j'ai des tests, c'est-à-dire que je suis par périodes, j'en fais deux ou trois par jour pendant, heu, quelques semaines et après je suis en manque de matériel, et je n'ai toujours pas réussi à trouver le moyen de me fournir régulièrement; et puis, heu, l'attitude des parents a quand même changé au point de vue du traitement, ils sont quand même grâce aux campagnes télévisuelles moins demandeurs de (.) moins demandeurs de traitement antibiotique, les patients qu'on connaît bien l'acceptent d'autant mieux qu'ils peuvent nous rappeler dans les jours qui suivent la consultation en cas d'évolution; je leur demande toujours de prendre quand même la température dans les matinales pendant les quarante huit heures qui suivent, et puis de me parler un peu de la nuit des enfants; et puis chez les plus grands le diagnostic est plus facile, souvent, heu, moins fréquent, et (.) excepté quelques cas où on diagnostique quelque chose d'un peu plus grave, les infections sont quand même facilement diagnostiquées et facilement traitées.

M : Merci 8, 9 ?

9 : Donc, moi dans ce type de pathologie, je (.) ma conduite à tenir elle se base sur ce que j'ai observé cliniquement, et après en fonction de l'âge, du terrain et des facteurs de risque; dans toutes les pathologies virales je suis beaucoup effectivement dans le conseil et la prise en charge de la douleur quand même parce que les vraies pharyngites ça fait mal, donc heu même en disant que c'est viral j'entends la plainte, heu (.); le test de dépistage je l'utilise quand j'ai un doute ou pour appuyer aussi le fait que je ne prescrive pas l'antibiotique, quand on explique aux patients à quoi sert le test c'est vrai qu'ils acceptent plus facilement le fait qu'on ne prescrive pas l'antibiotique, voilà.

M : Merci, 9. Est-ce que certains d'entre vous veulent rajouter quelque chose sur ce premier tour de table ?

1 : Oui.

M : Alors, 1.

1 : Oui, parce que y'a, j'ai entendu plusieurs personnes dire à propos du test, le test il n'a de valeur que s'il est positif, point. Donc y'a plein de choses, que des personnes qui ont dit « je fais le test quand j'ai un doute, ou pour ne pas prescrire d'antibiotiques » ça c'est une erreur manifeste et ce que disent, et ça j'ai assez d'amis biologistes pour en parler, le (.) il est clair qu'on peut très bien avoir une angine bactérienne avec un test négatif, alors ça c'est, et ça c'est arrivé x fois, les laboratoires sont là pour le trouver ; et puis ne diagnostique que le Streptocoque (.) jusqu'à preuve du contraire. Alors ça c'est quand même hyper important, et puis (.) et puis moi aussi, pour revenir, je l'utilise aussi quand je suis dans le doute, mais le doute parfois il se transforme en Streptocoque et pourtant y'a un nez qui coule, y'a une belle pharyngite, et je le fais plus effectivement pour prouver que y'a rien et puis je tombe sur quelque chose ; et donc, faut quand même, encore une fois, rester très humble là-dessus même si dans la plupart des cas effectivement, heu la cause virale est présente ; donc c'était (.) c'est vraiment quelque chose pour moi qui est important par rapport à ces tests, moi je l'utilise volontiers, pas systématiquement bien sûr hein, je le fais pas une fois sur deux, peut-être une fois sur quatre, mais c'est quand même un bon outil, c'est quand même un bon outil, quand même, heu, il faut pas le rejeter, et même je suis désolé qu'il existe pas un test qui diagnostique le pneumocoque, l'haemophilus, le branhamella, et qu'on ait vraiment la palette de tous les germes oropharyngés connus, et qui, ça nous aiderait, ça nous ferait dépenser moins d'argent, prescrire moins d'antibiotiques, heu, moins de consultations de retour, et je pense que ce serait vraiment plus clair, j'en suis convaincu, c'est beaucoup moins cher de faire un test même s'il coûte deux-trois euros, que de refaire venir la personne en consultation et le problème il est clair dès le départ, même si ça n'exclut pas des complications d'une banale rhinopharyngite par derrière.

M : D'accord, 9, tu voulais intervenir.

9 : Moi, je voulais rajouter que l'intérêt du test c'était justement en cas de doute, puisque les critères de l'angine bactérienne sont précis, et que c'est en cas de symptômes ou de doutes où on peut {1 acquiesce} faire le test, et il peut justement {1 acquiesce} nous orienter sur une origine bactérienne ou non {1 acquiesce}, hein, quand on nous a présenté c'était dans ce sens là, en fonction des critères =

= 1 : Ouais, mais il est pas, le

M : Si si, vas-y, ré... =

= 1 : Oui, mais encore une fois, il n'exclut pas, c'est pas parce qu'il est négatif qu'il exclut une origine bactérienne. Et ça, faut vraiment, faut l'avoir toujours en tête, je crois qu'on a tous dû avoir des surprises dans ce sens, ça c'est (.) ; il faut pas toujours être affirmatif, moi après cette expérience, que j'ai déjà longue des tests, puisqu'on est toujours (.) moi je suis au cabinet, heu, je ne dis jamais au patient « C'est négatif, donc y'a pas de bactérie », jamais, parce que j'ai eu quelques belles surprises donc je me permettrai jamais de le dire, parce qu'après quand le père, quand le gamin revient, avec 40 de fièvre, des amygdales comme ça {écarter ses bras} et des adénopathies, j'ai du mal à me positionner après, donc je (.) je prends une certaine distance vis-à-vis de ce discours.

M : D'accord. Est-ce que d'autres ont envie de compléter le (.) ce premier tour de table, 4 .

4 : En ce qui concerne le test, moi j'ai envie de dire que c'est une aide au diagnostic mais que ce qui compte c'est la clinique, et que de toutes façons après, heu, on fait (.) c'est une aide personnelle {1 acquiesce} alors on l'adapte après à ce que l'on pense en {1 acquiesce} fonction de la clinique ou de la conduite qu'on a envie d'avoir.

M : D'accord, très bien. Autre intervention - je vous reprecise, si vous voulez intervenir, vous levez la main, sans problème. Ok ? Pas d'autre intervention pour le moment. Alors on va débattre un petit peu sur ce (.) sur ce que j'ai pu noter. Il y a dans ce premier tour de table plusieurs éléments qui arrivent. D'abord il y a une interrogation sur la fiabilité des tests, manifestement, c'est une interrogation qui se pose, donc on verra ce qu'il peut en être. Il y a des (.) il y a des éléments qui font apparaître, d'après vous, heu, la prévention et l'éducation des patients, que ce soit par vous-même, ou par le truchement de médias (.) organisés. Heu, il y a la clinique donc, ça a été (.) ça a été discuté et donc on va revenir un petit peu finalement sur les (.) sur ces éléments cliniques. Heu, vous avez mis aussi en avant le problème de la disponibilité du médecin pour le suivi des patients qui ont cette chose-là. En termes d'épidémiologie, j'ai retenu que c'était une pathologie fréquente, mais dont la fréquence dépendait également du type de patientèle qu'on pouvait avoir, ce qui évidemment, bon y'a des jeunes, vous pouvez en avoir plus que ceux qui comme nous, heu, éventuellement commencent à avoir des patients qui nous dépassent.

Et puis également j'ai noté que le test était un élément de réponse à la pression des parents, j'ai noté ça. Est-ce que ça vous convient un petit peu, est-ce que ça résume un peu ce que vous avez dit ? Oui, non, des commentaires ? Alors, ce qu'on peut faire déjà c'est, heu, finalement la fiabilité du test puisque vous vous êtes posés la question, de cette fiabilité, de l'intérêt, de retrouver, cette, heu, j'allais dire un germe ou pas, qu'est-ce que vous pensez finalement de la fiabilité, le test il est fait pour quoi finalement dans votre esprit ? Heu, on va commencer par 9 peut-être ?

9 : Donc, moi je le réalise en cas de doute clinique, si j'ai pas tous les arguments pour évoquer une angine bactérienne ; si le test est négatif, je pense qu'effectivement je préviens les gens qu'on peut réévaluer, qu'à priori c'est une origine virale mais que, heu, on peut réévaluer dans les quarante huit heures, si la gêne et les symptômes persistent, notamment la température, la dysphagie, l'importance de la dysphagie.

M : D'accord, 8 ?

8 : Heu, je suis tout à fait d'accord, je le fais dans des cas plutôt non probants cliniquement et j'adapte mon, si je (.) quand je le fais, j'adapte mon traitement en fonction du résultat. Négatif, je traite pas par antibiotiques ; positif, même si je l'aurais peut-être pas fait cliniquement, je traite par antibiotiques.

M : D'accord, 7 ?

7 : Moi je fais pas le test, je reste clinique =

= M : D'accord =

= 7 : j'ai décidé de pas le faire

M : D'accord très bien, 6 ?

6 : Moi non plus, j'en ai fait un peu ... j'ai pas trouvé que c'était particulièrement transcendant et puis bon, je partage le sentiment de 1, dans le sens que bon, heu, ça dépiste le Streptocoque mais bon, quand le nez est vert, les yeux verts et tout le reste est vert, c'est manifestement pas du Streptocoque et, y'a autre chose à faire {rit}.

M : D'accord. 5, par rapport à cette fiabilité du test.

5 : Moi je le fais assez systématiquement devant toute angine, hein {sourit}, et ça me paraît fiable, hein, et heu, je me souviens d'un cas où effectivement là, voilà, ça pouvait être mis en doute mais, non, faut (.) pour moi c'est fiable et je m'y fie.

M : D'accord très bien, 4 ?

4 : Moi, c'est ce que j'ai dit tout à l'heure, je trouve que c'est une aide, c'est une aide mais que le diagnostic, enfin que c'est la clinique qui prime, là-dedans. Alors, y'a une autre (.) je le fais quelquefois dans d'autres cas, quand ce sont (.) quand vraiment ce sont des affections qui me paraissent tout à fait virales, de façon à appuyer mon diagnostic vis-à-vis des gens en disant « Bon, bah le test est négatif » ; mais je précise toujours que effectivement il est négatif et que là on mettra pas d'antibiotiques bien sûr, mais qu'on réévalue dans quarante huit heures et que la conduite à tenir peut tout à fait changer.

M : D'accord, 3, par rapport à la fiabilité du test, quels, [tu avais des idées ?

3 : [Je reprendrai, donc pareil, l'argument de 1, je ne (.) sur ces lectures-là de départ, je n'ai (.) j'avais décidé de ne pas pratiquer le test donc je reste, absolument 100 % clinique et sans pratiquement essais de test.

M : D'accord, 2 ?

2 : Moi non plus je n'utilise pas le test. Je voulais ajouter un petit truc, quand on a une optique virale, si j'ose dire, et qu'on n'a pas envie de faire grand chose, heu, on entend souvent parler d'automédication actuellement et moi, je suis tout à fait partisan de l'automédication, mais à une condition évidemment, c'est qu'on soit derrière, c'est à dire que le toubib soit joignable ; et moi par exemple sur mon ordonnance j'ai mon adresse e-mail, et je suis tout à fait étonné par le nombre de gens, en particulier de jeunes mamans, qui peuvent m'envoyer des petits messages, « Qu'est-ce qui faut faire pour ceci, pour cela » et je crois que (.) ça nous permet tranquillement

d'attendre deux-trois jours, et d'avoir cette correspondance ; en plus l'e-mail ça a un avantage, c'est qu'en fait on peut lui répondre au moment où on a un petit peu le temps et, c'est mieux qu'un coup de téléphone en plein milieu d'une autre consultation. Donc en fait, des tests, heu (.) oui, moi je suis pas trop tests mais c'est peut-être lié à mon âge.

M : 1, est-ce que tu veux compléter, par rapport à ce que tu as dit tout à l'heure ?

1 : Oui, donc heu, je reviens quand même sur ce que j'ai dit un petit peu ; effectivement de principe, heu, je fais un examen clinique, le test, heu, je le fais dans le doute, et encore une fois j'ai des surprises en positif ; et ça m'arrive aussi de le faire dans des situations où manifestement l'angine est bactérienne, bon et (.) mais lorsque je suis devant des parents qui sont contre les antibiotiques, parce qu'il y a aussi ce problème-là, et je suis bien content d'avoir un test positif dans cette situation-là, en disant « Bah regardez, il faut traiter » ; donc ce test pour moi est un argument de traitement chez des patients qu'on a une (.) une vision particulière vis-à-vis des traitements médicamenteux, c'est ça, et heu (.) ; mais sinon, bon, c'est vrai que (.) heu, je le fais pas systématiquement mais, heu, il doit y avoir tout le discours, je rejoins ce que disent les autres, ou ça peut se compliquer ; bon y'a bien évidemment les tympanes parce que, et c'est très important, parce que qui dit infection et rhinopharyngite bon, on va contrôler les tympanes ; et il peut y avoir des otites séreuses et « Docteur, c'est grave, faut soigner ? », une otite séreuse, non mais ça peut, ça peut se compliquer, il y a tout le discours qui va derrière, de prévention et d'explications au patient pour les responsabiliser et, heu, c'est extrêmement important.

