

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Pierre Barsi

né le 20 juillet 1985 à Cholet (49)

Présentée et soutenue publiquement le *10 Juin 2014*.

TITRE DE LA THÈSE

Comprendre les mécanismes décisionnels de la prescription des AINS dans le traitement symptomatique de l'angine : étude qualitative à partir de 19 entretiens semi-dirigés.

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN

Remerciements

Au Professeur Rémy SENAND,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour toute votre implication au sein du Département de Médecine Générale de Nantes.

Au Docteur Cyrille VARTANIAN,

qui n'a pas hésité un instant à prendre la direction de cette thèse, et que je remercie vivement pour m'avoir guidé tout au long de ce travail, pour ses conseils et sa disponibilité.

Au Professeur Jacqueline LACAILLE et au Professeur Eric BATARD,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury malgré vos contraintes.

Un grand remerciement tout particulier à Clotilde, qui a su m'encourager, me soutenir, me motiver et surtout être présente à mes côtés. Je te remercie également pour toute l'aide que tu m'as apporté dans la correction de ce travail.

A mes parents, Suzanne et André, qui ont su m'encourager depuis tant d'années. Merci de m'avoir soutenu et encouragé pendant ces longues études de médecine.

A ma sœur Clémence, pour son réconfort dans les moments difficiles.

A ma grand-mère, Marcelle que je remercie pour son soutien et son attention apportée à mon parcours scolaire.

A mes beaux-parents qui ont su me faire découvrir la Bretagne !

A mes camarades de sous colle : Vincent, Gürbuz et Johan.

A tous mes amis, Nantais, Pictaves et Herbretais, pour tous les moments difficiles ainsi que les joies passés ensemble depuis tant d'années.

A tous mes camarades d'internat avec qui j'ai passé de fabuleux moments !

Au cabinet médical de la Guyonnière, Françoise, Emmanuelle et Lydie qui m'ont permis de bien démarrer mon métier de médecin généraliste.

Un dernier merci à tous ces Professeurs et médecins qui m'ont transmis leurs savoirs.

Liste des abréviations

-AINS: Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

-AIS: Anti Inflammatoires Stéroïdiens

-HAS: Haute Autorité de Santé

-AFSSAPS: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

-ANSM: Agence Nationale de la Sécurité du Médicament

-DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

-INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

-CREDES: Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

-PPA: Phlegmon Péri-Amygdalien

-APA: Abscesses Péri-Amygdalien

Sommaire

1. Introduction.....	6
2. Matériel et Méthode.....	10
2.1. Revue de la littérature.....	10
2.2. Une enquête de terrain qualitative	11
2.3. Méthodes de recueil des données	12
3. Résultats.....	19
3.1. Etude qualitative auprès des médecins généralistes de Vendée	19
3.2. Relevés thématiques des entretiens	25
3.3. Analyse thématique transversale de l'ensemble du corpus	44
3.4. Construction de l'arbre thématique	54
4. Discussion.....	56
4.1. A propos du sujet.....	56
4.2. A propos de l'objectif.....	56
4.3. A propos de la méthodologie.....	57
4.4. A propos des résultats de l'enquête de terrain	58
4.5. Les alternatives thérapeutiques.....	70
5. Conclusion	72
6. Bibliographie	74
7. Annexes	80
7.1. Grille d'entretien.....	80
7.2. Tableaux des caractéristiques des informateurs	81
7.3. Annexe 3 : verbatim entretien sur cédérom.....	81

1. Introduction

L'angine est une pathologie oropharyngée à prédominance hivernale. On compte en France 8 à 9 millions de cas par an (1). L'angine se présente sous forme virale dans 60 à 90% des cas et bactérienne dans 10 à 40% des cas. Elle se transmet par voie aérienne au contact d'un porteur sain ou malade. Quel que soit l'âge, les saisons, les angines aiguës sont virales la plupart du temps. Les virus les plus souvent impliqués sont : rhinovirus, adénovirus, virus influenzae et para influenzae. Environ 4% des angines sont causées par le virus de l'herpès et moins de 1% par le virus d'Epstein-Barr. Le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A est la bactérie la plus souvent présente. Le streptocoque bêta hémolytique du groupe C est présent dans 5% des angines aiguës. Les autres causes bactériennes sont rares mais doivent être évoquées dans un certain contexte clinique : diphtérie, gonocoques, syphilis, germes anaérobies (Angine de Vincent).

Une angine aiguë se manifeste par la survenue soudaine d'une douleur de l'oropharynx, avec une dysphagie. A l'examen, on observe des signes d'inflammations pharyngée (érythème, exsudat pharyngé) et amygdalienne (augmentation du volume des amygdales), parfois associés à une ulcération ou à des membranes amygdaliennes. Une atteinte du voile du palais, du nasopharynx et des tissus lymphoïdes voisins (végétations adénoïdes, ganglions lymphatiques cervicaux) est parfois présente. Des manifestations générales telles qu'un état fébrile et une asthénie sont souvent associées. Aucune donnée clinique ne permet de distinguer à elle seule l'origine virale ou streptococcique A d'une angine aiguë avec certitude. Les critères de Mac Isaac associant quatre critères cliniques permettent d'estimer la probabilité d'une infection à streptocoque A. Ils sont : une fièvre supérieure à 38°, présence d'au moins un ganglion cervical antérieur douloureux à l'examen, une atteinte amygdalienne et l'absence de toux.

Le test de diagnostic rapide est utile quand 1 ou 2 critères sont présents chez les enfants de 3 à 14 ans, 2 critères et plus chez les adultes de moins de 45 ans et plus de 3 critères chez ceux âgés de plus de 45 ans. Ce test permettra de rechercher la présence d'antigènes de la paroi du streptocoque A. Il se réalise en réalisant un écouvillonnage précis au niveau des amygdales et du pharynx. Une immunochromatographie permettra de révéler la présence d'antigènes du streptocoque A. Une technique rigoureuse permet d'obtenir une spécificité de 95%. Ce test est disponible gratuitement sur demande à la caisse primaire d'assurance maladie et peut donc être facilement réalisé au cabinet du généraliste (2).

L'angine aigüe, y compris celle à streptocoque A guérit presque toujours spontanément, avec disparition de la fièvre et des maux de gorge en quelques jours, même en l'absence de traitement antibiotique : la douleur disparaît dans les 3 jours chez environ 40% des patients, et dans les 7 jours chez environ 85% des patients. La principale complication des angines à prendre en compte est le risque d'infection locorégionale, notamment le phlegmon péri-amygdalien (PPA), l'abcès péri-amygdalien (APA) et l'adénite cervicale suppurée. Les troubles sont alors marqués par un œdème amygdalien refoulant la luette et un exsudat unilatéral faisant craindre une évolution vers une suppuration pharyngée. Elle concerne environ 10% des patients ayant des signes d'angine à streptocoque A. Les complications graves des angines à streptocoques A, hors du pharynx, telles que le rhumatisme articulaire aigu et les glomérulonéphrites post-streptococciques sont devenues exceptionnelles dans les pays riches, même en l'absence d'antibiothérapie (3).

Concernant les objectifs principaux du traitement de l'angine aigüe, ils visent à soulager les symptômes locaux (douleur de l'oropharynx, déglutition difficile) et les symptômes généraux (fièvre, myalgies, arthralgies). Ils ont aussi pour but d'accélérer la guérison de l'infection en cours, de réduire le risque de complications locorégionales, de limiter les risques de récurrence et de transmission à l'entourage. Les traitements non médicamenteux reposent sur la consommation de boissons et de confiseries.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont des propriétés antalgique et anti-inflammatoire. Ces propriétés sont parfois utilisées en médecine générale dans le traitement des douleurs oropharyngées bien qu'il existe une certaine réticence à leur utilisation dans cette indication. Cette réticence provient du risque de survenue de complications locorégionales que sont les phlegmons péri amygdaliens, les abcès pharyngés et les cellulites cervicales. De nombreuses sociétés savantes préconisent de rester prudent comme le soulignent la recommandation HAS de novembre 2011 (4) et la revue Prescrire (5,6). En effet, il n'est pas démontré d'une part que l'ibuprofène, anti-inflammatoire le mieux évalué, soit plus efficace dans le traitement de la douleur. D'autre part, l'association paracétamol et ibuprofène n'a pas montré d'effet supérieur sur la prise en charge de la fièvre.

In vitro, les AINS diminuent les défenses immunitaires par diminution de l'activité chimiotactique, phagocytaire et antibactérienne des granulocytes (7). En étude clinique, la littérature est pauvre sur le sujet. Pourtant, il est certain que lors de la formation des médecins, les AINS sont souvent enseignés comme substance potentiellement dangereuse lors d'infections. Quelques études cas-témoins ont retrouvé une association forte entre AINS et

complications cutanées mais cela concernait l'utilisation d'AINS au cours d'une infection varicelleuse (8,9).

En 1986, le Pr Gehanno interrogé par la revue Prescrire conclut qu'une évaluation sur l'utilisation des AINS dans les infections oropharyngées est nécessaire (10).

En 1991, le revue Prescrire s'interroge de nouveau sur l'indications du Nifluril® dans les otites aiguës simples chez l'enfant de plus de 6 mois (11).

En 1998, une étude commandée pour l'observatoire national du médicament étudie la prescription des AINS et des antibiotiques dans l'angine. Il s'avère que les AINS dans l'angine sont prescrits en association avec les antibiotiques dans 17% des cas, et seuls dans 14.4% des cas (12).

Entre 1999 et 2000, une étude observationnelle s'intéresse au traitement de l'angine par les médecins généralistes et les pédiatres : les AINS sont prescrits dans 18% des cas par les généralistes chez l'enfant et 15% par les pédiatres. Le paracétamol est prescrit dans 68% des cas (13).

En 2001, dans la Presse Médicale, un article sur l'inflammation et pharyngo-amygdalite aiguë stipule « qu'il n'y a pas de données permettant d'établir l'intérêt des AINS à dose anti-inflammatoire et des corticoïdes par voie générale dans le traitement des angines aiguës ». Mais il préconise l'utilisation des AINS à dose antalgique sur une courte durée associés au paracétamol (14).

En 2005, une étude déclarative menée en Italie s'intéresse à la prescription des AINS dans les infections oropharyngées chez l'enfant de 0 à 5 ans. Les pédiatres utilisent dans 61% des cas le paracétamol et dans 21 % un AINS (10% ibuprofène, 11% acide niflumique) (15).

Pour avoir une idée plus précise de l'ampleur des prescriptions de l'ibuprofène en pédiatrie au niveau national, on peut se référer au panel IMS de l'été 2006 publié par l'HAS. Cette année-là, les prescriptions d'Advil® en suspension buvable enfant/nourrisson ont été évaluées à 2 415 000 dont 85,1% par les médecins généralistes, 14,5% par les pédiatres et 0,4 % par des médecins d'autres spécialités ou non identifiés. Le motif de la prescription était une rhinopharyngite aiguë dans 20,7% des cas, une pharyngite aiguë dans 19,1% des cas (16).

La dernière recommandation publiée par l'HAS en novembre 2011 précise que le paracétamol doit être utilisé en première intention (4). En cas de douleurs majeures ou de contre-indications au paracétamol, l'ibuprofène à dose antalgique peut être prescrit en jugeant

bien le rapport bénéfice/risque chez chaque patient. De nombreuses études contre placebo ont montré que les AINS à doses antalgiques sont efficaces sur le plan antalgique (17–24). D'autres études ont montré la supériorité des AINS à doses antalgiques versus paracétamol (25–27). A ce jour, l'ibuprofène est un médicament auquel les médecins ont souvent recours et il est prescrit quotidiennement en cure courte. Il est souvent utilisé en automédication puisqu'il est disponible sans ordonnance en officine. Selon l'agence nationale de la sécurité du médicament, les antalgiques représentent 20% du volume des médicaments sur le marché (paracétamol, paracétamol codéiné et ibuprofène). L'ibuprofène se classe à la troisième place (28).

En 2006, une étude rétrospective publiée en 2009 dans médecine et maladies infectieuses, a analysé l'exposition aux AINS lors de la survenue d'un phlegmon péri-amygdalien. Cette étude, réalisée au CHU de Nantes, a recensé 34 patients hospitalisés pour PPA de janvier à décembre 2006. Vingt patients (60%) avaient été exposés préalablement aux AINS. Après traitement chirurgical, l'évolution a été favorable mais les auteurs n'ont pas pu établir l'impact de la consommation d'AINS dans la survenue de PPA (29).

Par la suite, une étude de cohorte multicentrique effectuée dans 13 CHU a permis sur la période de septembre 2008 à juin 2012 d'inclure 412 patients porteurs d'un abcès amygdalien. Cette étude montre que dans 71% des cas les patients, avaient consommé au préalable un AINS ou un anti-inflammatoire stéroïdien. 22% des patients les avaient pris en automédication. Chez 6% des patients, on a retrouvé une complication (cellulite cervico-faciale, abcès cervical, *Clostridium difficile*). Cette étude a permis de montrer que la majorité des patients porteurs d'un APA a été exposée aux AINS ou aux corticoïdes dans les 10 jours précédant le diagnostic.

D'autre part, le 120^{ème} congrès des ORL de France a rappelé en octobre 2013 qu'il fallait limiter l'utilisation des AINS dans l'angine au vu de la recrudescence des complications (30). L'autorisation de la vente libre sur le marché depuis 2006 de certains médicaments est contestée.

Dans la littérature, aucune étude ne s'est intéressée aux déterminants de la prescription des anti-inflammatoires dans l'angine par les médecins généralistes. A partir de là, nous avons souhaité mettre en place une étude qui a pour but de comprendre les processus décisionnels de prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens par les généralistes vendéens dans la prise en charge symptomatique de l'angine.

2. Matériel et Méthode

La recherche s'est déroulée en 2 étapes.

2.1. Revue de la littérature

2.1.1. Objectifs

De nombreux articles traitent de la prise en charge thérapeutique de l'angine que ce soit sur le plan de l'antibiothérapie ou du traitement symptomatique. Il existe de nombreuses études comparatives évaluant l'efficacité du paracétamol par rapport aux AINS et au placebo. D'autre part, de nombreuses études s'intéressent aux processus décisionnels des médecins généralistes lors de leur consultation. Nous avons essayé de savoir si des investigations avaient été effectuées sur la recherche des processus décisionnels de la prescription des AINS dans l'angine. Nous avons retrouvé dans nos recherches une thèse évoquant ce thème (31).

Aussi, nous avons voulu isoler dans l'ensemble de ces travaux, les éléments relatifs au vécu ou au ressenti du médecin généraliste. Nous avons souhaité aller au-delà des éléments relatifs à ses compétences, à sa formation ou à ses attentes, afin d'isoler des éléments de réponses à notre questionnement initial.

Ce travail d'analyse de la littérature a donc été réalisé en amont de l'enquête de terrain qui constitue le cœur de notre travail de thèse.

2.1.2. Outils et méthodes de recherches bibliographiques

La première étape de ce travail a été de rechercher dans la bibliographie francophone des éléments relatifs aux déterminants de la prescription des AINS par les généralistes dans l'angine à partir de 1980 jusqu'à nos jours.

Nos recherches documentaires ont été réalisées à partir du moteur de recherche Trip Database, du catalogue SUDOC qui répertorie l'ensemble des thèses et de Google Scholar. D'autre part, les sites internet PUBMED, CISMEF, Science Direct, Cochrane, HAS, ANSM, AMELI ont été consultés.

Nous avons aussi mené une recherche sur la bibliothèque Prescrire.

Nous avons concentré nos recherches sur les études qui avaient été réalisées par des professionnels de santé.

Les mots que nous avons utilisés en français sont : angine, pharyngite, AINS et angine, ibuprofène et angine, paracétamol et angine, complication angine, phlegmon péri-amygdalien et angine, abcès amygdalien et angine, effets indésirables AINS, codéine et angine, médecin généraliste, déterminant prescription, relation médecin-patient.

Les mots que nous avons utilisé en anglais sont : tonsillitis, sore throat, NSAIDs and sore throat, ibuprofen and sore throat, paracetamol and sore throat, NSAIDs side effects, codeine and sore throat, general practice.

2.1.3. Méthodes de lecture et d'analyse

Nous avons dans un premier temps effectué une lecture des publications et des thèses trouvées à l'aide de notre recherche par mots clés. Les publications ne concernant pas notre sujet ont été écartées. Celles traitant des processus décisionnels de prescription des généralistes et des prises en charge diagnostique et thérapeutique de l'angine ont été retenues.

Nous avons ensuite procédé à une analyse individuelle de chacune des publications et thèses sélectionnées. Nous avons étudié à chaque fois le type de publication, les objectifs, la méthodologie, les idées centrales des auteurs avec leurs argumentations et leurs conclusions. Nous avons enfin isolé notre thème au sein de chacune de ces analyses.

Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse comparée des publications en nous concentrant sur notre thème, l'objectif étant de préciser ce que la littérature dit et ne dit pas à propos de notre sujet.

En fonction de ce travail, nous avons pu établir la pertinence de notre questionnement au sein de la littérature avant de débiter notre enquête de terrain.

2.2. Une enquête de terrain qualitative

2.2.1. Principes

L'analyse qualitative est « d'abord une faculté de l'esprit cherchant à se relier au monde et à autrui » (32). Cette première approche de la pensée qualitative nous a semblé parfaitement adaptée à ce travail de recherche de médecine générale. La prise en charge globale constitue le quotidien du médecin généraliste et du médecin assurant la prise en charge symptomatique. La relation n'est jamais une simple relation de dualité entre le médecin et son patient, elle est toujours une relation d'un Homme avec un autre Homme ayant chacun ses expériences, ses connaissances, ses croyances, son environnement et son

entourage propre. Autant d'éléments et de subtilités qu'il ne nous semblait pas possible d'étudier, de disséquer dans une approche quantitative. Cependant, à travers notre travail de recherche, nous souhaitons nous placer au plus proche de la réalité de la prise en charge thérapeutique de l'angine.

La recherche qualitative a pour particularité d'étudier les comportements, les paroles, les récits de ceux auxquels elle s'intéresse. Il ne s'agit pas là de démontrer et de mesurer, il s'agit simplement d'observer et de comprendre.

2.2.2. Rôle du chercheur

Le chercheur, ou enquêteur, adopte un rôle d'observation, d'écoute, de recueil puis d'analyse des expériences, des attitudes et des récits. Il a un rôle réflexif lui permettant d'analyser les attitudes et comportements humains et d'en comprendre les ressorts. Il n'est pas un phénomène extérieur mais est bien partie intégrante du processus de compréhension.

2.3. Méthodes de recueil des données

2.3.1. Choix et principe de l'entretien semi-dirigé

Le choix de réaliser des entretiens qualitatifs s'est imposé de lui-même car les entretiens produisent du discours, distinct de l'opinion qui est, elle, produite préférentiellement par la réalisation de questionnaires. « Le discours constitue le prolongement d'une expérience concrète ou imaginaire » (33). Il ne s'agit pas de répondre à la question « pourquoi ? » mais plutôt à la question « comment ? ». Comment les médecins généralistes décident-ils de la prise en charge symptomatique des patients dans l'angine ? Nous ne recherchons pas de lien de causalité, mais cherchons bien à comprendre sans décider à priori du système de cohérence interne permettant aux médecins d'élaborer leur prise de décisions.

2.3.2. A partir d'un guide d'entretien

Elaboré en amont de la réalisation des entretiens, le guide est un système organisé de sujets, que l'enquêteur doit connaître de manière à être capable d'improviser des relances ou des questions en lien avec l'objet de sa recherche. Il n'est pas une liste de questions définies à poser directement à l'informateur car il risquerait ainsi de limiter la spontanéité et donc la validité des réponses. Ce guide doit donc « permettre d'obtenir un discours librement formé par l'informateur et un discours répondant aux questions de la recherche » (33).

Notre guide d'entretien a été élaboré à partir du panel de questions de recherche et s'est précisé à l'issue de la revue de la littérature. Nous l'avons près de nous lors des premiers entretiens afin, sûrement, de nous rassurer. Il a été peu consulté tout au long des autres entretiens.