M : D'accord, merci. Petite vérification technique, d'accord. Alors, on parle depuis vingt-six minutes, on va clore le débat autour d'une heure, c'est ce qui se fait habituellement, une heure, une heure dix de discussion, donc, on va continuer ; vous avez dans votre argumentaire la notion de clinique, donc vous parlez de clinique, mais vous avez dit également que le diagnostic n'était pas si (.) toujours si simple que ça, donc ce que je voudrais savoir, c'est quels sont finalement les arguments cliniques que vous utilisez, quels sont les arguments cliniques qui vous permettent de prescrire, un antibiotique ou non un antibiotique ; ou plus exactement pour ceux qui font le test, sur quels arguments cliniques vous faites un test ou bien vous n'en faites pas par exemple. 1, on repart de ton côté.

1 : Alors il y a deux parties, l'argument clinique pour les angines franches, bon c'est sûr c'est une amygdalite, déjà isolée, lorsqu'elle a des dépôts pultacés c'est déjà plus sympa, la fièvre généralement est très élevée, ce sont ces arguments, y'a une dysphagie qu'est très intense, y'a une altération de l'état général qu'est franche, pour moi c'est un argument d'une origine bactérienne ; heu, peut-être on va pouvoir (.) {7 montre son ventre} ; oui bon là oui effectivement les douleurs abdominales, je vois, mais c'est pas {7 mime le vomissement et M rit} ; et le vomissement (.) les vomissements mais ça ce serait plutôt le motif de consultation qu'un argument clinique de dépistage, je veux dire lors de l'examen. Heu, maintenant, c'est pas cela qui va m'impliquer à faire le test, parce que pour moi là, je me pose pas trop de questions ; heu, bah ce qui va me trouver de faire le test, c'est quand (.) je suis un petit peu entre deux, heu (.) ; l'infection rhinopharyngée, bon, ben par définition y'a plusieurs signes, la fièvre souvent est moins élevée, y'a le nez qui coule, heu, souvent y'a le nez qui coule, quand on a plusieurs, d'autres signes associés on va moins s'orienter vers, heu une origine, je parle de l'angine, vers une angine bactérienne. Maintenant, je reviens aussi (.) je me rapproche de 6, qui disait tout à l'heure : quand l'enfant a le nez qui coule jaune, et qu'il est morveux, et qu'il y a des traînées muco-purulentes dans le fond de la gorge, on se pose pas trop de questions non plus. Heu...

M : Donc, voilà, pour les signes cliniques, globalement, c'est, ce sont des critères cliniques.

1 : Oui.

M : D'accord. 2, même question, est-ce que tu veux, quels sont les critères cliniques qui font que tu vas prescrire d'emblée une antibiothérapie, ou bien que tu vas ou non utiliser le test, si tant est que tu l'utilises ? C'est quoi la clinique, pour toi d'une infection oropharyngée, qui va te faire prescrire, ou non, l'antibiotique ?

2 : Ben, je pense que je vais commencer aussi à m'intéresser au passé de l'enfant, la façon dont il vit, s'il est en crèche, s'il a déjà fait trois angines dans l'hiver et que, heu, il revient avec mal à la gorge et puis deux amygdales qui se touchent ; heu, c'est vrai aussi, que tout à l'heure j'entendais dire « Beaucoup de gens sont contre les médicaments », moi je dis souvent « Je préfère que vous ayez peur des maladies plutôt que des traitements », c'est vrai que c'est pas un argument qui l'emporte sur beaucoup, mais, bon. L'argument clinique numéro un, c'est quand même un petit peu, heu, au départ heu (.) t'as une maman qui vient, elle a un bébé ou un enfant, ou même un adulte d'ailleurs qui a mal à la gorge, qui a deux amygdales qui sont énormes, et heu dans ces cas-là, et puis qui va te dire aussi que le lendemain elle a quelque chose à faire ; si la personne a huit jours tranquille de

repos devant elle, on va lui mettre tranquillement un petit peu d'Effergal puis on va lui dire qu'elle téléphone dans quarante huit heures, quel que soit l'argument ; par contre si t'as quelqu'un qui doit être demain au bureau à Berlin, heu, y'a pas de problème mais il faudra quand même un tout petit peu être efficace quoi, donc là je crois que je serais un petit peu plus interventionniste sur quelqu'un qui a quelque chose à faire ou un enfant en crèche par exemple ; enfant en crèche, si il a la grand-mère pour le garder pendant huit jours on est tranquille, mais si le lendemain il doit y retourner, avec 38,5 il rentre pas, alors est-ce que les antibiotiques vont raccourcir l'évolution, 9 fois sur 10 quand même oui, même si ça se discute {l'air dubitatif}, même si ça se discute, je suis tout à fait d'accord que ça se discute ; alors les grosses amygdales toutes blanches, avec 40 de fièvre très brutale, ça peut être une bonne mononucléose hein aussi, hein...

M : D'accord, merci 2. 3 ?

3 : Ben écoutez, pour ajouter, heu, uniquement aux arguments cliniques, puisque effectivement je ne pratique pas le test, effectivement la clinique c'est important, c'est examiner, bon, les facteurs de risque qui peuvent paraître effectivement, heu hyper importants de première intention effectivement, l'état des tympans, heu, l'état des bronches, parce que bizarrement, heu, on va découvrir sous une simple rhinopharyngite, une bronchite aiguë d'emblée ou un foyer, j'ai eu l'occasion cet hiver finalement de découvrir pas mal de pneumopathies, heu, prouvées à la radio pulmonaire ; donc on a parfois quand même quelques surprises, donc l'examen complémentaire entier, est tout à fait intéressant ; heu pour revenir à l'historique je pense que c'est aussi important, on a tous plus ou moins des outils ordinateurs, effectivement de voir qu'on en est rendu, je sais pas, à la 5^{ème}, 6^{ème} rhinopharyngite j'dirais, sur les quatre mois qui viennent de passer, heu (.) ; la notion de précarité aussi qu'elle soit celle de la crèche ou qu'elle soit celle du milieu familial, effectivement ça intervient comme point important ; puis autre paramètre qui vient d'être dit effectivement, je vais peut-être oser vous dire que je ne prescris peut-être pas de la même façon le vendredi soir ou le samedi que je ne le fais le lundi, heu par pur souci de sécurité, et peut-être pour moi, et peut-être pour l'enfant mais j'ose vous le dire, voilà.

M : Eh bien, c'est bien d'oser le dire parce que c'est à priori, c'est ce que font pas mal de gens, donc heu on est là pour savoir [ce

3 : [et ce peut-être sans contexte (.) contexte, je dirais, de véritable véracité ou médicale ou scientifique.

M : On aura l'occasion de revenir là dessus ; 4 ?

4 : Et bien moi je suis tout à fait en accord avec mes confrères, pour la clinique, c'est exactement la même chose ; moi aussi je prescris pas de la même façon le lundi et le vendredi soir quand y'a le week-end ou des jours fériés qui interviennent c'est évident ; alors moi je tiens compte de tous ces éléments cliniques et puis l'état général de l'enfant, c'est (.) l'aspect qu'il a, heu, tout ça, je trouve ça très important et souvent je me fais bien expliquer par les parents, heu, depuis quand, heu, il est pas bien, comment ça a évolué, et puis j'observe parce que, bon, comme on voit bien quand les enfants sont en état très cogné ou pas, voilà c'est ce que je rajouterai, c'est tout.

M : D'accord. 5, des éléments cliniques pour toi, qui =

= 5 : Supplémentaires, non. Par rapport à ce qui a été dit, non. Simplement je termine mon examen par le test, pour appuyer, mais (.)

M : Voilà, [est-ce que c'est

5 : [alors, par contre, j'entends rhinopharyngites et on parle d'oropharyngée, enfin, d'affections oropharyngées, donc c'est sûr une pharyngite moi je fais pas de test, hein, là la clinique, ça me suffit, quoi, hein, puis la plupart du temps c'est viral, voilà. Par contre, c'est vrai que quand il y a une amygdalite et qu'il y a de la fièvre, et là je, j'appuie ma clinique, s'il y a une altération de l'état général, mais même sans altération de l'état général ; fièvre et amygdalite, je (.) voilà je fais mon test, et on retrouve des adénopathies, c'est très souvent, et, voilà.

M : D'accord. 6 ?

6 : Oui, c'est vrai que, on parle plutôt d'oropharyngée, alors bon c'est vrai qu'il faut délimiter à ce moment-là le champ d'investigation. ... c'est vrai qu'on a peut-être pas assez de rationalisation dans nos (.) et que ... sans doute on connaît beaucoup quand même nos patients ... ; parce qu'on a tous des patients qui se plaignent tout le temps et qui, bon c'est vrai qu'on a tendance à temporiser, et puis d'autres effectivement qui sont des gars qui viennent

qu'au bout de huit jours et quand ils viennent souvent c'est quand même qu'ils ont très très mal, et que là on s'intéresse quand même sévèrement à leur cas avant qu'ils partent le lendemain en ballade ou je ne sais où en avion, à Tataouine les Oies. Et heu la clinique, bon ben c'est l'examen clinique habituel qu'on fait pour tout le monde, mais c'est vrai qu'on est sûrement attiré plus par le tableau, c'est vrai que plus c'est bruyant, plus c'est (.) plus y'a de fièvre, plus y'a de douleurs, plus y'a de plaintes, et puis ou plus le gamin est quand même pas très très bien, là quand même on a sans doute plus, plus tendance à sortir l'artillerie lourde ou en tout cas, heu à se couvrir maintenant (.) on a suffisamment entendu parler des méningites, des machins, des trucs, et on a tous un peu la trouille quand même de ça. Et puis bon, heu, c'est vrai que le week-end on fait tous pareil, j'ai l'avantage de travailler le samedi matin donc, bon, laisser dans la nature les gens, comme ça on sait pas trop trop ou même si on les connaît bien on a des relations nous très particulières avec nos patients, c'est vrai, mais la clinique, bon, elle est sûrement pas, c'est pas celle qu'on a apprise dans les livres, ça c'est clair.

M : D'accord.

7 : Oui, ben, j'ai rien de plus à rajouter que la clinique, pour moi. Heu, j'ai peut-être une petite chance c'est que, j'ai éduqué mes patients à leur dire « Attendez 2-3 jours avant de nous consulter, sauf si la fièvre est très très haute », et c'est vrai qu'ils ont tendance à me les amener 2-3 jours après, ils se débrouillent un petit peu par eux-mêmes mais ça marche pas mal, et là on a vraiment des vrais tableaux cliniques, assez parlants, quand j'ai besoin de mettre un antibio.

M : Merci, 7. 8, même question, donc les éléments cliniques pour prescrire ou ne pas prescrire des antibiotiques ?

8 : (.) {souple} Non, je suis d'accord avec tout ce qui a été dit, [heu

M : [D'accord, rien de plus [à ajouter

8 : [non, rien de particulier.

M : Ok. 9 ?

9 : Donc c'est la même chose, dysphagie fébrile isolée avec une amygdalite à l'examen et des adénopathies heu, plusieurs adénopathies sensibles, et par contre heu l'âge, plus de 2 ans, un enfant de plus de 2 ans.

M : D'accord. Par rapport à la clinique, heu, bon est-ce que vous utilisez le score de Mac Isaac ?

{7 dit non avec la tête, 6 lève la main}

6 : Moi je l'ai fait dans le cadre d'une étude, là, c'est vrai que c'est intéressant, bon, heu, mais heu, c'est un peu tricher, parce qu'en fait {rit} le score de Mac Isaac, en fait on le fait, ça c'est comme la prose et la (.) bon. Quand le gars vient et qu'il a mal, etc. : boum {rit}.

M : D'accord, alors 5 d'abord, et 9 ensuite.

5 : Je ne sais pas ce que c'est, que (.) le score de Mac Isaac.

M : Ah, d'accord. Alors, le score de Mac Isaac, normalement il a dû être, pour ceux qui ont fait la formation au TDR, hein, il (.) c'est un score qui va utiliser les éléments cliniques que sont la fièvre, les amygdalites, les adénopathies, l'existence ou non d'une toux, hein, et en fonction de l'âge on va avoir un score, et effectivement selon ce score, heu et bien, la probabilité d'une infection à Streptocoque est très élevée, donc on ne fait pas le test, c'est pas utile de faire le test, puisque la probabilité de (.), est très très forte, par contre quand le score est très bas, la probabilité que y'ait un Streptocoque est très faible, donc y'a pas d'antibiotiques à mettre, et on va utiliser le test pour les éléments douteux, j'allais dire, donc c'est théoriquement ce qu'est, l'information qui a été donnée pour (.) l'utilisation du test, donc c'est pour ça que je vous posais la question de savoir, donc heu, finalement qui, heu, connaissait le test (*comprendre score*) en tant que tel ?

{9, 6, 7, 4 le manifestent}

9 : Oui, [je connaissais pas le nom du tout.

M : [Donc 9, 6, 7.

4 : Moi [aussi.

1 : [J'ai eu la formation avec un médecin de caisse, et {sourit} on m'a jamais expliqué ce test {rit}. C'est pour l'anecdote {rit}. Un médecin de caisse qui est venu personnellement donc on était que deux dans le cabinet, et j'ai jamais eu le test {rit}. Heu, [je n'ai jamais eu le score.

M : [Donc, le score de Mac Isaac ne (.) n'avait pas été présenté.

1 : Non {rit}.

M : C'est intéressant.

1 : {rit} C'est l'anecdote, le médecin de caisse était venu dans mon cabinet parce que je voulais pas assister à la, et je lui avais dit « Ben, venez », puis il m'avait pris au mot et il était venu dans le cabinet {rit}.

M : D'accord, merci, 1. Alors, heu, vous avez parlé de différentes choses, heu, alors, pour ceux qui font le test, j'allais dire, heu lorsque vous voyez, j'allais dire, une discordance finalement, entre le test et la clinique, c'est à dire que soit vous avez un test négatif et vous avez quand même cliniquement l'impression qu'il y a quand même (.) une angine à Streptocoque ou inversement, hein, vous avez vraiment l'impression qu'y a rien du tout et surprise le test est positif, c'est un peu ce que 1 disait, quel est votre sentiment et quelle est finalement votre orientation et votre prise en charge ? 9, si ça t'est arrivé ?

9 : Donc si je fais le test, c'est déjà que j'ai un doute, que tous les critères sont pas présents ; donc si le test est positif, ça m'arrange mieux que s'il est négatif ; s'il est négatif, du coup je vais rester un peu sur le doute, je pense que je vais, je vais conseiller au patient de reconsulter dans les 48 heures, je vais pas prescrire d'antibiotiques, mais essayer de le revoir.

M : D'accord. 8 ?

8 : Moi aussi, si le test est positif je traite donc systématiquement ; s'il est négatif, j'ai plutôt tendance à temporiser en parfois donnant une ordonnance en deux temps aux patients qui (.) me téléphonent au bout de 48 heures, et ils achètent éventuellement un antibiotique 2 jours après.

M : D'accord, alors pas de test {en s'adressant à 7}, 6 non plus. 5 ?

5 : Donc moi je fais le test, je fais comme 9, c'est-à-dire que effectivement je (.) s'il y a un doute clinique je fais le test mais assez systématiquement quand même ; et heu, s'il est négatif, je ne traite pas, en donnant, voilà, des conseils au patient pour qu'il puisse reconsulter ; s'il est positif, je traite systématiquement.

M : D'accord.

4 : Et bien, moi, ça dépend des fois, je fais quelques fois le test ; si le test est négatif, si vraiment moi j'ai l'impression que, qu'il faut un traitement antibiotique, je le mets quand même, si je suis moins convaincue de ça et que le test est négatif mais (.), je demande aux gens de reconsulter, enfin de rappeler dans 48 heures, et pour me dire comment ça va et éventuellement les revoir, et éventuellement mettre un traitement antibiotique.

M : D'accord, merci, 4.

3 : Je ne pratique pas le test.

M : 2 ?

2 : Moi non plus.

M : 1 ?

1 : Alors moi, donc, heu, je (.) donc, si le test est positif : je traite ; s'il est négatif, là encore ça dépend à qui je m'adresse ; parce qu'on a beaucoup parlé de pédiatrie, mais on peut parler aussi de pathologie adulte, et heu, faut

pas oublier d'une part le diagnostic différentiel, et les pathologies associées. Si c'est un fumeur, donc qu'à tout le temps le nez qui coule, parce qu'il a une bronchopathie chronique, etc. on peut toujours se poser la question d'une rhinopharyngite associée à d'autres pathologies, ça peut être un reflux, une odynophagie de reflux, ça peut être, heu, une saleté qui traîne, une pathologie ORL tumorale ou bronchopulmonaire tumorale ; c'est rare, mais ça m'est déjà arrivé et donc chez l'adulte, faut rester très humble là-dessus ; diagnostic différentiel, il peut être là ; on a des odynophagies de reflux chez un adulte qui a une fièvre pour une banale rhinopharyngite, on peut avoir d'autres pathologies associées, et, faut rester, heu (.) ; et puis y'a des cas, tout simplement si y'a pas d'autre pathologie, c'est quand même rarissime, on peut avoir un patient ultra tabagique qui fait une angine à haemophilus et le test il sera négatif, je crois que le critère d'impression clinique doit l'emporter sur, dans ce cas précis, sur le test, parce qu'encore une fois, il n'a de valeur que s'il est positif.

M : Merci, 1. Alors, je voudrais reprendre un certain nombre d'éléments ou tout au moins, quelque chose qui a été cité plusieurs fois ; c'est, finalement l'attitude des parents, et l'ensemble d'un contexte non directement clinique, heu, par rapport à votre prescription, donc j'ai entendu, le vendredi par exemple, où l'attitude va sans doute être un peu différente, heu, la pression des parents, comment vous situez-vous par rapport à ça ? C'est-à-dire que, est-ce que vous avez l'impression que c'est un élément que vous êtes amené à gérer ou à prendre en charge, si oui dans quelles conditions, avec quels moyens à ce moment-là ? 1, on va repartir vers toi.

1 : J'ai bien aimé la question {sourit} ; alors moi je, je rejoins un petit peu ce que j'ai entendu tout à l'heure ; c'est vrai que je vais pas avoir le même type de prescription si c'est un lundi ou un vendredi ou un samedi matin puisque je travaille le samedi matin, par contre j'vais aussi intégrer le degré de, j'vais dire de corticisme ou de corticisation de la famille, heu (.) ; je peux très bien laisser, heu, un traitement symptomatique et une seconde ordonnance, je fais deux ordonnances j'entends bien, et en fonction de l'évolution, sous 24-48 heures, de laisser aux parents le choix, de faire la prescription, quitte à téléphoner à un professionnel de santé de garde, ça ça m'arrive de le faire ; bon c'est peut-être pas très scientifique, mais c'est une sécurité supplémentaire, plutôt que d'être systématiquement dans la prescription d'un antibiotique, heu, je le fais, en fonction encore une fois, du degré de compréhension et d'intégration de la famille de l'enfant.

M : D'accord. Merci 1, 2 ?

2 : Je crois que les doubles ordonnances si j'ose dire ou ordonnances à acheter dans 48 heures si tout va bien, je crois que tout le monde le fait plus ou moins, ou l'a fait un jour ; mais, heu, je crois quand même que dans le doute, c'est quand même le (.) c'est quand même l'aspect bactérien qu'on risque, donc si on doute de quelque chose, vaut mieux être sur-médiqué que sous-médiqué ; moi je suis un petit peu étonné parce que, en fait, je trouve que dans une pratique de tous les jours, le problème se pose pas tout à fait comme ça, à mon avis, c'est à dire que t'as un enfant, un adulte, quelqu'un qui a mal à la gorge, t'hésites, les tests ? Oui, peut-être, ... mais heu, qu'est-ce qu'il risque le malade ? Il risque d'avoir une maladie à virus, ou une maladie à bactérie ? C'est un grand week-end qui se présente, on va attendre tranquillement avec une douzaine d'ordonnances ? Ouais, pourquoi pas, mais là, on se couvre, on met un parapluie, mais si on prend le risque du malade, je crois quand même que lui mettre un antibiotique, ça a jamais tué personne, enfin moi je pense qu'il faut être un peu plus interventionniste, quand on doute, et chercher quand même un petit peu là où il peut y avoir une complication, voilà.

M : Merci, 2. 3 ?

3 : Alors, même avis, avec juste une petite chose, je pense qu'on a (.) dans les années qui viennent de s'écouler, alors on peut reprendre effectivement l'éducation des gens, la presse etc. et puis je pense une vraie notion scientifique qui est quand même celle des antibiotiques et puis de leur efficacité et puis heu, de l'antibiorésistance ; je pense qu'on est arrivé aujourd'hui quand même, à la fois, à souscrire à ce que vient de dire 2, et à effectivement, on a une tendance, sur certains cas de figure, à se couvrir et je crois que on est plus satisfait à titre personnel, par ce genre de situation ; mais, qu'on s'est quand même débarassé, je dirais, de la pression des parents vis-à-vis de ça, et ça c'est pas si mal que ça parce que je pense que, je ne sais pas si c'est la jeunesse, entre guillemets, mais où il y a 20 ans, j'avais à la fois, peu d'arguments scientifiques vis-à-vis de l'antibiorésistance, et j'avais entre guillemets aussi, une pression parentale qui était beaucoup plus forte qu'elle ne l'est à l'heure actuelle. Donc, on peut admettre effectivement qu'on s'est débarrassé de la pression, je dirais, des parents, qu'on peut avoir des arguments quand même scientifiques, et qu'on peut effectivement en même temps, heu, souscrire à un doute intuitif, hein, je vais ajouter peut-être le mot intuitif, et se dire « Bon, j'ai pas envie que ça se passe très très mal en 48 heures », et donc, effectivement de temps en temps, heu se couvrir.

M : Heu, 4, même chose, heu, j'allais dire, les éléments non cliniques ou non médicaux de la prescription, que ce

soit le moment dans la semaine ou, différents éléments, la pression des parents, comme on en a parlé éventuellement, qu'est-ce que tu en penses ?

4 : Oui, alors, moi je pense, je passe beaucoup de temps à expliquer aux parents pourquoi je mets un antibiotique, ou pourquoi je n'en mets pas, mais je leur explique vraiment bien, et je pense que maintenant avec tout ce qu'on leur dit, les informations qui passent, les trucs sur internet, les gens sont au courant de plein de choses, donc ils comprennent bien en fait l'explication qu'on leur donne, ou que je leur donne. Alors, quand je leur explique bien, je leur explique aussi quand je mets un antibiotique le samedi matin, que c'est parce que y'a le week-end et que y'a ces 48 heures et que je sais pas comment ça va se passer et que je préfère qu'ils aient un antibiotique, et jusqu'à présent ça se passe bien. Je fais pas de deuxième ordonnance, je le faisais pendant une période, mais je le fais pas, parce que moi je préfère que les gens me rappellent, et je préfère avoir les gens au téléphone, pour pouvoir précisément leur dire « Oui, bon, effectivement », je les revois pas forcément, mais je leur dit « Oui, effectivement, je vais vous faire l'ordonnance d'antibiotiques ou... », voilà.

M : D'accord. Même question, 5, [si tu as ?

5 : [Moi non plus je fais pas de deuxième ordonnance ... et j'ai pas le sentiment de céder à la pression des parents, c'est plutôt le contraire, c'est-à-dire c'est quand je veux mettre des antibiotiques, j'ai l'impression que là, il faut vraiment plus s'expliquer que quand on veut pas en mettre, et puis, j'ai pas de pression de week-end, je travaille le samedi matin aussi, y'a une journée et demie, voilà je dis aux gens, vous me rappellerez le lundi, j'ai pas ce sentiment là.

M : D'accord, merci. 6 ?

6 : Alors moi j'ai une double chance, parce que je suis en banlieue Nantaise donc, heu, j'ai une association d'urgentistes qui rayonnent sur la région et donc, qui prescrivent pratiquement jamais d'antibiotiques, donc c'est bien parce qu'on revoit assez régulièrement 48 heures après, les gens ils reviennent vers leur médecin traitant, donc ça c'est bien, on revoit un petit peu ça, et puis y'a énormément de pédiatres aussi, donc tous les enfants sont suivis par les pédiatres, qui donnent assez peu d'antibiotiques, c'est comme ça, donc heu, le soir à 7 heures et demie, c'est plutôt le médecin généraliste qui les reçoit donc c'est quand même pas mal. Donc, sous ce double argument là, c'est vrai que, bon, on a tendance quand même à être plutôt le médecin de 2^{ème} recours, donc c'est toujours beaucoup plus facile et on voit quand même les gens qu'arrivent, du coup, quand ils en ont besoin, et souvent moi je les ai pas vus avant quand ils en avaient pas eu besoin, heu, parce qu'ils ont (.) comme l'offre de soins est vaste sur l'agglomération, donc de toutes façons, quand ils ont mal, et bien, ils trouvent autre chose, ou ça c'est un petit peu, ce qui se passe sur l'agglo.

M : D'accord, 7 ?

7 : Heu, pour moi, je n'ai plus l'impression de ressentir comme mes consoeurs et mes confrères la pression des patients, qu'on ressentait au début de mon installation, il y a 13 ans. Heu, on passe du temps, on passe du temps à expliquer aux patients pourquoi on fait ceci, pourquoi on fait cela, heu j'ai, l'impression que les patients ont mûri, ont avancé aussi, et on arrive à mieux expliquer. Heu, mes prescriptions du samedi matin, heu ça dépend du contexte, ça dépend de l'enfant que j'ai en face de moi, ça dépend de l'environnement de l'enfant, mais autrement non, ça change pas plus.