2.3.3. Choix des informateurs et constitution du corpus

Définitions

Les informateurs sont issus de la population que nous souhaitons étudier. Ils sont définis comme étant les acteurs du terrain dont on estime qu'ils sont en position pour répondre aux questions posées (33).

Le corpus est constitué des entretiens réalisés auprès des informateurs. C'est à partir du corpus que le chercheur peut réaliser son analyse réflexive.

Critères d'inclusion des informateurs

Dans notre étude, la population est celle des médecins généralistes exerçant une médecine de premier recours en ambulatoire en Vendée.

Ont été exclus de cette population les médecins généralistes exerçant exclusivement en centre hospitalier, en clinique, dans des collectivités territoriales ou dans des administrations.

Les médecins qualifiés en médecine générale mais n'exerçant pas celle-ci de par une qualification dans une discipline complémentaire d'exercice, telles que la gynécologie médicale ou l'angiologie, ont également été exclus.

Au sein de la population, les informateurs ont été sélectionnés sur des critères de diversité. Ces critères doivent être pondérés mais il n'y a pas de nécessité de représentativité. C'est pour cette raison que l'on parle plutôt d'informateurs que d'échantillon. En recherche qualitative, il n'y a pas de caractère significatif des critères habituels (âge / sexe / situation familiale / etc.) (34). L'objectif, lors du choix des informateurs, est de contraster au maximum les individus interrogés et les situations retranscrites (33).

Nous avons fait le choix des caractéristiques suivantes comme éléments discriminants nous permettant de constituer un groupe d'informateurs diversifié valide :

- Sexe
- Âge
- Année d'installation
- Formation continue ou non
- Lieu d'exercice
- Mode d'exercice
- Implication dans l'enseignement de la médecine générale (maîtres de stage des universités).

Mode d'accès aux informateurs

Nous avons donc recruté, par l'intermédiaire de la liste des généralistes inscrits au conseil de l'ordre, des médecins généralistes exerçant en ambulatoire en Vendée.

Le choix de se limiter au département a été guidé par une nécessité de faisabilité.

Dans un premier temps, nous avons sélectionné un nombre limité de médecins généralistes (une trentaine) que nous avons contactés par téléphone et e-mail. Cette sélection s'est faite au hasard dans le fichier en fonction du sexe pour ne pas avoir que des hommes ou que des femmes.

Lors du premier contact téléphonique, nous avons présenté notre projet de thèse à ces médecins généralistes, en insistant sur notre volonté d'échanger autour de la prise en charge symptomatique dans l'angine et notamment des AINS. Dès lors qu'un médecin acceptait de nous rencontrer, il était inclus parmi les informateurs. Nous avons ainsi recruté dix médecins généralistes. Les refus étaient le plus souvent dus à un manque de temps. N'ont pas été rappelés les médecins qui ne nous ont pas recontacté suite au message laissé sur répondeur ou au secrétariat.

La nécessité de diversifier les informateurs nous a contraints, dans un second temps, à opter pour un accès plus indirect. Nous avons, à ce stade, des médecins exerçant en milieu urbain et rural. Il nous fallait, pour poursuivre notre recrutement et permettre une diversité des

informateurs et des situations, nous assurer que parmi les médecins interrogés, les différentes caractéristiques avancées a priori se retrouveraient.

Les informateurs recrutés dans ce second temps l'ont été à la fois de façon indirecte et ciblée. Nous avons contacté ce deuxième groupe de médecins par l'intermédiaire de notre réseau professionnel. L'inclusion définitive de ces médecins s'est faite, comme précédemment, à la suite d'un bref premier entretien téléphonique. Lors de cette deuxième phase de recrutement nous avons contacté neuf médecins supplémentaires qui ont tous accepté de nous rencontrer.

Le groupe total d'informateurs était alors constitué de dix-neuf médecins.

Constitution du corpus

Comme nous l'avons vu précédemment, nous avons recruté les informateurs afin d'obtenir une diversité maximale des individus. Cette diversité nous a permis de constituer un corpus de récits et de situations également le plus diversifié possible. Au-delà de la diversification des individus et des situations, il nous fallait éviter la dispersion (33) qui aurait rendu l'analyse réflexive et l'obtention d'unités d'analyse plus complexes. Cet écueil était évité en grande partie par l'unité de départ de la population choisie, à savoir les médecins généralistes exerçant en ambulatoire en Vendée.

La taille du corpus correspond, quant à elle, au nombre d'entretiens réalisés. Ce nombre n'a pas été fixé a priori mais a été guidé par une première analyse au fur et à mesure des récits. Cette analyse nous a permis d'évaluer progressivement la diversité des attitudes et modes de fonctionnement des médecins face aux situations de prescriptions d'AINS dans l'angine. Ainsi, nous avons arrêté les entretiens lorsque nous avons mis en évidence une relative redondance des informations recueillies et l'absence de données nouvelles significantes. C'est cette relative saturation des données ainsi que le contexte de réalisation de l'enquête qui permettent d'établir la validité des informations issues des entretiens et non leur probabilité d'occurrence (33,34). Le nombre d'entretiens réalisés a donc permis de saturer les catégories permettant de comprendre les processus de prescription des AINS dans l'angine.

Réalisation des entretiens et recueil des données

Les entretiens ont été réalisés pour la plupart au cabinet des médecins interrogés sauf quatre effectués à leur domicile. Nous les avons réalisés du 14 octobre au 15 décembre 2013. Dans tous les cas, nous leur laissions le choix du lieu afin qu'ils se sentent à l'aise au cours de l'échange. Tous les entretiens ont été fait de visu, le téléphone ne permettant pas un recueil

aisé des données et excluant la mise en place d'une relation de confiance et d'échange aussi poussée. Afin de faciliter le recueil des données et leur analyse, les entretiens ont été enregistrés sous format numérique par un dictaphone de type Olympus DIGITAL VOICE RECORDER VN-2100pc.

2.3.4. Méthodes d'analyses des données

Retranscription

La retranscription des enregistrements audio a été réalisée de façon manuelle. Pour chaque entretien, nous avons retranscrit les propos de l'informateur et de l'enquêteur de façon littérale en utilisant par conséquent les signes conventionnels de la ponctuation pour traduire la parole orale en texte écrit. Nous nous sommes également attardé à mentionner les silences, les hésitations, les rires, etc, afin de rester le plus fidèle possible aux éléments de contexte proxémiques, kinésiques et émotionnels des entretiens.

Données chiffrées

Dans nos résultats, les données chiffrées et les caractéristiques sont présentées dans l'objectif de rendre compte de la diversité de nos informateurs et non dans l'objectif de faire valoir une quelconque représentativité de ces données.

Etude des éléments des discours par analyse thématique

«Les entretiens ne parlent pas d'eux-mêmes» (32). Pour remplir l'objectif de notre recherche, il nous a fallu réaliser l'analyse des discours. Celle-ci se réalise sur le corpus d'entretiens effectués, c'est-à-dire l'ensemble des discours produits par l'enquêteur et les informateurs. Nous nous sommes attardés sur l'analyse de contenu, qui étudie et compare les sens des discours, pour mettre à jour l'expression du vécu et du ressenti (33).

Nous avons fait le choix de réaliser une analyse thématique du corpus.

Réaliser une analyse thématique consiste à attribuer des thèmes en lien avec le matériau soumis à l'analyse. Celle-ci procède à une réduction qualitative des données pour en saisir le propos fondamental (32). Sa fonction première n'est ni d'interpréter ni de théoriser. Elle sert avant tout au relevé du sens des témoignages, à sa synthèse (restitution) puis à sa mise en perspective (analyse) (32). La première étape a été de réaliser la thématisation de l'ensemble du corpus, entretien après entretien. Nous avons opté pour une thématisation en continu, à savoir une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes au fil des lectures répétées du

corpus. La deuxième étape, réalisée simultanément, a été la construction d'un arbre thématique.

Avant de progresser dans la description de ces étapes de l'analyse thématique, nous devons préciser le sens des termes méthodologiques que nous utiliserons par la suite.

Un thème est un « ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans un extrait du corpus tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (32).

Une rubrique est une formule abstraite, outil de classification, ne traduisant pas le propos mais indiquant le sujet abordé. Elle n'est pas, pour autant, dénuée d'intérêt puisqu'elle est un outil nous permettant de classer les thèmes relevés lors du processus de thématisation pour en faciliter la lecture et l'étude (32).

Un ensemble thématique saillant (ou regroupement saillant) est un regroupement de thèmes qui émergent du corpus en fonction de certains critères : la récurrence, la divergence, l'opposition, la convergence, la complémentarité, etc. Ce sont ces critères qui rendent l'ensemble significatif, en mettant en relief les thèmes isolés par la démarche de thématisation continue (32).

Un axe thématique est le résultat de l'analyse des ensembles saillants. Il est destiné à constituer les branches ou ramifications de l'arbre thématique.

Un arbre thématique est une représentation des articulations et des interactions entre les axes thématiques. Il est un outil descriptif utile à la compréhension de l'analyse (32).

Pour la première étape, nous avons relevé les thèmes en utilisant le mode d'inscription en marge du texte. Ceux-ci ont ensuite été transposés au sein de relevés (un par entretien) qui les listent de façon linéaire et les classent sous différentes rubriques en les illustrant par des extraits de verbatim. Le choix des rubriques a été guidé par le contenu du guide d'entretien, ainsi que par les questions et les relances de l'enquêteur. Chaque entretien a donc fait l'objet d'une analyse thématique aboutissant à la rédaction d'un relevé de thèmes. Nous rappelons que notre objectif vise les processus décisionnels des médecins généralistes et non l'analyse de singularités. Les relevés d'entretiens ont donc été, au fur et à mesure de leur construction, confrontés les uns aux autres afin de mettre en évidence les ensembles thématiques saillants. Ils ont fait l'objet d'une analyse transversale continue, obligeant, d'une part, à un aller et retour permanent entre les relevés et, d'autre part, à une lecture flottante du

corpus. Chaque entretien n'a donc pas fait l'objet d'une analyse isolée de son contenu au-delà du relevé de thèmes.