M : D'accord, merci. 8 ?

8 : Oui, c'est vrai que les familles sont très, l'attitude des familles est très variable vis-à-vis de la prescription d'antibiotiques ; on le sait pratiquement, les hostiles, les partisans d'une antibiothérapie à tout bout de champ, bon c'est certain que ça doit nous influencer, moi il m'est arrivé toutefois de ne pas perdre mon temps à expliquer à une famille qui voulait absolument un antibiotique, alors que j'aurais peut-être demandé d'attendre 48 heures avant de prescrire, et inversement, peut-être pas inversement, de prescrire des antibiotiques que je n'aurais peut-être pas prescrits si la famille n'avait pas fait une telle pression, mais bon d'où l'intérêt de bien connaître ses patients, heu, puis globalement ça se passe bien, je veux dire, heu, sur une clientèle quelques rebelles, mais, sinon ils adhèrent quand même facilement à nos prescriptions.

M : D'accord, 9 ?

9 : Rien de plus.

M : Alors, est-ce que vous avez l'impression, puisqu'on a parlé de différentes choses et d'évolution des mœurs médicales, est-ce que vous avez l'impression que votre pratique professionnelle ou votre type de prise en charge a changé depuis un certain nombre de temps par rapport à ces affections, et à quoi l'attribuez-vous à ce moment-là, 9 ?

9 : Donc moi je suis installée depuis peu de temps donc je sais pas si j'ai le recul nécessaire pour répondre à cette question, en tous cas, ce qui est sûr c'est que on est quand même aidés par tout ce qui passe dans les médias, et les patients ont entendu quand même les messages, donc c'est plus facile à expliquer, puisque c'est des choses qu'ils ont intégrées, je pense.

M : D'accord, 8 ?

8 : Bon, y'a deux événements, d'abord, nos patients sont influencés par les médias, ils ont bien entendu le message que l'antibiothérapie n'est pas indispensable, et puis nous, de notre côté on est quand même, on a toutes les retombées des infections hospitalières qui nous reviennent en ville, quand même, trop régulièrement, heu, je veux dire sur Saint-Nazaire, je sais pas exactement les chiffres, mais c'est (.) tout patient rentrant à l'hôpital ressort avec une infection urinaire ou autre, maintenant c'est quasiment systématique, donc je pense que je suis très attentif maintenant sur toutes mes prescriptions mais pas uniquement pour les infections oropharyngées, pour éviter les sélections, je pense que je, j'ai depuis 20 ans, très nettement limité mes prescriptions d'antibiotiques, que ce soit pour l'ORL, et pour les infections urinaires, je ne traite plus les bactériuries ou des choses comme ça. Ca m'a quand même, heu, je pense que la sélection du germe me trotte dans la tête maintenant, très rapidement.

M : D'accord, merci 8. 7 ?

7 : Oui, je pense que la prescription d'antibiotiques a énormément évolué, on en faisait plus y'a dix-quinze ans, heu, et même au niveau des antibiotiques eux-mêmes, vu la résistance bactérienne aux antibiotiques, on est arrivé à avoir énormément de boomerangs, heu, aujourd'hui, on en met moins, moi j'en mets de beaucoup beaucoup moins, je suis rendu pratiquement qu'à 2 % de prescription antibiotique dans la pathologie oropharyngée, heu, et je pense que malheureusement on arrive à avoir des classes thérapeutiques en antibiotiques qui sont minuées, on ne va plus rien avoir d'ici peu de temps si on ne fait pas attention, voilà.

M : Merci, 7. 6, est-ce que tu as le sentiment que ta pratique par rapport à cette pathologie ou la prise en charge a évolué ?

6 : Oui, certainement, oui mais bon j'ai toujours quand même en mémoire mon vieux beau-père de pharmacien, décédé maintenant, qui me disait quand même qu'il avait connu toutes les maladies épouvantables, c'était pas si vieux que ça c'était juste pendant la guerre et avant la guerre, et c'est vrai qu'on a un confort maintenant (.) un inconfort que tous les gens n'ont (.) enfin, que (.) tous les vieux ont connu et que nous ne connaissons jamais heureusement, quoi ; et bon c'est donc bien partager quand même l'idée de 2, en disant que si c'est pas automatique, en tout cas c'est quand même hyper pratique, et ça nous sort quand même bien de (.) des ennuis, on voit plus les otites épouvantables qu'on voyait y'a 25 ans, quand on a commencé, enfin, on faisait des paracentèses à tire-larigot, les ORL perçaient je sais pas si c'était justifié ou pas, j'avais pas les compétences {rit}, mais enfin on voit plus ça, on voit plus des gamins avec des infections récidivantes quand même très très florissantes, comme on voyait non plus, donc, quand même le bon antibiotique au bon moment à la bonne dose, pour le bon usage, ça a quand même fait beaucoup de bien, et ça a permis de tempérer beaucoup les choses, donc heu, faut peut-être qu'on continue un petit peu dans la modération, et puis je pense que ça se passera bien.

M : Merci, 6. 5 ?

5 : J'ai pas énormément de recul non plus, mais c'est vrai que je dirais comme 9, que les médias ont quand même, facilitent le discours auprès des patients, et (.) sans doute ça nous facilite la tâche par rapport à la prescription des antibiotiques.

M : D'accord. 4, ton sentiment ?

4 : Oui, je pense tout à fait comme mes consoeurs et confrères, et moi je prescris très peu d'antibiotiques maintenant, beaucoup moins qu'avant aussi, et je trouve que, effectivement les médias nous ont bien aidés dans ce domaine-là.

M : Ok. 3 ?

3 : De même, en même temps effectivement, je pense que la prescription a changé aussi ; alors moi j'accorderais beaucoup d'importance hormis les médias, heu finalement à quelque chose qui marque beaucoup l'antibiorésistance et que on va peut-être leur faire un tout petit point positif, les laboratoires ont quand même fait évoluer leurs antibiothérapies avec des spectres qui sont tellement précis maintenant et qui nous aident quand même finalement, qu'aujourd'hui on a des cases bien repertoriées, et qu'on a un ciblage qu'est si bon que il nous est quand même aujourd'hui difficile, ou alors faut vraiment être ahuri, pour se tromper de case par rapport à la pathologie qu'on va avoir besoin de ... , et même si effectivement je reprends l'argument de 6, on va avoir méfiance effectivement, ou 7 disait plutôt, des antibiotiques de plus en plus restreints, c'est quand même un bel outil aujourd'hui, qu'il y a quelques années on nous a offert, pour quand même bien mieux choisir, parce qu'effectivement il y a 20 ans, on nous disait qu'effectivement tous les antibiotiques étaient bons partout, et on a quand même avec le recul, eu l'impression que c'était une belle erreur, il y a 20-25 ans puisqu'on utilisait à peu près tout, n'importe où.

M : D'accord, merci 3. 2, commentaires ?

2 : Et bien moi, j'ai commencé la médecine avec un papier et un stylo et un stétho, heu, j'ai été élevé en 1976 dans la hantise du Streptocoque et du rhumatisme articulaire, donc les antibiotiques, je peux vous dire, que, en Pneumologie aux Enfants Malades à Paris, ça y allait... Alors j'ai donc toujours un petit peu, un petit peu plus le réflexe antibio que les jeunes confrères probablement, mais c'est vrai que la diminution de la quantité d'antibiotiques, d'années en années se fait très flagrante, c'est le bilan. Parce que l'on est plus précis, parce qu'on est plus adapté.

M : D'accord, merci 2. 1 ?

1 : Alors moi bien évidemment, j'ai comme la plupart des autres j'ai beaucoup diminué ma prescription d'antibiotiques, j'en suis bien content, je crois qu'il faut dépasser ce problème, de celui de la prescription, c'est quelle prévention, c'est, à mon avis c'est un problème beaucoup plus vaste que celui dont on est en train de parler, c'est quid des places en crèches, pourquoi les enfants continuent à aller en crèche avec 38,5 - 39, pourquoi ils vont à l'école avec une angine bactérienne documentée, le problème il est là, heu, et je crois que tous les infectiologues le savent, la France est un désastre sur le plan antibiotiques, antibiothérapie, en Espagne, ils ont moins de résistance, en Italie, ils ont moins de résistance, dans les pays Nordiques aussi, que font nos politiques ? C'est bien de prescrire moins d'antibiotiques, est-ce que derrière y'a des programmes pour que le papa ou la maman dont l'enfant est malade puisse rester à garder son enfant tout en étant payé ; ça coûterait pas plus cher, y'aurait moins de dissémination des infections, c'est un problème qui dépasse à mon avis celui dont on est en train de parler actuellement, faut aller beaucoup plus loin et c'est pas parce que les médecins de caisse disent « Il faut moins prescrire d'antibiotiques », je crois qu'il faut voir le problème beaucoup, plus profondément, beaucoup plus loin, pourquoi est-ce que la France est si mal placée par rapport à l'Europe, je pense que le problème il est là, et on connaît les réponses, on les connaît, mais heu...

M : Merci, 1 de cet avis qui effectivement élargit davantage le débat mais on va pas y rentrer ce soir parce que sinon on pourrait y être encore demain, même après-demain ; donc simplement une dernière question pour clore ce *focus group*, heu, vous avez certainement vu passer un certain nombre de recommandations puisque c'est un petit peu la mode ; donc en ce qui concerne les infections oropharyngées, est-ce que vous avez vu passer les recommandations, et si oui, est-ce que vous pensez qu'elles sont finalement cohérentes avec votre pratique ? Ou est-ce qu'elles sont en adéquation, ou est-ce qu'il y a des choses, qui vous paraissent un peu bizarres dans ces recommandations, 9 ?

9 : Alors, ça me dit rien du tout =

= M : Bon =

= 9 : les recommandations par rapport aux bronchites, je revois le papier, mais par rapport aux infections oropharyngées, non ça me dit rien.

M : D'accord

9 : Ou il a peut-être glissé entre 2 pubs ?

M : 8 ?

8 : Heu, quand les a-t'on reçues {rire collectif} ?

M : Pas de commentaires, 7 ?

7 : A-t'on reçu ça ?

M : Ah, je ne sais pas. 6 ?

6 : C'est fort possible qu'on les ait reçues {rire collectif}, c'est fort possible. Mais je pense que si on les a reçues, j'ai dû lire des choses, je lis quand même avant de jeter, souvent et bon c'est des choses qui me laissent rêveur, parce que ça vient quand même toujours un petit peu des hautes sphères qui manquent un petit peu d'une pratique de terrain, quotidienne, et, bon je fais beaucoup plus confiance à ce genre de réunions pour avoir le sentiment de gens qui voient des vraies maladies et des vrais malades, plutôt que des gens qui manipulent des statistiques dans tous les sens pour donner des bonnes idées, bon c'est sûrement, ça donne des idées générales, bon cela dit, au quotidien c'est rarement aussi simple que un arbre décisionnel : je mouche je machin, oui non, je machin, je truc, je bidule, quoi, non...

M : Merci 6, 5 ?

5 : Je crois que je l'ai pas lu, non plus.

M : D'accord, 4 ?

4 : Moi, je pense que je l'ai lu, mais il y a quelques temps et je m'en rappelle pas très bien.

M : D'accord. Pas de souci. 3 ?

3 : Pas vu non plus.

M : 2 ?

2 : Ca n'a aucun intérêt.

M : D'accord.

2 : Par contre, je voudrais insister sur des recommandations de sécurité sociale en ce moment dans les, des gens de la sécurité sociale qui viennent nous voir pour nous parler de nos excès de prescriptions en antibiotiques, en anti-cholestérol et tout ça ; et je crois qu'il faut bien insister sur le fait que leur passage ne doit rien changer, parce que si on change quelque chose à la suite de leur passage, cela prouvera vraiment qu'avant on faisait n'importe quoi.

M : D'accord, merci 2. 1 ?

1 : Moi je crois qu'il est quand même important de dire, que lorsqu'on est sorti de cette faculté ou d'une autre, on nous a appris des choses, et ça c'est quand même très important, et ces choses elles ont pas à être remises en cause, hormis si y'a d'autres consensus. Moi je suis sorti de cette faculté, et j'avais 6 mois de formation, et j'apprenais par les ondes radio et par les journaux que les médecins généralistes étaient des nuls, je venais d'avoir mon diplôme. Je suis en train de me poser des questions, je crois que =

= 2 : Change de chaîne {à 1} !

M : Laissons 1 finir, s'il vous plaît.

1 : Je crois que les facultés nous ont appris à devenir des médecins, cette formation qui nous a été donnée a été affinée par notre pratique quotidienne, générale et auprès de nos pairs, en discutant entre nous et que ces têtes bien pensantes, qui savent mieux que nous, ils feraient mieux de venir dans nos bureaux, suivre nos journées de 10,12 à 13 heures par jour et puis peut-être après ils réfléchiraient autrement. C'est mon avis.

M : D'accord, merci, 1, je crois que c'est un avis qui est souvent partagé, d'ailleurs. Est-ce que pour terminer cette réunion, et avant de vous remercier, est-ce que vous avez d'autres commentaires à faire par rapport à ce sujet ?