C'est grâce à l'émergence progressive des ensembles thématiques saillants que nous abordons la deuxième étape de notre analyse : la construction de l'arbre thématique. Cette étape étudie les ensembles saillants en les organisant autour d'axes thématiques de réflexion qui participeront à la constitution des branches de l'arbre. Ces axes de réflexions thématiques sont le reflet des interactions entre les ensembles thématiques saillants ; ils en portent le sens (32). L'arbre thématique devient alors un outil de synthèse descriptif puisqu'il présente et organise les thèmes dont nous n'avons eu cesse tout au long de notre travail de vérifier la robustesse à l'épreuve du corpus. Il constitue alors un outil utile à l'interprétation et à la mise en perspective du contenu étudié.

L'ensemble de ce travail d'analyse thématique doit être compris comme le résultat d'une analyse en profondeur des données empiriques pour constituer un tout intelligible grâce à son évolution continue. Les étapes sont décrites dans un objectif didactique mais elles ne doivent pas faire oublier la nécessité pour l'analyste (comme pour le lecteur) de confronter en permanence le fruit de l'analyse aux données empiriques du corpus. Aussi, l'arbre thématique, objet de la discussion, n'est qu'une fenêtre ouverte sur l'ensemble des résultats de la démarche d'analyse thématique.

3. Résultats

3.1. Etude qualitative auprès des médecins généralistes de Vendée

3.1.1. Données générales des entretiens

Nous avons réalisé au total dix-neuf entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes de Vendée dont nous avons détaillé précédemment le mode de recrutement. Nous n'avons pas constaté d'erreur d'enregistrement au cours de ces entretiens. Les dix-neuf entretiens ont donc pu être exploités pleinement. L'annexe 2 reprend les détails de ces facteurs sous forme de tableaux.

3.1.2. Caractéristiques des entretiens

3.1.2.1. Lieux

Le lieu de réalisation des entretiens était laissé à l'appréciation des informateurs. Notre objectif était qu'ils se sentent à l'aise et en confiance pendant la rencontre. Quinze entretiens sur dix-neuf ont été réalisés au cabinet médical de l'informateur en dehors des heures de consultation. Quatre entretiens ont été réalisés au domicile du médecin.

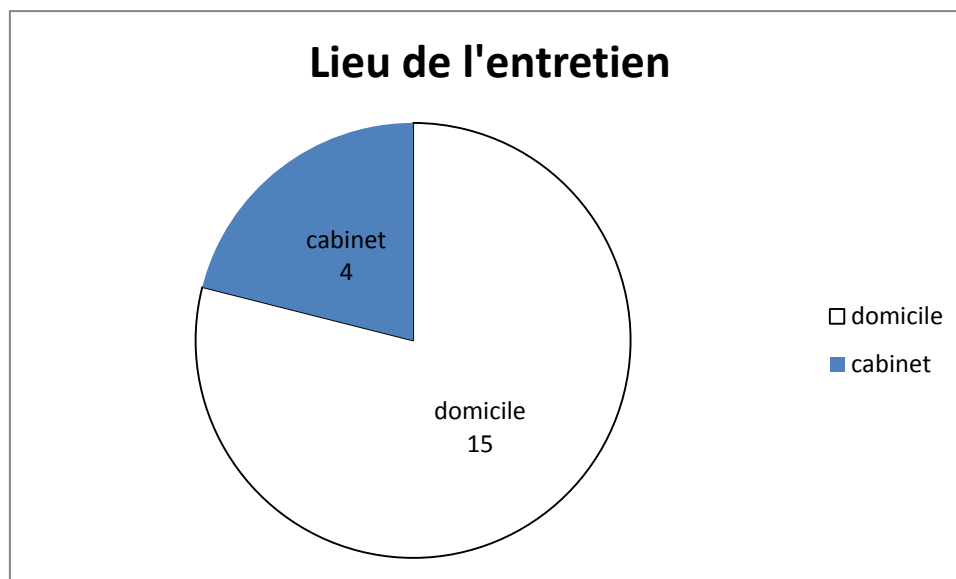


Figure 1

3.1.2.2. Durée

Les entretiens ont duré en moyenne 15 minutes et 27 secondes. Le plus court a été de 8 minutes 35 secondes et le plus long de 25 minutes et 23 secondes.

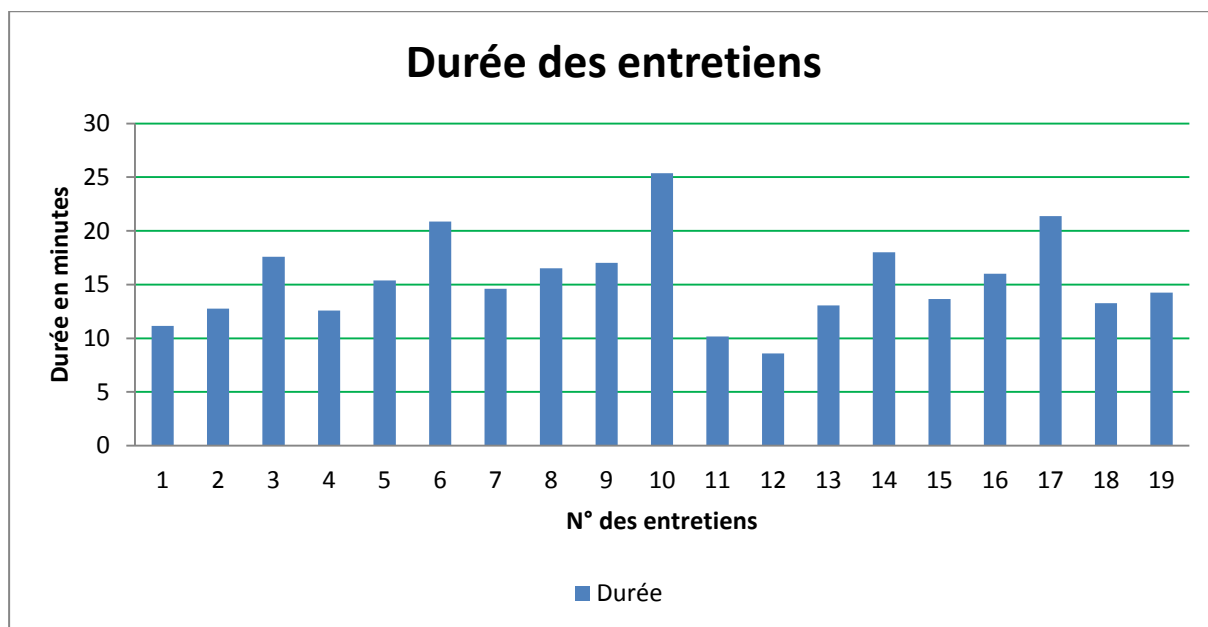


Figure 2

3.1.3. Caractéristiques des médecins interrogés

3.1.3.1. Sexe

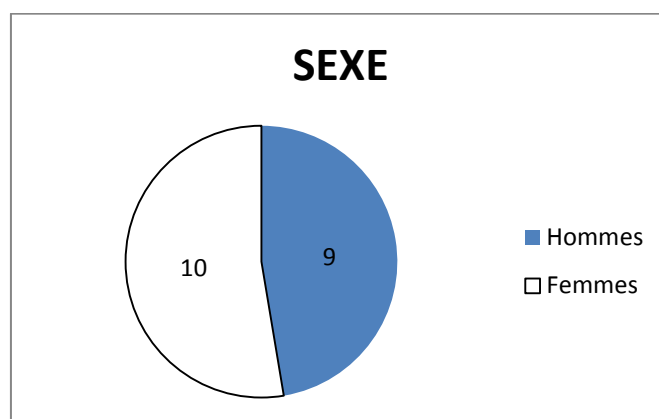


Figure 3

3.1.3.2. Age des informateurs

Le plus jeune des informateurs avait 31 ans et le plus âgé 66 ans. La moyenne d'âge était de 45 ans.

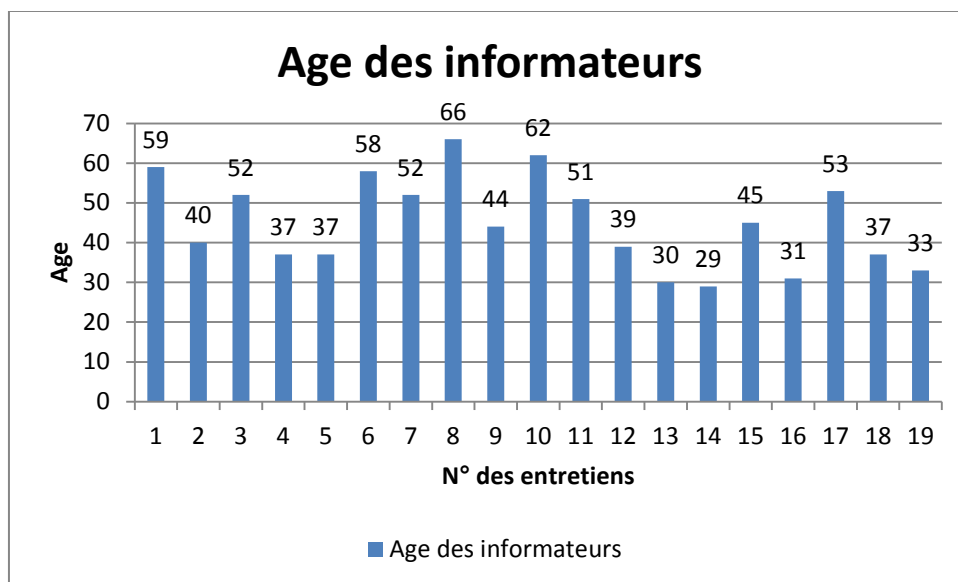


Figure 4

3.1.3.3. Durée d'installation

La durée minimale d'installation retrouvée dans notre échantillon est de 1 an et la durée maximale d'installation 38 ans. La médiane d'installation est de 10 ans.