9 : Est-ce que les recommandations existent, est-ce que l'on les a reçues ?

M : Alors on les reçoit pas nécessairement, il faut aller les chercher, quand même.

9 : D'accord.

M : Pas d'autres commentaires ? Bien, alors, je vous remercie.

Annexe 6 : Unités de signification *focus group* NANTES

1. je pense surtout à la pédiatrie
2. je pense à la difficulté de (.) de diagnostiquer, heu, l'origine bactérienne ou virale
3. les surprises que nous réservent les (.) les tests donc, heu, en ce sens que l'utilisation des tests nous réserve beaucoup de surprises
4. ce qui nous semble parfois douteux ou plutôt évocateur de (.) de virose par les arguments cliniques, parfois nous (.) nous donne, on a un résultat positif sur les tests de (.) diagnostic rapide de l'angine
5. heu, inversement (.) inversement la négativité des tests n'étant (.) n'étant pas valide
6. on reste toujours dans le doute
7. les études nous ont vraiment pas préparés, à mon avis, à cette prise en charge
8. c'est l'expérience, heu, et puis faut rester humble et toujours dans le doute dans, dans la prise en charge.
9. c'est probablement la cause principale qui fait venir dans un cabinet les gens, quel que soit l'âge
10. mais c'est vrai que, on aura souvent des petits enfants qui ont le nez qui coule, ou qui ont mal à la gorge ou qui ont une petite rhino ou un petit rhume
11. je crois que c'est quand même la première chose que l'on rencontre dès qu'on fait de la médecine de ville.
12. la difficulté diagnostique, oui peut-être, PAS, c'est pas, c'est pas quelque chose qui me traumatise ça
13. ce qui est difficile c'est de renvoyer une maman qui a son bébé qui a 39 de fièvre en lui disant c'est un petit virus et puis on fait pas grand chose et il est pratiquement certain que dans les quarante-huit heures t'auras un coup de téléphone pour heu dire « dites dont heu, c'est bien gentil mais j'ai toujours mon môme qui a quarante de fièvre et on dort pas depuis deux jours et demain on se lève pour aller à l'usine »
14. l'enfant en crèche par exemple, pose problème
15. la rhinopharynx (.) le rhume ou les infections oropharyngées
16. Chez l'adulte, c'est vraiment peut-être plus facile dans le sens où quand on a commencé à leur dire qu'il fallait qu'ils se mouchent puis qu'ils attendent que ça passe, et puis si ça passe pas, on finirait par voir que les gens qu'ont des complications, mais, mais ça c'est, c'est quand on a bien éduqué les gens et ça il faut un petit peu rêver là.
17. Alors effectivement une pathologie, heu, hyper fréquente
18. je, j'ai pas trop de (.) d'appréhension à (.) à toucher à cette partie là, notamment en pédiatrie
19. ça nous demande beaucoup de temps parce que effectivement faut être très près je pense pour, heu, rien loupé après une consultation, heu très près des gens, savoir effectivement leur demander de nous rappeler, de les revoir, de reprendre conseil etc. ; pour essayer effectivement, sans avoir peur mais effectivement être tout à fait inquiet quand même de ne pas avoir loupé quelque chose ; en sachant qu'effectivement c'est peut-être la pathologie la plus facile et la plus, heu, sur laquelle on peut se tromper le plus facilement, heu, effectivement je le pense, quand dans l'évolution effectivement de (.) de celle-ci ;
20. je reviens pas sur le test diagnostique parce que, enfin moi à titre personnel, j'ai décidé, depuis un certain temps, de ne pas l'utiliser, je suis très sceptique et tellement devenu sceptique que je ne l'utilise plus et bon, je ne pense que je fasse bien, je ne pense pas que je fasse mal non plus, mais je crois que vous trouvez d'autres moyens explicitement plus fiables

21. faut être ... je pense être très disponible dans cette pathologie ORL par rapport aux parents, aux enfants ; faut pas hésiter à les revoir effectivement

22. et puis bon on constate, je dirais, du côté des parents que globalement et bizarrement, heu, la chose qu'est la plus traumatisante pour eux c'est qu'on leur ait pas annoncé de diagnostic et qu'on leur dise que leur enfant (.) n'a pour le moment pas grand chose dans une première consultation et ça c'est effectivement toujours pour eux très traumatisant ; ils préfèrent effectivement un mot, un diagnostic, alors (.) est-ce qu'il faut les tromper, est-ce qu'il faut leur dire la vérité, moi je pense qu'il faut leur dire qu'on ne sait pas pour le moment et qu'on observe ; bon après, heu, on peut être beaucoup plus dirigiste et être sur un piédestal en disant moi je sais et ça se passera comme ça et comme ça et comme ça, ça c'est un petit peu compliqué ; donc voilà un petit peu le (.) ; mais je pense que la confiance, heu, mutuelle, acquise au bout de quelques années permet, je pense, de (.) d'établir une relation assez saine, ce qui fait que ça permet de ne pas louper trop de choses en matière de (.) d'ORL.

23. je fais beaucoup de pédiatrie et je trouve que c'est une pathologie très courante et très bénigne

24. ce qui est important c'est la prévention au départ, c'est les premières fois bien expliquer aux gens toutes les mesures symptomatiques à prendre et les mesures préventives ; et, heu, moyennant quoi les gens font déjà ça au départ, ce qui fait que on les voit moins souvent, ils arrivent à se débrouiller eux-mêmes et finalement on les voit quand y'a des complications, pas toujours

25. il faut aussi être assez disponible c'est-à-dire si les gens se, arrivent à se débrouiller bien eux-mêmes, il faut leur dire que bien sûr si ça persiste etc. on va les revoir et on interviendra à ce niveau-là.

26. les tests diagnostiques, moi je les fais très peu

28. je les fais quand je veux (.) quand les gens me poussent à mettre des antibiotiques et je ne veux absolument pas les mettre, dans le diagnostic de l'angine

29. les gens consultent trop pour ces pathologies-là qui sont, qu'on passe beaucoup, qu'on perd beaucoup de temps là-dedans

30. Par rapport à la pédiatrie, ça me paraît vraiment (.) vraiment bénin

31. en général mes patients, j'ai pas l'impression qu'ils consultent uniquement pour l'oropharyngé.

32. Pour les adultes, le test d'angine, je le pratique très (.) très fréquemment

33. il m'est arrivé assez souvent de me dire « Ah, celle-ci ça doit être une Strepto A » et en fait le test le révélait négatif et, heu, et en fait ça se passe bien et donc je mets pas d'antibiotiques et puis je revois pas les gens

34. ça me paraît un test fiable

35. alors qu'au départ j'étais un peu réticente

36. mais c'est vrai qu'en cinq minutes je trouve que ça appuie bien notre clinique quand même et ça moi je (.) c'est, j'en fais assez, heu, assez fréquemment, chez les adultes, hein essentiellement.

37. ma crainte oropharyngée, c'est surtout chez le tabagique et (.) voilà, je pense souvent au phlegmon

38. ça me paraît heu, ouais chez l'enfant heu plutôt bénin

39. j'ai vieilli avec ma clientèle, donc c'est vrai que c'est pas un sujet qui me préoccupe {sourit} beaucoup et énormément

40. j'avais même accepté une étude un jour sur une angine, sur l'angine par, avec Abbott, à faire des tests et (.) et des choses comme ça (.) et j'étais assez surpris, c'est sûr, de voir beaucoup de négatifs et assez peu de positifs

41. j'avais trouvé très très peu d'angines d'ailleurs en l'espace de quatre mois, ce qui m'a fait réaliser qu'en fait, on croit qu'on en voit beaucoup mais en fait on en voit assez peu, heu, sauf en période peut-être là (.) inter-

saison, tout d'un coup, y'a eu un petit pic ; en fait sur une année entière, ça représente pas quelque chose d'énorme quoi, c'est plus le motif de la fièvre mais, heu,

42. est-ce qu'il est vraiment à répercuter sur les manifestations oropharyngées, ça c'est pas vrai c'est pas forcé quoi, on a juste des fois des fièvres isolées comme ça

43. alors les campagnes de sensibilisation étant passées

44. c'est vrai que ma consommation d'antibiotiques a tendance à décroître au fur et à mesure et au fil des années

45. est-ce que c'est par le vieillissement de moi ou est-ce que c'est par le vieillissement des patients, heu bon, est-ce que c'est par toute la sensibilisation

46. c'est certain que c'est une pathologie, heu bon, pour laquelle on est sûrement plus détendu

47. les patients maintenant en plus qui ont une (.) une culture médiatique en plus ont en gros compris aussi

48. le message était plus facile à faire passer maintenant de leur expliquer que la prise en charge pouvait se faire uniquement, simplement et par une écoute et puis par la re-consultation, ça ils ont bien compris que, que en revenant, heu, ils se (...); là {rit} le coup des gens qui retéléphonent au bout de quarante huit heures, alors ça c'est, ça c'est à tous les coups, ça c'est (.) {rit}.

49. Donc en fait, heu bon, quelque chose d'assez simple

50. quelque chose sûrement de beaucoup moins fréquent qu'on le croit, parce qu'on s'en fait sûrement une idée, et puis les gens d'eux mêmes, vous disent « ah bah, vous devez en voir beaucoup » alors c'est (.) pas très vrai, j'crois que c'est pas tout à fait vrai ; on voit quand même beaucoup plus, nous, de gens heu en renouvellement, suivi de traitement, en nouvelles pathologies, en lombalgies, en choses comme ça, voilà.

51. la pathologie oropharyngée, moi qui ai une clientèle énormément pédiatrique, j'en vois énormément

52. les gens m'emmènent pour des dysphagies, heu, mais ils emmènent leurs enfants surtout pour qu'on vérifie les tympons, souvent, parce que (.) ils ont compris que l'angine c'est à 90 % viral, ils viennent pas chercher leur antibiotique ils sont bien éduqués, enfin moi je trouve aujourd'hui que, ils sont de plus en plus éduqués, mais ce qui leur fait peur et ce qu'ils ne peuvent pas voir, ce sont les tympons, donc c'est souvent l'occasion de faire vérifier les oreilles

53. le test, heu, je l'utilise pas

54. je (.) j'essaie d'observer le plus possible et d'être très très clinique

55. je dis systématiquement si vous avez un souci vous n'hésitez pas à me rappeler, deux trois jours après, à ce moment-là on revoit ou on revoit pas l'enfant, on peut faire, heu, une consultation par téléphone et on (.) on temporise un petit peu, voilà.

56. Oui, alors c'est vrai que c'est une maladie fréquente

57. chez les (.) chez les enfants, le diagnostic est souvent porté devant une fièvre (.) une fièvre qui est parfois vérifiée par les parents, parfois non vérifiée

58. a. les motifs de consultation chez les bébés, du moins chez les moins de deux ans, heu, les moins de deux ans ont des parents (qui) consultent quand même beaucoup je trouve ; et que souvent un autre diagnostic se termine par une infection oropharyngée, avec parfois des (.) quelques difficultés techniques pour certaines tympons chez les enfants, et au niveau ORL {rectifie} au niveau pharyngé pur, c'est plus facile

58. b. je trouve quand même que les parents consultent (.) un tout petit peu rapidement parfois, malgré l'éducation qu'on peut leur apporter

59. j'avais fait une petite enquête sur mon ordinateur et j'avais vu que c'était, je me rappelle plus des chiffres, mais 20 % des jeunes parents assuraient 70 % de ma consultation, heu, pédiatrique

60. pour les plus grands, le test, je le fais lorsque j'ai des tests, c'est-à-dire que je suis par périodes, j'en fais deux ou trois par jour pendant, heu, quelques semaines et après je suis en manque de matériel, et je n'ai toujours pas réussi à trouver le moyen de me fournir régulièrement

61. l'attitude des parents a quand même changé au point de vue du traitement, ils sont quand même grâce aux campagnes télévisuelles moins demandeurs de (.) moins demandeurs de traitement antibiotique, les patients qu'on connaît bien l'acceptent d'autant mieux qu'ils peuvent nous rappeler dans les jours qui suivent la consultation en cas d'évolution ; je leur demande toujours de prendre quand même la température dans les matinales pendant les quarante huit heures qui suivent, et puis de me parler un peu de la nuit des enfants

62. chez les plus grands le diagnostic est plus facile, souvent, heu, moins fréquent, et (.) excepté quelques cas où on diagnostique quelque chose d'un peu plus grave, les infections sont quand même facilement diagnostiquées et facilement traitées.