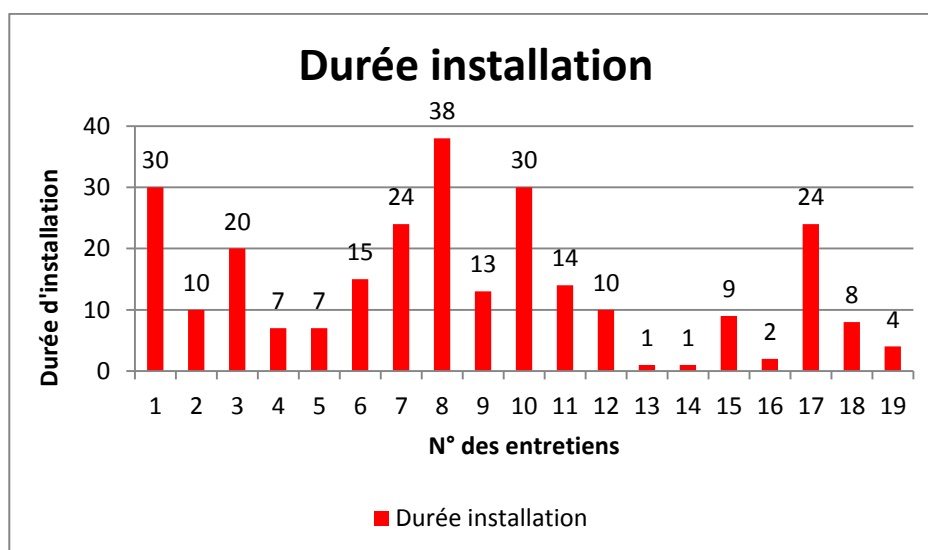


Figure 5

3.1.3.4. Lieux et mode d'exercice

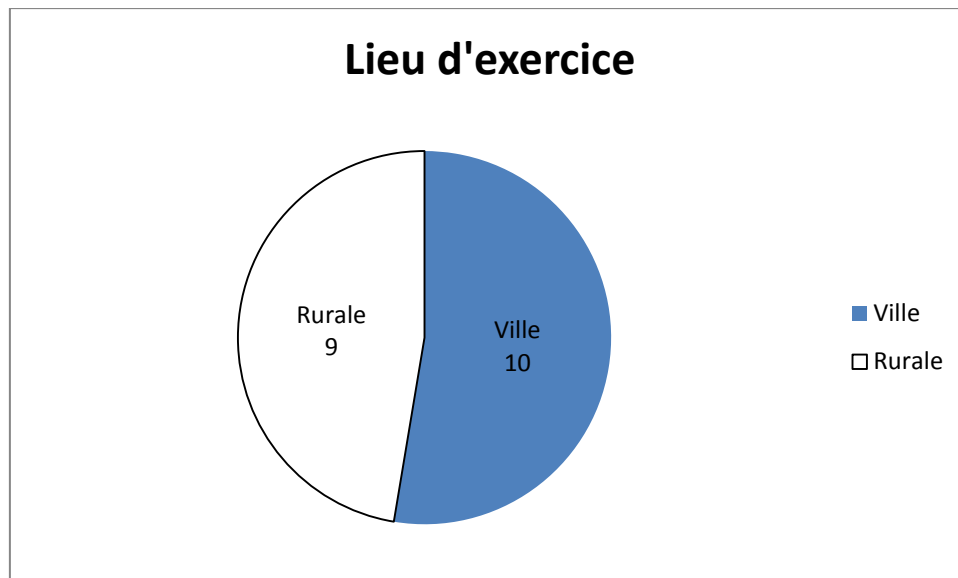


Figure 6

3.1.3.5. Mode d'exercice de nos informateurs.

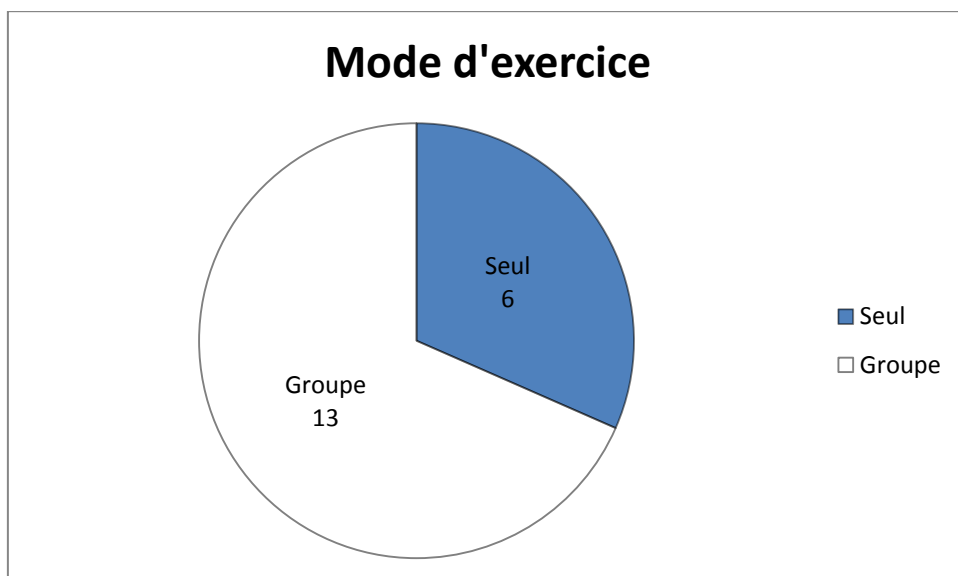


Figure 7

3.1.3.6. Médecins généralistes enseignants

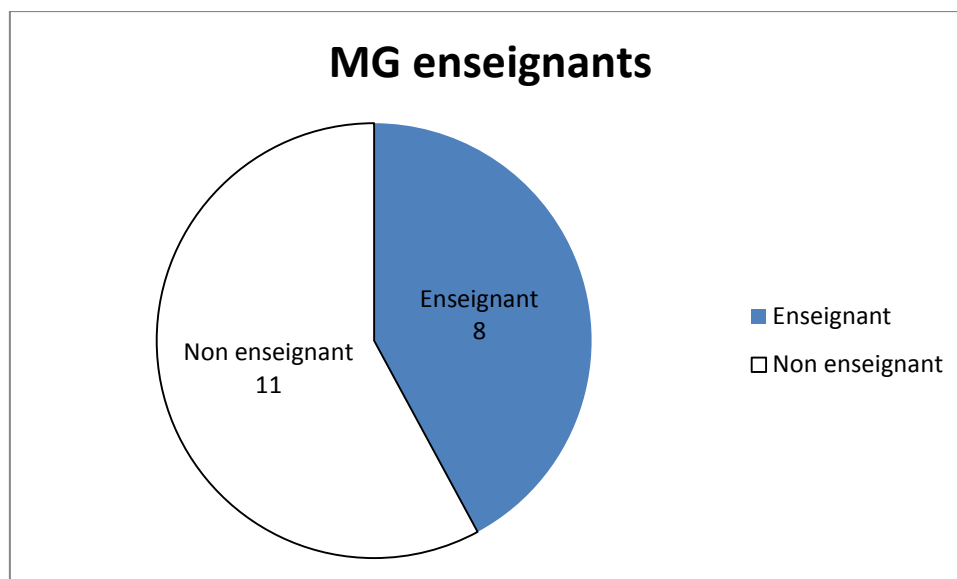


Figure 8

3.1.3.7. Participation à la formation médicale continue

La participation de nos informateurs aux formations médicales continues.

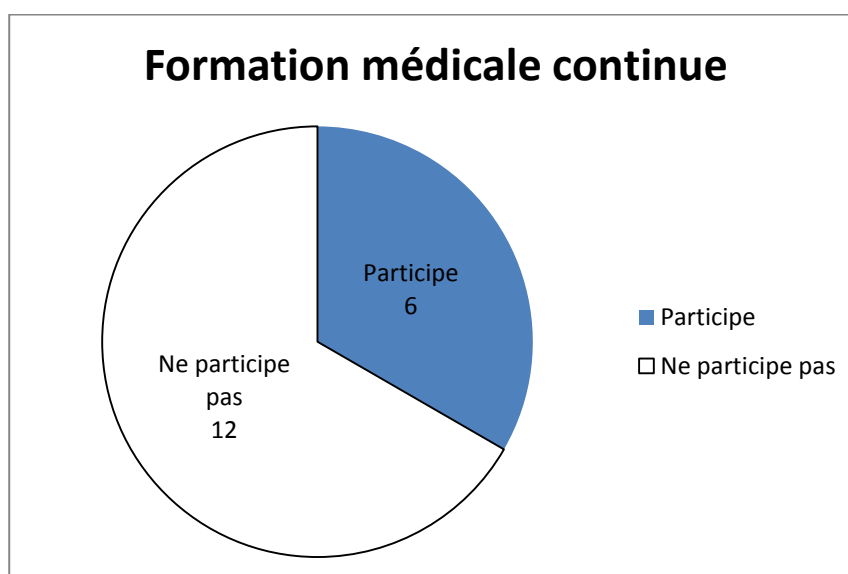


Figure 9

3.1.3.8. Nombre d'actes journaliers des généralistes

Les généralistes de notre échantillon consultent entre 13 et 50 malades par jour pour une moyenne de l'échantillon à 26,3 consultations par jour.