63. ma conduite à tenir elle se base sur ce que j'ai observé cliniquement, et après en fonction de l'âge, du terrain et des facteurs de risque

64. dans toutes les pathologies virales je suis beaucoup effectivement dans le conseil et la prise en charge de la douleur quand même parce que les vraies pharyngites ça fait mal, donc heu même en disant que c'est viral j'entends la plainte

65. le test de dépistage je l'utilise quand j'ai un doute ou pour appuyer aussi le fait que je ne prescrive pas l'antibiotique, quand on explique aux patients à quoi sert le test c'est vrai qu'ils acceptent plus facilement le fait qu'on ne prescrive pas l'antibiotique

66. le test il n'a de valeur que s'il est positif, point. Donc y'a plein de choses, que des personnes qui ont dit « je fais le test quand j'ai un doute, ou pour ne pas prescrire d'antibiotiques » ça c'est une erreur manifeste et ce que disent, et ça j'ai assez d'amis biologistes pour en parler, le (.) il est clair qu'on peut très bien avoir une angine bactérienne avec un test négatif, alors ça c'est, et ça c'est arrivé x fois, les laboratoires sont là pour le trouver ; et puis ne diagnostique que le streptocoque (.) jusqu'à preuve du contraire.

67. a. je l'utilise aussi quand je suis dans le doute, mais le doute parfois il se transforme en streptocoque et pourtant y'a un nez qui coule, y'a une belle pharyngite, et je le fais plus effectivement pour prouver que y'a rien et puis je tombe sur quelque chose ; et donc, faut quand même, encore une fois, rester très humble là-dessus même si dans la plupart des cas effectivement, heu la cause virale est présente ; donc c'était (.) c'est vraiment quelque chose pour moi qui est important par rapport à ces tests, moi je l'utilise volontiers, pas systématiquement bien sûr hein, je le fais pas une fois sur deux, peut-être une fois sur quatre, mais c'est quand même un bon outil, c'est quand même un bon outil, quand même, heu, il faut pas le rejeter

67. b. et même je suis désolé qu'il existe pas un test qui diagnostique le pneumocoque, l'haemophilus, le branhamella, et qu'on ait vraiment la palette de tous les germes oropharyngés connus, et qui, ça nous aiderait, ça nous ferait dépenser moins d'argent, prescrire moins d'antibiotiques, heu, moins de consultations de retour, et je pense que ce serait vraiment plus clair, j'en suis convaincu, c'est beaucoup moins cher de faire un test même s'il coûte deux-trois euros, que de refaire venir la personne en consultation et le problème il est clair dès le départ, même si ça n'exclut pas des complications d'une banale rhinopharyngite par derrière.

68. je voulais rajouter que l'intérêt du test c'était justement en cas de doute, puisque les critères de l'angine bactérienne sont précis, et que c'est en cas de symptômes ou de doutes où on peut {1 acquiesce} faire le test, et il peut justement {1 acquiesce} nous orienter sur une origine bactérienne ou non {1 acquiesce}, hein, quand on nous l'a présenté c'était dans ce sens là, en fonction des critères

69. il n'exclut pas, c'est pas parce qu'il est négatif qu'il exclut une origine bactérienne. Et ça, faut vraiment, faut l'avoir toujours en tête, je crois qu'on a tous dû avoir des surprises dans ce sens, ça c'est (.) ; il faut pas toujours être affirmatif, moi après cette expérience, que j'ai déjà longue des tests, puisqu'on est toujours (.) moi je suis au cabinet, heu, je ne dis jamais au patient « C'est négatif, donc y'a pas de bactérie », jamais, parce que j'ai eu quelques belles surprises donc je me permettrai jamais de le dire, parce qu'après quand le père, quand le gamin revient, avec 40 de fièvre, des amygdales comme ça {écarte ses bras} et des adénopathies, j'ai du mal à me positionner après, donc je (.) je prends une certaine distance vis-à-vis de ce discours.

70. En ce qui concerne le test, moi j'ai envie de dire que c'est une aide au diagnostic mais que ce qui compte c'est la clinique, et que de toutes façons après, heu, on fait (.) c'est une aide personnelle {1 acquiesce} alors on l'adapte après à ce que l'on pense en {1 acquiesce} fonction de la clinique ou de la conduite qu'on a envie d'avoir.

71. a. je le réalise en cas de doute clinique, si j'ai pas tous les arguments pour évoquer une angine bactérienne

71. b. si le test est négatif, je pense qu'effectivement je préviens les gens qu'on peut réévaluer, qu'à priori c'est une origine virale mais que, heu, on peut réévaluer dans les quarante huit heures, si la gêne et les symptômes persistent, notamment la température, la dysphagie, l'importance de la dysphagie.

72. je le fais dans des cas plutôt non probants cliniquement et j'adapte mon, si je (.) quand je le fais, j'adapte mon traitement en fonction du résultat

73. Négatif, je traite pas par antibiotiques

74. positif, même si je l'aurais peut-être pas fait cliniquement, je traite par antibiotiques.

75. Moi je fais pas le test, je reste clinique

76. j'ai décidé de pas le faire

77. Moi non plus, j'en ai fait un peu ... j'ai pas trouvé que c'était particulièrement transcendant

78. ça dépiste le streptocoque mais bon, quand le nez est vert, les yeux verts et tout le reste est vert, c'est manifestement pas du streptocoque et, y'a autre chose à faire {rit}.

79. je le fais assez systématiquement devant toute angine, hein {sourit}

80. et ça me paraît fiable, hein, et heu, je me souviens d'un cas où effectivement là, voilà, ça pouvait être mis en doute mais, non, faut (.) pour moi c'est fiable et je m'y fie.

81. Moi, c'est ce que j'ai dit tout à l'heure, je trouve que c'est une aide, c'est une aide mais que le diagnostic, enfin que c'est la clinique qui prime, là-dedans. Alors, y'a une autre (.) je le fais quelquefois dans d'autres cas, quand ce sont (.) quand vraiment ce sont des affections qui me paraissent tout à fait virales, de façon à appuyer mon diagnostic vis-à-vis des gens en disant « Bon, bah le test est négatif » ; mais je précise toujours que effectivement il est négatif et que là on mettra pas d'antibiotiques bien sûr, mais qu'on réévalue dans quarante huit heures et que la conduite à tenir peut tout à fait changer.

82. je ne (.) sur ces lectures-là de départ, je n'ai (.) j'avais décidé de ne pas pratiquer le test donc je reste, absolument 100 % clinique et sans pratiquement essais de test.

83. a. je n'utilise pas le test.

83. b. quand on a une optique virale, si j'ose dire, et qu'on n'a pas envie de faire grand chose, heu, on entend souvent parler d'automédication actuellement et moi, je suis tout à fait partisan de l'automédication, mais à une condition évidemment, c'est qu'on soit derrière, c'est à dire que le toubib soit joignable ; et moi par exemple sur mon ordonnance j'ai mon adresse e-mail, et je suis tout à fait étonné par le nombre de gens, en particulier de jeunes mamans, qui peuvent m'envoyer des petits messages, « Qu'est-ce qui faut faire pour ceci, pour cela » et je crois que (.) ça nous permet tranquillement d'attendre deux-trois jours, et d'avoir cette correspondance ; en plus l'e-mail ça a un avantage, c'est qu'en fait on peut lui répondre au moment où on a un petit peu le temps et, c'est mieux qu'un coup de téléphone en plein milieu d'une autre consultation.

84. Donc en fait, des tests, heu (.) oui, moi je suis pas trop tests mais c'est peut-être lié à mon âge.

85. effectivement de principe, heu, je fais un examen clinique

86. le test, heu, je le fais dans le doute, et encore une fois j'ai des surprises en positif

87. et ça m'arrive aussi de le faire dans des situations où manifestement l'angine est bactérienne, bon et (.) mais

lorsque je suis devant des parents qui sont contre les antibiotiques, parce qu'il y a aussi ce problème-là, et je suis bien content d'avoir un test positif dans cette situation-là, en disant « Bah regardez, il faut traiter » ; donc ce test pour moi est un argument de traitement chez des patients qu'on a une (.) une vision particulière vis-à-vis des traitements médicamenteux

88. je le fais pas systématiquement mais, heu, il doit y avoir tout le discours

89. ça peut se compliquer

90. bon y'a bien évidemment les tympan parce que, et c'est très important, parce que qui dit infection et rhinopharyngite bon, on va contrôler les tympan ; et il peut y avoir des otites séreuses et « Docteur, c'est grave, faut soigner ? », une otite séreuse, non mais ça peut, ça peut se compliquer, il y a tout le discours qui va derrière, de prévention et d'explications au patient pour les responsabiliser et, heu, c'est extrêmement important.

91. l'argument clinique pour les angines franches, bon c'est sûr c'est une amygdalite, déjà isolée, lorsqu'elle a des dépôts pultacés c'est déjà plus sympa, la fièvre généralement est très élevée, ce sont ces arguments, y'a une dysphagie qu'est très intense, y'a une altération de l'état général qu'est franche, pour moi c'est un argument d'une origine bactérienne ; heu, peut-être on va pouvoir (.) 7 montre son ventre ; oui bon là oui effectivement les douleurs abdominales, je vois, mais c'est pas 7 mime le vomissement et M {rit} ; et le vomissement (.) les vomissements mais ça ce serait plutôt le motif de consultation qu'un argument clinique de dépistage, je veux dire lors de l'examen. Heu, maintenant, c'est pas cela qui va m'impliquer à faire le test, parce que pour moi là, je me pose pas trop de questions

92. ce qui va me trouver de faire le test, c'est quand (.) je suis un petit peu entre deux ; l'infection rhinopharyngée, bon, ben par définition y'a plusieurs signes, la fièvre souvent est moins élevée, y'a le nez qui coule, heu, souvent y'a le nez qui coule, quand on a plusieurs, d'autres signes associés on va moins s'orienter vers, heu une origine, je parle de l'angine, vers une angine bactérienne.

93. Maintenant, je reviens aussi (.) je me rapproche de 6, qui disait tout à l'heure : quand l'enfant a le nez qui coule jaune, et qu'il est morveux, et qu'il y a des traînées muco-purulentes dans le fond de la gorge, on se pose pas trop de questions non plus. Heu...

94. je pense que je vais commencer aussi à m'intéresser au passé de l'enfant, la façon dont il vit, s'il est en crèche, s'il a déjà fait trois angines dans l'hiver et que, heu, il revient avec mal à la gorge et puis deux amygdales qui se touchent

95. tout à l'heure j'entendais dire « Beaucoup de gens sont contre les médicaments », moi je dis souvent « Je préfère que vous ayez peur des maladies plutôt que des traitements », c'est vrai que c'est pas un argument qui l'emporte sur beaucoup, mais, bon.

96. L'argument clinique numéro un, c'est quand même un petit peu, heu, au départ heu (.) t'as une maman qui vient, elle a un bébé ou un enfant, ou même un adulte d'ailleurs qui a mal à la gorge, qui a deux amygdales qui sont énormes, et heu dans ces cas-là, et puis qui va te dire aussi que le lendemain elle a quelque chose à faire ; si la personne a huit jours tranquille de repos devant elle, on va lui mettre tranquillement un petit peu d'Efferalgan puis on va lui dire qu'elle téléphone dans quarante huit heures, quel que soit l'argument ; par contre si t'as quelqu'un qui doit être demain au bureau à Berlin, heu, y'a pas de problème mais il faudra quand même un tout petit peu être efficace quoi, donc là je crois que je serais un petit peu plus interventionniste sur quelqu'un qui a quelque chose à faire ou un enfant en crèche par exemple ; enfant en crèche, si il a la grand-mère pour le garder pendant huit jours on est tranquille, mais si le lendemain il doit y retourner, avec 38,5 il rentre pas

97. est-ce que les antibiotiques vont raccourcir l'évolution, 9 fois sur 10 quand même oui, même si ça se discute {l'air dubitatif}, même si ça se discute, je suis tout à fait d'accord que ça se discute

98. les grosses amygdales toutes blanches, avec 40 de fièvre très brutale, ça peut être une bonne mononucléose hein aussi, hein...

99. je ne pratique pas le test

100. effectivement la clinique c'est important, c'est examiner, bon, les facteurs de risque qui peuvent paraître effectivement, heu hyper importants de première intention effectivement

101. l'état des tympans, heu, l'état des bronches, parce que bizarrement, heu, on va découvrir sous une simple rhinopharyngite, une bronchite aiguë d'emblée ou un foyer, j'ai eu l'occasion cet hiver finalement de découvrir pas mal de pneumopathies, heu, prouvées à la radio pulmonaire ; donc on a parfois quand même quelques surprises, donc l'examen complémentaire entier, est tout à fait intéressant

102. pour revenir à l'historique je pense que c'est aussi important, on a tous plus ou moins des outils ordinateurs, effectivement de voir qu'on en est rendu, je sais pas, à la 5^{ème}, 6^{ème} rhinopharyngite j'dirais, sur les quatre mois qui viennent de passer

103. la notion de précarité aussi qu'elle soit celle de la crèche ou qu'elle soit celle du milieu familial,

104. je vais peut-être oser vous dire que je ne prescris peut-être pas de la même façon le vendredi soir ou le samedi que je ne le fais le lundi, heu par pur souci de sécurité, et peut-être pour moi, et peut-être pour l'enfant mais j'ose vous le dire, voilà.

105. et ce peut-être sans contexte (.) contexte, je dirais, de véritable véracité ou médicale ou scientifique.

106. moi aussi je prescris pas de la même façon le lundi et le vendredi soir quand y'a le week-end ou des jours fériés qui interviennent c'est évident

107. je tiens compte de tous ces éléments cliniques et puis l'état général de l'enfant, c'est (.) l'aspect qu'il a, heu, tout ça, je trouve ça très important et souvent je me fais bien expliquer par les parents, heu, depuis quand, heu, il est pas bien, comment ça a évolué, et puis j'observe parce que, bon, comme on voit bien quand les enfants sont en état très cogné ou pas

108. je termine mon examen par le test, pour appuyer, mais (.)

109. par contre, j'entends rhinopharyngites et on parle d'oropharyngée, enfin, d'affections oropharyngées

110. donc c'est sûr une pharyngite moi je fais pas de test, hein, là la clinique, ça me suffit, quoi, hein, puis la plupart du temps c'est viral, voilà.

111. Par contre, c'est vrai que quand il y a une amygdalite et qu'il y a de la fièvre, et là je, j'appuie ma clinique, s'il y a une altération de l'état général, mais même sans altération de l'état général ; fièvre et amygdalite, je (.) voilà je fais mon test, et on retrouve des adénopathies, c'est très souvent, et, voilà.

112. c'est vrai que, on parle plutôt d'oropharyngée, alors bon c'est vrai qu'il faut délimiter à ce moment-là le champ d'investigation.

113. ... c'est vrai qu'on a peut-être pas assez de rationalisation dans nos (.) et que nous sans doute on connaît beaucoup quand même nos patients ... ; parce qu'on a tous des patients qui se plaignent tout le temps et qui, bon c'est vrai qu'on a tendance à temporiser, et puis d'autres effectivement qui sont des gars qui viennent qu'au bout de huit jours et quand ils viennent souvent c'est quand même qu'ils ont très très mal, et que là on s'intéresse quand même sévèrement à leur cas avant qu'ils partent le lendemain en ballade ou je ne sais où en avion, à Tataouine les Oies.

114. la clinique, bon ben c'est l'examen clinique habituel qu'on fait pour tout le monde

115. mais c'est vrai qu'on est sûrement attiré plus par le tableau, c'est vrai que plus c'est bruyant, plus c'est (.) plus y'a de fièvre, plus y'a de douleurs, plus y'a de plaintes, et puis ou plus le gamin est quand même pas très très bien, là quand même on a sans doute plus, plus tendance à sortir l'artillerie lourde ou en tout cas, heu à se couvrir maintenant (.) on a suffisamment entendu parler des méningites, des machins, des trucs, et on a tous un peu la trouille quand même de ça.

116. Et puis bon, heu, c'est vrai que le week-end on fait tous pareil, j'ai l'avantage de travailler le samedi matin donc, bon, laisser dans la nature les gens, comme ça on sait pas trop trop ou même si on les connaît bien on a des relations nous très particulières avec nos patients, c'est vrai,

117. mais la clinique, bon, elle est sûrement pas, c'est pas celle qu'on a apprise dans les livres, ça c'est clair.

118. j'ai peut-être une petite chance c'est que, j'ai éduqué mes patients à leur dire « Attendez 2-3 jours avant de nous consulter, sauf si la fièvre est très très haute », et c'est vrai qu'ils ont tendance à me les amener 2-3 jours après, ils se débrouillent un petit peu par eux-mêmes mais ça marche pas mal, et là on a vraiment des vrais tableaux cliniques, assez parlants, quand j'ai besoin de mettre un antibio.

119. dysphagie fébrile isolée avec une amygdalite à l'examen et des adénopathies heu, plusieurs adénopathies sensibles

120. et par contre heu l'âge, plus de 2 ans, un enfant de plus de 2 ans.

121. Moi je l'ai fait dans le cadre d'une étude, là, c'est vrai que c'est intéressant, bon, heu, mais heu, c'est un peu tricher, parce qu'en fait le score de Mac Isaac, en fait on le fait, ça c'est comme la prose et la (.) bon. Quand le gars vient et qu'il a mal, etc. : boum.

122. Je ne sais pas ce que c'est, que (.) le score de Mac Isaac.

123. J'ai eu la formation avec un médecin de caisse, et {sourit} on m'a jamais expliqué ce test {rit}. C'est pour l'anecdote {rit}. Un médecin de caisse qui est venu personnellement donc on était que deux dans le cabinet, et j'ai jamais eu le test {rit}. Heu, je n'ai jamais eu le score.

124. C'est l'anecdote, le médecin de caisse était venu dans mon cabinet parce que je voulais pas assister à la, et je lui avais dit « Ben, venez », puis il m'avait pris au mot et il était venu dans le cabinet {rit}.

125. si je fais le test, c'est déjà que j'ai un doute, que tous les critères sont pas présents

126. si le test est positif, ça m'arrange mieux que s'il est négatif

127. s'il est négatif, du coup je vais rester un peu sur le doute, je pense que je vais, je vais conseiller au patient de reconsulter dans les 48 heures, je vais pas prescrire d'antibiotiques, mais essayer de le revoir.

128. si le test est positif je traite donc systématiquement

129. s'il est négatif, j'ai plutôt tendance à temporiser en parfois donnant une ordonnance en deux temps aux patients qui (.) me téléphonent au bout de 48 heures, et ils achètent éventuellement un antibiotique 2 jours après.

130. je fais le test

131. s'il y a un doute clinique je fais le test mais assez systématiquement quand même

132. s'il est négatif, je ne traite pas, en donnant, voilà, des conseils au patient pour qu'il puisse reconsulter

133. s'il est positif, je traite systématiquement.

134. ça dépend des fois, je fais quelques fois le test

135. si le test est négatif, si vraiment moi j'ai l'impression que, qu'il faut un traitement antibiotique, je le mets quand même, si je suis moins convaincue de ça et que le test est négatif mais (.), je demande aux gens de reconsulter, enfin de rappeler dans 48 heures, et pour me dire comment ça va et éventuellement les revoir, et éventuellement mettre un traitement antibiotique.

136. si le test est positif : je traite

137. s'il est négatif, là encore ça dépend à qui je m'adresse ; parce qu'on a beaucoup parlé de pédiatrie, mais on peut parler aussi de pathologie adulte, et heu, faut pas oublier d'une part le diagnostic différentiel, et les pathologies associées. Si c'est un fumeur, donc qu'a tout le temps le nez qui coule, parce qu'il a une bronchopathie chronique, etc. on peut toujours se poser la question d'une rhinopharyngite associée à d'autres pathologies, ça peut être un reflux, une odynophagie de reflux, ça peut être, heu, une saleté qui traîne, une pathologie ORL tumorale ou bronchopulmonaire tumorale ; c'est rare, mais ça m'est déjà arrivé et donc chez l'adulte, faut rester très humble là-dessus ; diagnostic différentiel, il peut être là ; on a des odynophagies de

reflux chez un adulte qui a une fièvre pour une banale rhinopharyngite, on peut avoir d'autres pathologies associées, et, faut rester, heu (.) ; et puis y'a des cas, tout simplement si y'a pas d'autre pathologie, c'est quand même rarissime, on peut avoir un patient ultra tabagique qui fait une angine à haemophilus et le test il sera négatif, je crois que le critère d'impression clinique doit l'emporter sur, dans ce cas précis, sur le test, parce qu'encore une fois, il n'a de valeur que s'il est positif.

138. je vais pas avoir le même type de prescription si c'est un lundi ou un vendredi ou un samedi matin puisque je travaille le samedi matin

139. j'veais aussi intégrer le degré de, j'veais dire de corticisme ou de corticisation de la famille, heu (.) ; je peux très bien laisser, heu, un traitement symptomatique et une seconde ordonnance, je fais deux ordonnances j'entends bien, et en fonction de l'évolution, sous 24-48 heures, de laisser aux parents le choix, de faire la prescription, quitte à téléphoner à un professionnel de santé de garde, ça ça m'arrive de le faire ; bon c'est peut-être pas très scientifique, mais c'est une sécurité supplémentaire, plutôt que d'être systématiquement dans la prescription d'un antibiotique, heu, je le fais, en fonction encore une fois, du degré de compréhension et d'intégration de la famille de l'enfant.

140. Je crois que les doubles ordonnances si j'ose dire ou ordonnances à acheter dans 48 heures si tout va bien, je crois que tout le monde le fait plus ou moins, ou l'a fait un jour

141. je crois quand même que dans le doute, c'est quand même le (.) c'est quand même l'aspect bactérien qu'on risque, donc si on doute de quelque chose, vaut mieux être sur-médiqué que sous-médiqué ; moi je suis un petit peu étonné parce que, en fait, je trouve que dans une pratique de tous les jours, le problème se pose pas tout à fait comme ça, à mon avis, c'est à dire que t'as un enfant, un adulte, quelqu'un qui a mal à la gorge, t'hésites, les tests ? Oui, peut-être, ... mais heu, qu'est-ce qu'il risque le malade ? Il risque d'avoir une maladie à virus, ou une maladie à bactérie ? C'est un grand week-end qui se présente, on va attendre tranquillement avec une douzaine d'ordonnances ? Ouais, pourquoi pas, mais là, on se couvre, on met un parapluie, mais si on prend le risque du malade, je crois quand même que lui mettre un antibiotique, ça a jamais tué personne, enfin moi je pense qu'il faut être un peu plus interventionniste, quand on doute, et chercher quand même un petit peu là où il peut y avoir une complication, voilà.

142. dans les années qui viennent de s'écouler, alors on peut reprendre effectivement l'éducation des gens, la presse etc. et puis je pense une vraie notion scientifique qui est quand même celle des antibiotiques et puis de leur efficacité et puis heu, de l'antibiorésistance ; je pense qu'on est arrivé aujourd'hui quand même, à la fois, à souscrire à ce que vient de dire 2, et à effectivement, on a une tendance, sur certains cas de figure, à se couvrir et je crois que on est plus satisfait à titre personnel, par ce genre de situation

142. mais, qu'on s'est quand même débarassé, je dirais, de la pression des parents vis-à-vis de ça, et ça c'est pas si mal que ça parce que je pense que, je ne sais pas si c'est la jeunesse, entre guillemets, mais où il y a 20 ans, j'avais à la fois, peu d'arguments scientifiques vis-à-vis de l'antibiorésistance, et j'avais entre guillemets aussi, une pression parentale qui était beaucoup plus forte qu'elle ne l'est à l'heure actuelle. Donc, on peut admettre effectivement qu'on s'est débarrassé de la pression, je dirais, des parents, qu'on peut avoir des arguments quand même scientifiques, et qu'on peut effectivement en même temps, heu, souscrire à un doute intuitif, hein, je vais ajouter peut-être le mot intuitif, et se dire « Bon, j'ai pas envie que ça se passe très très mal en 48 heures », et donc, effectivement de temps en temps, heu se couvrir.

143. je passe beaucoup de temps à expliquer aux parents pourquoi je mets un antibiotique, ou pourquoi je n'en mets pas, mais je leur explique vraiment bien, et je pense que maintenant avec tout ce qu'on leur dit, les informations qui passent, les trucs sur internet, les gens sont au courant de plein de choses, donc ils comprennent bien en fait l'explication qu'on leur donne, ou que je leur donne. Alors, quand je leur explique bien, je leur explique aussi quand je mets un antibiotique le samedi matin, que c'est parce que y'a le week-end et que y'a ces 48 heures et que je sais pas comment ça va se passer et que je préfère qu'ils aient un antibiotique, et jusqu'à présent ça se passe bien.

144. Je fais pas de deuxième ordonnance, je le faisais pendant une période, mais je le fais pas, parce que moi je préfère que les gens me rappellent, et je préfère avoir les gens au téléphone, pour pouvoir précisément leur dire « Oui, bon, effectivement », je les revois pas forcément, mais je leur dit « Oui, effectivement, je vais vous faire l'ordonnance d'antibiotiques ou... », voilà.

145. Moi non plus je fais pas de deuxième ordonnance

146. j'ai pas le sentiment de céder à la pression des parents, c'est plutôt le contraire, c'est-à-dire c'est quand je veux mettre des antibiotiques, j'ai l'impression que là, il faut vraiment plus s'expliquer que quand on veut pas en mettre

147. j'ai pas de pression de week-end, je travaille le samedi matin aussi, y'a une journée et demie, voilà je dis aux gens, vous me rappellerez le lundi, j'ai pas ce sentiment là.