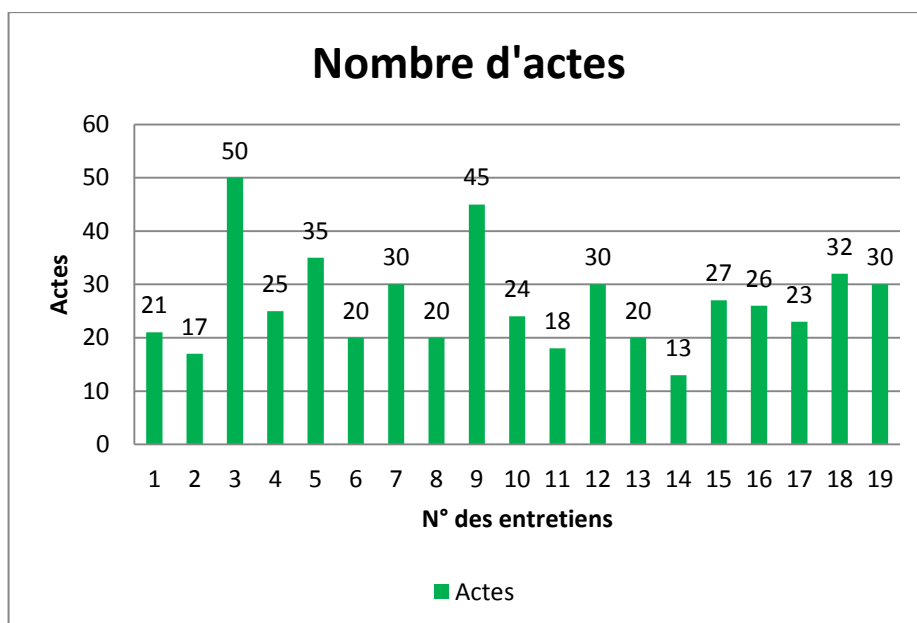


Figure 10

3.2. Relevés thématiques des entretiens

L'annexe 3 sur CD regroupe l'intégralité des retranscriptions textuelles des entretiens. Nous avons souhaité mettre à la disposition du lecteur l'ensemble de notre corpus afin de permettre une éventuelle nouvelle analyse de celui-ci.

3.2.1. Entretien n°1

Entretien n°1 - Médecin 1		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	" C'est difficile de ne pas répondre à leur souffrance même si l'on sait et qu'on leur explique les risques à la prise de ce traitement..." "Si on considère que l'ibuprofène, euh... est classé dans les antalgiques de pallier 2, je peux espérer de mieux soulager la douleur du patient"
	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Le patient me dit qu'il a pris 3 grammes de paracétamol, éventuellement je peux céder sur la prise d'ibuprofène, à condition qu'il soit vraiment allé aux doses maximales de paracétamol."
	Ressenti de la pression des patients	"Parfois ils forcent un peu la main "
	Vécu d'une complication	"Oui les phlegmons, ça j'en ai déjà vu ... mais je ne me souviens pas si c'était en lien avec les AINS, effectivement c'est intéressant !"
Les éléments liés à l'angine	Ressenti de l'intensité des symptômes	"Un mal de gorge franc"
	Signes associés	"Altération de l'état général, une fièvre, une fatigue" "Une réaction ganglionnaire, donc un tableau douloureux et inflammatoire intense"
	Troubles fonctionnels	"Qu'ils ont du mal à avaler, à manger " "Une gêne pour dormir, pour déglutir leur salive"
	Echec d'un premier traitement	"Le patient me dit qu'il a pris 3 grammes de paracétamol, éventuellement je peux céder sur la prise d'ibuprofène"
Les éléments liés aux patients	Prise en compte du terrain	"Je pense qu'en effet l'histoire clinique du patient est importante. C'est à dire que s'il a des vieilles amygdales, s'il a fait beaucoup d'angines dans sa vie, je serais plus vigilante quant à une complication en phlegmon"
	Automédication	"C'est à peu près 50/50, il leur arrive de dire « j'ai pris du Doliprane®, j'ai pris de l'ibuprofène »"

3.2.2. Entretien n°2

Entretien n°2 - Médecin 2		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Si le patient a pris son paracétamol toutes les 6 heures et qu'il n'est pas soulagé on est bien obligé d'y parvenir"
	Vécu d'une complication	"J'ai été confronté à deux complications suite à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. C'était des phlegmons"
	Prise en charge du médecin lui-même	"La dernière fois j'avais quand même pris un anti inflammatoire car ça m'avait mieux soulagé !!Il fallait bien que j'aile travailler avec 39° . Mais bon c'était pour moi, à mes risques et périls "
Les éléments liés aux patients	Automédication	"Mais il y a encore beaucoup de personnes qui prennent des anti-inflammatoires comme le Nurofen®, le Spedifen® et l'ibuprofène."
L'influence du contexte	Conseils pharmaceutiques	"Mais il y a encore beaucoup de personnes qui prennent des anti-inflammatoires comme le Nurofen®, le Spedifen® et l'ibuprofène. Quand ça arrive le weekend ou quand ils n'ont pas le temps, souvent quand ils passent à la pharmacie c'est ce qu'ils leur conseillent en plus du paracétamol"

3.2.3. Entretien n°3

Entretien n°3 - Médecin 3		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	"Quand même dans les formes hyperalgiques, quand les gens arrivent complètement bloqués "
	L'expérience du médecin	"Parce que tout ce qui était écrit dans les articles je ne l'ai jamais vu " "On peut se demander quels étaient les rapports liés à la prise d'anti-inflammatoires en automédication ou pas ? Je ne peux pas le déterminer, je n'ai pas cette notion. Je ne connais pas. Je ne me le souhaite pas non plus, car le problème c'est que... On m'a raconté... La science prouve que...Mais je n'ai jamais pu en voir !!"
	Ressenti de la pression des patients	"Si vraiment les patients m'obligent à en venir à l'ibuprofène, je couvre quand même avec une amoxicilline "
	Prise en charge du médecin lui-même	"Par contre, moi j'aurai tendance à être plus incisif "
Les éléments liés à l'angine	Avis sur les recommandations	"Après, il est vrai que je trouve cela pas très compliqué dans ma pratique. Mais c'est quand même des fois très difficile de modifier ces habitudes suite à de nouvelles recommandations qui interdisaient ces médicaments qui marchaient bien et avec lesquelles on n'avait jamais eu de problèmes !! "
	Ressenti de l'intensité des symptômes	"Et quand les gens ont une dysphagie très importante , il m'arrive de prescrire soit un anti-inflammatoire stéroïdien ou non stéroïdien"
Les éléments liés aux patients	Rôle du TDR	"J'ai fait un TDR qui était négatif . J'ai dit bah écoutez, vous continuez au maximum 3 jours "
	Habitudes des patients	"Ah c'est pour la douleur"
	Automédication	" Il avait commencé par prendre de l'ibuprofène chez lui, donc c'est un anti inflammatoire"

3.2.4. Entretien n°4

Entretien n°4 - Médecin 4		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	"Eventuellement juste sur les symptômes douleur et fièvre voilà quoi." "Si je suis quasiment sûr et pour soulager" "Je ne vais pas les laisser souffrir !!"
	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Quand tu sens que les gens ne sont pas assez soulagés par Doliprane ® quoi ou paracétamol"
	Ressenti de la pression des patients	"Notamment une fois une dame m'a demandé, elle avait déjà eu une fois du Surgam ® et ça l'avait soulagé, et je crois que c'est la seule fois de ma vie ou j'ai prescrit du Surgam® à dose anti-inflammatoire."
	Vécu d'une complication	"Moi je pense souvent aux abcès donc comme ça m'est arrivé une fois je suis plus prudente ! C'était il y a 3 ou 4 ans...Et c'était la fois justement avec du Surgam®, c'est pour ça que je n'en prescrirai plus jamais"
	Impasse thérapeutique	"Vu que le Codenfan® a été retiré je pense que l'on n'aura pas d'autres solutions pour les soulager"
	Avis sur les recommandations	"C'est la honte car je ne les connais pas" "Après les recommandations c'est comme toutes les recommandations, parfois, en fonction de certains patients, de leur demande et de leurs antécédents on ne peut pas toujours les appliquer à la lettre."
Les éléments liés à l'angine	Ressenti de l'intensité symptômes	"Ca m'arrive quand le tableau n'est pas forcément très très cogné "
	Aspect clinique	"J'aurais tendance à dire que si c'est viral, j'aurais tendance à mettre plus facilement de l'ibuprofène "
Les éléments liés aux patients	Prise en compte du terrain	"Quand il n'a pas d'antécédent d'abcès "
	Habitudes des patients	"Une fois une dame m'a demandé, elle avait déjà eu une fois du Surgam® et ça l'avait soulagé"
	Automédication	"Sinon j'ai déjà eu plusieurs patients qui ont fini avec des abcès parce que souvent ils avaient pris de l'ibuprofène en automédication"
Les éléments liés au contexte	Conseils pharmaceutiques	"La dernière fois la pharmacie avait donné de l'ibuprofène pour une angine"

3.2.5. Entretien n°5

Entretien n°5 - Médecin 5		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	"C'est surtout quand les gens ont déjà pris du paracétamol et que s'ils consultent c'est que ça ne les soulagent pas donc il y a un bénéfice thérapeutique à en prescrire, c'est anti douleur quoi "
	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Après si les gens ont déjà pris des choses qui les soulage comme de la Lysopaine® mais qu'ils restent douloureux je leur propose un anti inflammatoire ou de la codéine comme l'ibuprofène" "Quand les gens ont déjà pris du paracétamol"
	Ressenti de la pression des patients	"Si vraiment ils insistent je leur prescris un flacon mais la plupart ils n'en veulent pas "
	Vécu d'une complication	"Donc 4 sur 5 qui avaient pris des anti-inflammatoires non stéroïdiens en automédication par ibuprofène !!"
	Impasse thérapeutique	"Toujours pareil, quand ils ont pris un paracétamol qui ne les soulage pas, plutôt que la codéine qui va les shooter, je leur donne une ordonnance d'ibuprofène. "
	Avis sur les recommandations	"Je ne connais pas les dernières recommandations" "On ne peut pas respecter à la lettre ces recommandations"
Les éléments liés aux patients	Habitudes des patients	"Après, s'ils ont eu avant une expérience comme c'est le cas avec les corticoïdes, ils vont demander"
	Automédication	" Les autres personnes parce qu'ils étaient sous anti inflammatoire en automédication, je crois que c'était Spifen® ou Nurofen®. "
	Prescription adaptée aux patients	"J'avoue que chez l'enfant j'arrive plus facilement à leur prescrire que du paracétamol que chez l'adulte" "J'utilise l'ibuprofène chez les gens qui tolèrent bien"
	La gestion des croyances des patients	" Parce qu'ils ont eu un médecin qui leur prescrivait ça parce que ça marche mieux donc on négocie "
Les éléments liés à l'angine	Rôle du TDR	"Ah ça me rassure tout à fait"
	Signes associés	"S'ils sont encore dépassés par la fièvre , là je leur mets de l'Advil®"
Les éléments liés au contexte	Conseils pharmaceutiques	"Tous les trucs en pharmacie qui se prennent sans ordonnance !! (Rire) Et puis, parfois ils ont Spifen®, Nurofen® enfin de l'ibuprofène qu'ils se sont procuré en pharmacie souvent ou alors

		s'ils leur en restent à la maison."
	Lieu d'installation	"Mais cela ressort souvent d'un confrère qui leur prescrivait ça !! "