148. j'ai une double chance, parce que je suis en banlieue nantaise donc, heu, j'ai une association d'urgentistes qui rayonnent sur la région et donc, qui prescrivent pratiquement jamais d'antibiotiques, donc c'est bien parce qu'on revoit assez régulièrement 48 heures après, les gens ils reviennent vers leur médecin traitant, donc ça c'est bien, on revoit un petit peu ça, et puis y'a énormément de pédiatres aussi, donc tous les enfants sont suivis par les pédiatres, qui donnent assez peu d'antibiotiques, c'est comme ça, donc heu, le soir à 7 heures et demie, c'est plutôt le médecin généraliste qui les reçoit donc c'est quand même pas mal. Donc, sous ce double argument là, c'est vrai que, bon, on a tendance quand même à être plutôt le médecin de 2^{ème} recours, donc c'est toujours beaucoup plus facile et on voit quand même les gens qu'arrivent, du coup, quand ils en ont besoin, et souvent moi je les ai pas vus avant quand ils en avaient pas eu besoin, heu, parce qu'ils ont (.) comme l'offre de soins est vaste sur l'agglomération, donc de toutes façons, quand ils ont mal, et bien, ils trouvent autre chose, ou ça c'est un petit peu, ce qui se passe sur l'agglom.

149. je n'ai plus l'impression de ressentir comme mes consoeurs et mes confrères la pression des patients, qu'on ressentait au début de mon installation, il y a 13 ans. Heu, on passe du temps, on passe du temps à expliquer aux patients pourquoi on fait ceci, pourquoi on fait cela, heu j'ai, l'impression que les patients ont mûri, ont avancé aussi, et on arrive à mieux expliquer

150. mes prescriptions du samedi matin, heu ça dépend du contexte, ça dépend de l'enfant que j'ai en face de moi, ça dépend de l'environnement de l'enfant, mais autrement non, ça change pas plus.

151. l'attitude des familles est très variable vis-à-vis de la prescription d'antibiotiques ; on le sait pratiquement, les hostiles, les partisans d'une antibiothérapie à tout bout de champ, bon c'est certain que ça doit nous influencer, moi il m'est arrivé toutefois de ne pas perdre mon temps à expliquer à une famille qui voulait absolument un antibiotique, alors que j'aurais peut-être demandé d'attendre 48 heures avant de prescrire, et inversement, peut-être pas inversement, de prescrire des antibiotiques que je n'aurais peut-être pas prescrits si la famille n'avait pas fait une telle pression, mais bon d'où l'intérêt de bien connaître ses patients, heu, puis globalement ça se passe bien, je veux dire, heu, sur une clientèle quelques rebelles, mais, sinon ils adhèrent quand même facilement à nos prescriptions.

152. on est quand même aidés par tout ce qui passe dans les médias, et les patients ont entendu quand même les messages, donc c'est plus facile à expliquer, puisque c'est des choses qu'ils ont intégrées, je pense.

153. nos patients sont influencés par les médias, ils ont bien entendu le message que l'antibiothérapie n'est pas indispensable

154. et puis nous, de notre côté on est quand même, on a toutes les retombées des infections hospitalières qui nous reviennent en ville, quand même, trop régulièrement, heu, je veux dire sur Saint-Nazaire, je sais pas exactement les chiffres, mais c'est (.) tout patient rentrant à l'hôpital ressort avec une infection urinaire ou autre, maintenant c'est quasiment systématique, donc je pense que je suis très attentif maintenant sur toutes mes prescriptions mais pas uniquement pour les infections oropharyngées, pour éviter les sélections, je pense que je, j'ai depuis 20 ans, très nettement limité mes prescriptions d'antibiotiques, que ce soit pour l'ORL, et pour les infections urinaires, je ne traite plus les bactériuries ou des choses comme ça. Ça m'a quand même, heu, je pense que la sélection du germe me trotte dans la tête maintenant, très rapidement.

155. je pense que la prescription d'antibiotiques a énormément évolué, on en faisait plus y'a dix-quinze ans, heu, et même au niveau des antibiotiques eux-mêmes, vu la résistance bactérienne aux antibiotiques, on est arrivé à avoir énormément de boomerangs, heu, aujourd'hui, on en met moins, moi j'en mets de beaucoup beaucoup beaucoup moins, je suis rendu pratiquement qu'à 2 % de prescription antibiotique dans la pathologie oropharyngée

156. je pense que malheureusement on arrive à avoir des classes thérapeutiques en antibiotiques qui sont minutées, on ne va plus rien avoir d'ici peu de temps si on ne fait pas attention, voilà.

157. j'ai toujours quand même en mémoire mon vieux beau-père de pharmacien, décédé maintenant, qui me disait quand même qu'il avait connu toutes les maladies épouvantables, c'était pas si vieux que ça c'était juste pendant la guerre et avant la guerre, et c'est vrai qu'on a un confort maintenant (.) un inconfort que tous les gens n'ont (.) enfin, que (.) tous les vieux ont connu et que nous ne connaissons jamais heureusement, quoi ; et bon c'est donc bien partager quand même l'idée de 2, en disant que si c'est pas automatique, en tout cas c'est quand même hyper pratique, et ça nous sort quand même bien des ennuis, on voit plus les otites épouvantables qu'on voyait y'a 25 ans, quand on a commencé, enfin, on faisait des paracentèses à tire-larigot, les ORL perçaient je sais pas si c'était justifié ou pas, j'avais pas les compétences rit, mais enfin on voit plus ça, on voit plus des gamins avec des infections récidivantes quand même très très florissantes, comme on voyait non plus

158. quand même le bon antibiotique au bon moment à la bonne dose, pour le bon usage, ça a quand même fait beaucoup de bien, et ça a permis de tempérer beaucoup les choses

159. faut peut-être qu'on continue un petit peu dans la modération, et puis je pense que ça se passera bien.

160. les médias ont quand même, facilitent le discours auprès des patients, et sans doute ça nous facilite la tâche par rapport à la prescription des antibiotiques.

161. je prescris très peu d'antibiotiques maintenant, beaucoup moins qu'avant aussi, et effectivement je trouve que les médias nous ont bien aidés dans ce domaine-là.

162. en même temps effectivement, je pense que la prescription a changé aussi ; alors moi j'accorderais beaucoup d'importance hormis les médias, heu finalement à quelque chose qui marque beaucoup l'antibiorésistance et que on va peut-être leur faire un tout petit point positif, les laboratoires ont quand même fait évoluer leurs antibiothérapies avec des spectres qui sont tellement précis maintenant et qui nous aident quand même finalement, qu'aujourd'hui on a des cases bien repertoriées, et qu'on a un ciblage qu'est si bon que il nous est quand même aujourd'hui difficile, ou alors faut vraiment être ahuri, pour se tromper de case par rapport à la pathologie qu'on va avoir besoin de ... , et même si effectivement je reprends l'argument de 6, on va avoir méfiance effectivement, ou 7 disait plutôt, des antibiotiques de plus en plus restreints, c'est quand même un bel outil aujourd'hui, qu'il y a quelques années on nous a offert, pour quand même bien mieux choisir, parce qu'effectivement il y a 20 ans, on nous disait qu'effectivement tous les antibiotiques étaient bons partout, et on a quand même avec le recul, eu l'impression que c'était une belle erreur, il y a 20-25 ans puisqu'on utilisait à peu près tout, n'importe où.

163. j'ai commencé la médecine avec un papier et un stylo et un stétho, heu, j'ai été élevé en 1976 dans la hantise du streptocoque et du rhumatisme articulaire, donc les antibiotiques, je peux vous dire, que, en Pneumologie aux Enfants Malades à Paris, ça y allait... Alors j'ai donc toujours un petit peu, un petit peu plus le réflexe antibio que les jeunes confrères probablement

164. c'est vrai que la diminution de la quantité d'antibiotiques, d'années en années se fait très flagrante, c'est le bilan. Parce que l'on est plus précis, parce qu'on est plus adapté.

165. j'ai beaucoup diminué ma prescription d'antibiotiques, j'en suis bien content

166. je crois qu'il faut dépasser ce problème, de celui de la prescription, c'est quelle prévention, c'est, à mon avis c'est un problème beaucoup plus vaste que celui dont on est en train de parler, c'est quid des places en crèches, pourquoi les enfants continuent à aller en crèche avec 38,5 - 39, pourquoi ils vont à l'école avec une angine bactérienne documentée, le problème il est là

167. je crois que tous les infectiologues le savent, la France est un désastre sur le plan antibiotiques, antibiothérapie, en Espagne, ils ont moins de résistance, en Italie, ils ont moins de résistance, dans les pays Nordiques aussi, que font nos politiques ? C'est bien de prescrire moins d'antibiotiques, est-ce que derrière y'a des programmes pour que le papa ou la maman dont l'enfant est malade puisse rester à garder son enfant tout en étant payé ; ça coûterait pas plus cher, y'aurait moins de dissémination des infections, c'est un problème qui dépasse à mon avis celui dont on est en train de parler actuellement, faut aller beaucoup plus loin et c'est pas parce que les médecins de caisse disent « Il faut moins prescrire d'antibiotiques », je crois qu'il faut voir le problème beaucoup, plus profondément, beaucoup plus loin, pourquoi est-ce que la France est si mal placée par rapport à l'Europe, je pense que le problème il est là, et on connaît les réponses, on les connaît, mais heu...

168. Alors, ça me dit rien du tout

169. les recommandations par rapport aux bronchites, je revois le papier, mais par rapport aux infections oropharyngées, non ça me dit rien.

170. Ou il a peut-être glissé entre 2 pubs ?

171. Heu, quand les a-t'on reçues ?

172. A-t'on reçu ça ?

173. C'est fort possible qu'on les ait reçues rire collectif, c'est fort possible. Mais je pense que si on les a reçues, j'ai dû lire des choses, je lis quand même avant de jeter, souvent et bon c'est des choses qui me laissent rêveur, parce que ça vient quand même toujours un petit peu des hautes sphères qui manquent un petit peu d'une pratique de terrain, quotidienne, et, bon je fais beaucoup plus confiance à ce genre de réunions pour avoir le sentiment de gens qui voient des vraies maladies et des vrais malades, plutôt que des gens qui manipulent des statistiques dans tous les sens pour donner des bonnes idées, bon c'est sûrement, ça donne des idées générales, bon cela dit, au quotidien c'est rarement aussi simple que un arbre décisionnel : je mouche je machin, oui non, je machin, je truc, je bidule, quoi, non...

174. Je crois que je l'ai pas lu, non plus.

175. Moi, je pense que je l'ai lu, mais il y a quelques temps et je m'en rappelle pas très bien.

176. Pas vu non plus.

177. Ca n'a aucun intérêt.

178. Par contre, je voudrais insister sur des recommandations de sécurité sociale en ce moment dans les, des gens de la sécurité sociale qui viennent nous voir pour nous parler de nos excès de prescriptions en antibiotiques, en anti-cholestérol et tout ça ; et je crois qu'il faut bien insister sur le fait que leur passage ne doit rien changer, parce que si on change quelque chose à la suite de leur passage, cela prouvera vraiment qu'avant on faisait n'importe quoi.

179. Moi je crois qu'il est quand même important de dire, que lorsqu'on est sortis de cette faculté ou d'une autre, on nous a appris des choses, et ça c'est quand même très important, et ces choses elles ont pas à être remises en cause, hormis si y'a d'autres consensus. Moi je suis sorti de cette faculté, et j'avais 6 mois de formation, et j'apprenais par les ondes radio et par les journaux que les médecins généralistes étaient des nuls, je venais d'avoir mon diplôme. Je suis en train de me poser des questions

180. Je crois que les facultés nous ont appris à devenir des médecins, cette formation qui nous a été donnée a été affinée par notre pratique quotidienne, générale et auprès de nos pairs, en discutant entre nous et que ces têtes bien pensantes, qui savent mieux que nous, ils feraient mieux de venir dans nos bureaux, suivre nos journées de 10,12 à 13 heures par jour et puis peut-être après ils réfléchiraient autrement. C'est mon avis.

181. Est-ce que les recommandations existent, est-ce que l'on les a reçues ?

**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

L'utilisation effective du test de diagnostic rapide (TDR) dans la prise en charge de l'angine méritait d'être explorée par une étude de pratique en médecine générale.

Une enquête par questionnaire complétée par deux *focus group* a permis d'identifier les déterminants de l'utilisation du TDR et de la prescription d'antibiotiques.

Les données issues des 525 questionnaires renseignés entre novembre 2006 et janvier 2007 par 45 internes auprès de 116 médecins généralistes maîtres de stage indiquaient que le TDR était utilisé dans 50% des cas en raison d'un doute diagnostique. 11% des patients ont reçu un antibiotique malgré un résultat de TDR négatif. Pour un même patient, un antibiotique était moins souvent prescrit en cas de réalisation du TDR. 71% des médecins maîtres de stage reconnaissaient l'utilité du TDR. Mais seule la moitié d'entre eux se déclarait prête à poursuivre son utilisation lorsqu'il ne serait plus financé par l'Assurance Maladie.

Les *focus group* auxquels ont participé des médecins non maîtres de stage en mars 2007 montraient que les recommandations de l'Afssaps réactualisées en 2005 restaient peu appliquées. Le score de Mac Isaac était méconnu mais ses critères étaient connus et reconnus comme éléments décisionnels, avec ou sans réalisation d'un TDR.

Mots clés : angine – TDR – recommandations – antibiotique – *focus group*