3.2.6. Entretien n°6

Entretien n°6 - Médecin 6		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	"Pour apporter un peu plus de confort à l'enfant"
	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Je peux utiliser éventuellement l'ibuprofène sur une rhinopharyngite avec beaucoup de fièvre et que le paracétamol ne suffit pas"
	Ressenti de la pression des patients	"Il faut me donner un remède de cheval car je travaille demain"
	Vécu d'une complication	"J'ai vu au début des cas de rhumatisme articulaire mais c'était au-delà de 20 ans. J'ai dû avoir 4 ou 5 cas de phlegmons amygdaliens avec hospitalisation dans l'urgence mais c'est sur 25 ans"
	Avis sur les recommandations	"Et je trouve que oui c'est facilement applicable, il faut juste expliquer aux gens" "Je n'ai pas lu la dernière recommandation"
Les éléments liés à l'angine	Aspect clinique	"Pas d'intérêt de l'AINS dans l'angine sauf sur la mononucléose éventuellement dans quelque cas"
	Troubles fonctionnels	"La difficulté à avaler c'est quand même la première chose"
	Signes associés	"Pour les enfants, ça serait la fièvre je crois"
Les éléments liés aux patients	Habitudes des patients	" Des gens disent que ça soulage mieux que le Doliprane® "
	Automédication	"Soit ceux que l'on connaît qui vont prendre quand même des antalgiques et parfois effectivement des antalgiques à base d'ibuprofène"
	Professions	"Il faut me donner un remède de cheval car je travaille demain "
Les éléments liés au contexte	Conseils pharmaceutiques	"Parfois en allant à la pharmacie ils reviennent avec des antalgiques, de l'ibuprofène, avec des sirops, avec des collutoires."

3.2.7. Entretien n°7

Entretien n°7 - Médecin 7		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	"Un AINS soulage mieux la douleur "
	Satisfaire les patients	"Il faut bien changer et donner autre chose sinon ils ne reviendront pas "
	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"S'il y a eu du paracétamol, bah euh...on ajoute un ibuprofène quelconque pour avoir un effet anti inflammatoire qui soulagera mieux "
	Avis sur les recommandations	"Après personnellement, je ne connais pas les dernières recommandations mais je suis abonné à la lettre de l'HAS"
	Co-prescription d'antibiotique	"J'avoue, qu'après 2 jours d'antibiothérapie , si je vois que le patient est toujours très dysphagique, je lui ajouterai plus facilement un AINS"
Les éléments liés à l'angine	Ressenti de l'intensité des symptômes	"La prescription d'anti inflammatoire c'est plus par rapport à une dysphagie"
	Aspect clinique	"C'est surtout sur l'œdème et la dysphagie que je vais avoir tendance à prescrire un anti inflammatoire" "Quand ça a l'allure d'angine virale on est plus rassuré"
	Signes associés	"C'est plus sur l'œdème et l'intensité de la dysphagie que je vais avoir tendance à prescrire un AINS" " Fait mieux baisser la fièvre "
	Troubles fonctionnels	"Il faut vraiment que l'angine soit très dysphagique pour que je sois amené à en prescrire"
Les éléments liés aux patients	Habitudes des patients	"Ça rassure les parents d'avoir de l'Advil® ou un Surgam® à dissoudre quand ils voient que la fièvre ne diminue pas suffisamment "
	Automédication	"Chez les enfants ils donnent souvent de l'Advil® et notamment en pharmacie , chez l'adulte ibuprofène."
Les éléments liés au contexte	Conseils pharmaceutiques	"Plus ils vont à la pharmacie qui donne un anti œdémateux, un collutoire et un anti-inflammatoire" "Le pharmacien leur dit d'alterner le Doliprane ® et l'Advil® "
	Gain de temps	" Ça permet de temporiser "
	Influence du spécialiste	"Je peux en mettre, même si on voit certains ORL en mettre d'emblée "

3.2.8. Entretien n°8

Entretien n°8 - Médecin 8		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Quand on a une angine qui traîne un peu, quand on a une obstruction de la trompe d'Eustache, là je les mets sous AINS"
	Ressenti de la pression des patients	"Même s'ils pleurent pour en avoir "
	Vécu d'une complication	"Ah oui, ah oui j'ai eu deux phlegmons l'an dernier !!"
	Avis sur les recommandations	"Je ne connais pas la dernière recommandation" "Par contre, j'utilise Antibioclick beaucoup, beaucoup donc, je pense que l'on doit s'aligner sur les dernières recommandations"
Les éléments liés aux patients	Habitudes des patients	"Mais comme ça marche bien comme antalgique ils continuent "
	Automédication	"Ils utilisent en premier le paracétamol et en deuxième l'ibuprofène" " Ceux qui utilisent l'ibuprofène parce que c'est en vente libre " "Les parents vont utiliser plus l'ibuprofène pour faire baisser la fièvre"
Les éléments liés au contexte	Influence des généralistes	"Une fois un confrère leur en avait prescrit et dès le lendemain ça allait beaucoup mieux"

3.2.9. Entretien n°9

Entretien n°9 - Médecin 9		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"S'ils ont déjà pris du paracétamol et que ça ne va pas mieux, en plus, si j'ai deux strepta tests négatifs, je vais être plus à même de leur prescrire de l'ibuprofène ou du Surgam® surtout si je vois que le patient a beaucoup de difficulté à avaler" "A part mieux soulager la douleur que le paracétamol."
	Ressenti de la pression des patients	" Les gens sont demandeurs d'ibuprofène. " " S'ils insistent alors c'est vrai que je pourrais remettre de l'ibuprofène "
	Vécu d'une complication	"J'ai plusieurs fois eu des angines que je pensais relativement simples et qui se sont transformées en phlegmons qui ont été évacués. Euh, ça j'en ai eu à plusieurs reprises. Après je me souviens qu'une fois il y en avait un qui avait pris en auto médication un AINS. "
	Avis sur les recommandations	" Etant interne j'étais très recos, et puis après avec l'expérience et le fait d'être en médecine générale on peut adapter des fois nos prescriptions à la demande des patients. "
	Echec éducation patient	" Quand on a expliqué cinquante fois les mêmes choses mais que les patients veulent toujours prendre leur médicaments fétiches et bien des fois on se laisse aller et on leur laisse une ordonnance."
	Satisfaire les patients	" Ce n'est pas forcément bien mais au moins ils sont satisfaits. "
Les éléments liés à l'angine	Ressenti de l'intensité des symptômes	" Les rares cas où j'ajoute un anti inflammatoire non stéroïdien ; c'est quand ça a l'air viral et que les gens sont très gênés."
	Rôle du TDR	"S'ils ont déjà pris du paracétamol et que ça ne va pas mieux, en plus j'ai deux strepta tests négatifs, je vais être plus à même de leur prescrire de l'ibuprofène ou du Surgam® surtout si je vois que le patient a beaucoup de difficulté à avaler." "Alors oui, je vais dire oui, oui, ça me rassure, je n'en prescris pas souvent même quasiment jamais mais ça me va rassurer."
	Troubles fonctionnels	"S'ils ont déjà pris du paracétamol et que ça ne va pas mieux, en plus j'ai deux strepta test négatif, je vais être plus à même de leur prescrire de l'ibuprofène ou du Surgam® surtout si je vois que le patient a beaucoup de difficulté à avaler."
Les éléments liés aux patients	Habitudes des patients	"Ils se souviennent qu'il y a 10 ans pour leur aîné, ils en avaient donné et que soi-disant ça avait mieux tari la fièvre et les maux de gorge."
	Automédication	" Quand on n'en donne pas, ils s'en procurent. "

Les éléments liés au contexte	Conseils pharmaceutiques	" La pharmacie leur en a donné. "
	Gain de temps	"Quand on a expliqué cinquante fois les mêmes choses mais que les patients veulent toujours prendre leur médicaments fétiches et bien des fois on se laisse aller et on leur laisse une ordonnance."

3.2.10. Entretien n°10

Entretien n°10 - Médecin 10		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	" Ça soulage quand même mieux "
	Ressenti de la pression des patients	"Souvent les gens forcent un peu la main pour avoir de l'ibuprofène"
	Vécu d'une complication	"Un phlegmon, ouais, ouais, ouais, rarement mais ça m'est arrivé"
	Avis sur les recommandations	" Les recos...Jamais entendu parler. Et de toute manière, ce n'est pas au bout de 30 ans d'exercice que je vais m'y intéresser "
	L'expérience du médecin	"J'ai donné un petit peu de Surgam® au début car on était un petit peu moins machins..."
Les éléments liés aux patients	Habitudes des patients	"Ah ça ! Ça me soulage mieux docteur"
Les éléments liés au contexte	Conseils pharmaceutiques	"En général ils vont voir le pharmacien avant qui fait son p'tit commerce " "Ils prennent des collutoires, des pastilles, sirops, paracétamol, ibuprofène et j'en passe."

3.2.11. Entretien n°11

Entretien n°11 - Médecin 11		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Habitudes de prescription	"On fait en fonction du patient"
	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Et même tous les patients qui ont pris du paracétamol depuis 4 jours, on peut leur prescrire de l'ibuprofène dès le départ"
	Le médecin veut soulager la douleur	"On est bien obligé de les soulager et du coup on leur donne de l'ibuprofène"
	Satisfaire les patients	"On est bien obligé de leur donner autre chose "
	Confusion sur la molécule	" Moi je ne donne pas d'anti inflammatoire, je donne que de l'ibuprofène. "
	Bénéfice prescription AINS	"Ca améliore mieux les douleurs, ça c'est sûr"
	Connaissance du risque	"Oui : l'infection plus grave, généralisée ou autre. Le phlegmon"
	Avis sur les recommandations	"Je ne connais pas les dernières recommandations sur l'angine. Je me base un peu sur ce que dit Prescrire mais après voilà, j'ai des habitudes, pour l'instant je n'ai jamais eu de problème avec ma façon de faire donc voilà... "
Les éléments liés aux patients	Automédication	"Je ne prends pas de paracétamol de peur de fausser le diagnostic"
Les éléments liés au contexte	Conseils pharmaceutiques	"Ils ont déjà vu leur pharmacien qui leur a déjà vendu toute une panoplie d'antalgique de pastilles et de collutoire, et ça ne marche pas"
		"Et c'est difficile car les pharmaciens passent derrière toutes nos prescriptions pour proposer plein de médicaments "
	Gain de temps	"Et les gens acceptent et prennent car c'est le pharmacien qui le dit"
		"Et puis il y a des gens qui reviennent systématiquement, vu les circonstances, ça peut nous arriver de donner directement ...Parce que sinon on sait très bien qu'ils reconsultent"
		"Ca peut permettre d'accélérer la sensation de guérison "

3.2.12. Entretien n°12

Entretien n°12 - Médecin 12		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	"Les syndromes pseudo grippaux, s'ils me rappellent en me disant qu'ils ont très très mal à la tête, là je leur dis de prendre de l'ibuprofène si vraiment le paracétamol à 4g par jour ne les soulage pas."
	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Je dis plus aux gens de prendre de l'ibuprofène ponctuellement si à tout hasard la fièvre ne passait pas où les céphalées ne diminuaient pas sous paracétamol"
	Avis sur les recommandations	"Comme j'ai des externes en stage c'est souvent eux qui me tiennent informé des nouvelles recommandations , et ça c'est pratique " "Après oui, c'est facilement applicable, il suffit juste d'être convaincu pour convaincre ses patients ! "
Les éléments liés à l'angine	Ressenti de l'intensité des symptômes	"La gêne a la déglutition"
	Signes associés	"La fièvre élevée"
	Echec d'un premier traitement	"Je peux éventuellement leur dire si ça ne passe pas, enfin je leur dis de prendre ponctuellement de l'ibuprofène"
Les éléments liés aux patients	Automédication	"Ils prennent juste du paracétamol et je ne pense pas qu'ils prennent autre chose ou alors ils ne me le disent pas"

3.2.13. Entretien n°13

Entretien 13 - Médecin 13		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	"Les douleurs à la déglutition" "Je pense que cela agit mieux au niveau de la douleur"
	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Chez les enfants, quand ils ne s'alimentent plus , quand la fièvre ne diminue pas avec le Doliprane® , abattu, ouais voilà. Je pense qu'une dose d'Advil®, ça ne le tuera pas ! " "Chez les enfants chez qui la température ne diminue pas sous paracétamol (Rire) et là c'est vrai que je suis tenté de mettre de l'ibuprofène"
	L'expérience du médecin	"Souvent les vieux médecins prescrivent paracétamol et AINS en même temps"
	Ressenti de la pression des patients	"Après certaines personnes demandent des anti-inflammatoires"
	Co-prescription antibiotique	"Après si j'ai une couverture antibio , je serai plus rassuré à prescrire un anti-inflammatoire et ça m'est quelques fois arrivé"
	Avis sur les recommandations	"J'avoue que je ne les connais pas"
Les éléments liés à l'angine	Troubles fonctionnels	"La possibilité de s'alimenter"
	Ressenti de l'intensité symptômes	"Après en pratique quand les parents amènent leur enfant, qu'il hurle et ne dort pas de la nuit c'est toujours plus compliqué de les laisser repartir juste sous paracétamol ! "
Les éléments liés au contexte	Lieu d'installation	"Si on est dans un cabinet où les médecins prescrivent des sirops, des sprays ou même de l'ibuprofène ils en prendront en automédication , car ce sont leurs habitudes"

3.2.14. Entretien n°14

Entretien n°14 - Médecin 14		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	"Je sens que ça ne va pas être suffisant"
	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"J'utilise parfois Advil® quand le paracétamol ne fonctionne pas en première intention"
	L'expérience du médecin	"J'utilise extrêmement très rarement les AINS, de par l'expérience que j'ai eu avec un monsieur qui avait eu un phlegmon et qui était traité pour une angine qui était censé être virale, et qui avait été traité par anti-inflammatoire. Donc du coup, ça m'a un peu refroidi sur la prescription d'anti inflammatoire."
	Co-prescription d'antibiotique	"Quand j'utilise l'ibuprofène c'est que souvent j'ai une couverture antibiotique"
	Satisfaire le patient	"Je viens juste de m'installer et il faut quand même satisfaire les patients, ce n'est pas évident"
	Ressenti de la pression des patients	"Souvent quand il y a une demande insistante de la part des gens " "Ou quand malgré des explications en long en large et en travers que le patient me demande toujours quelque chose de plus fort, là oui, j'en mets" "Donc on finit par leur prescrire suite à leur pression"
	Avis sur les recommandations	"Et non je ne connais pas la dernière recommandation sur la prise en charge des infections ORL hautes"
Les éléments liés à l'angine	Ressenti de l'intensité des symptômes	"C'est vraiment la douleur en avalant et parfois aussi il y a aussi l'otalgie réflexe qui peut être importante."
	Signes associés	"Dans les grosses angines, il y a la fièvre qui est gênante" "Une fièvre qui plafonne et qui n'est pas bien tolérée je vais leur dire qu'on peut alterner Advil® et paracétamol"
	Troubles fonctionnels	"Chez les enfants, tout dépend de l'âge mais ce qui peut être ramené c'est l'anorexie associée en fait , c'est la difficulté à manger en fait"
	Aspect clinique	"Voir s'il y a des grosses amygdales ou pas ? Si c'est érythémateux ou si c'est une angine érythémato-pultacée"
Les éléments liés aux patients	Habitudes des patients	"Souvent les gens quand ils ont l'habitude d'en prendre pour maux de gorge, on aura beau leur dire d'attendre, s'ils estiment que le paracétamol ne les soulage pas suffisamment ils prendront d'emblée l'ibuprofène. "

	Automédication	"Et parfois ils prennent des anti-inflammatoires, enfin ce qui est en vente libre en pharmacie."
Les éléments liés contexte	Gain de temps	"Ou quand malgré des explications en long en large et en travers que le patient me demande toujours quelque chose de plus fort, là oui, j'en mets"
		"Personnellement, je passe souvent plus de temps à expliquer aux gens les risques des AINS que de leur prescrire "
		"Et souvent c'est ce que je disais, on leur dit vous savez ce serait plus facile pour moi de vous laisser partir avec de l'ibuprofène plutôt que de passer dix minutes à vous expliquer les raisons pour lesquelles il ne faut pas en prendre"
	Lieu d'installation	" Je pense que si j'étais dans un secteur où il y aurait beaucoup de médecins, la notion de satisfaire les patients est un élément essentiel pour la pérennité de mon travail (Sourire)"
	Type d'installation	"Et ce qui aide aussi énormément, c'est d'avoir des collègues qui ont le même type d'exercice que nous"

3.2.15. Entretien n°15

Entretien n°15 - Médecin 15		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Je mettrais peut être des anti-inflammatoires comme du SURGAM®. Enfin, supposons que la personne consulte une première fois, je lui prescris paracétamol et ibuprofène, si elle reconsulte je la mets sous SURGAM®." "Ah sur la douleur c'est indéniable, c'est bien mieux que le paracétamol"
	L'expérience du médecin	"Si ce n'est pas bactérien soit ibuprofène souvent soit du paracétamol"
	Avis sur les recommandations	"Oh ben non, je ne les connais pas. Bah moi, les angines enfin pour tous, c'est relativement simple, il n'y a pas grand-chose à dire"
Les éléments liés à l'angine	Signes associés	"Ce qui m'embête le plus c'est l'intensité de la fièvre, le retentissement qu'elle va avoir chez l'enfant."
	Rôle du TDR	"Ah oui, clairement oui. Un streptatest négatif va clairement me rassurer sur la prescription d'ibuprofène. Ah sinon je ne le ferais pas sinon !"
Les éléments liés aux patients	Professions	"Les patients qui usent de leur voix toute la journée, comme les enseignants, là ça va peut-être me tenter de taper plus fort !"
	Automédication	"Ah c'est Doliprane® ou Advil®"
Les éléments liés au contexte	Influence des généralistes	"Par contre mon collègue oui. Et lui mettait toujours des AINS. "
	Conseils pharmaceutiques	"Après je laisse au pharmacien le choix de les conseiller sur des traitements supplémentaires"
	Gain de temps	"Pour essayer de soulager plus rapidement les gens"
	Lieu d'installation	"Ici c'est quand même beaucoup plus simple que lorsque j'exerçais en ville"

3.2.16. Entretien n°16

Entretien n°16 - Médecin 16		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"On va dire que si les gens me demandent s'ils peuvent en prendre car le Doliprane® n'a pas été efficace bah je leur dis pourquoi pas ! "
Les éléments liés à l'angine	Signes associés	"Mais quand la fièvre ne tombe pas ça peut m'arriver de leur dire de prendre de l'Advil®."
Les éléments liés aux patients	Automédication	"Il y a en a encore qui prennent un peu de l'ibuprofène forcément."

3.2.17. Entretien n°17

Entretien n°17 - Médecin 17		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	"Bah, l'effet décongestionnant un peu au niveau, euh, bon, euh des adénopathies, de la douleur, bah c'est surtout la douleur en fait "
	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Je vais voir s'ils ont bien pris leur paracétamol et leur ibuprofène. Dans le cas, où les deux ont été inefficaces, si je vois un enduit blanchâtre et ou des amygdales volumineuses, je les mets sous antibiotique avec du SURGAM® " "Il y a quand même un pouvoir anti inflammatoire pur plus puissant que dans le paracétamol pur."
	L'AINS comme alternative aux corticoïdes	"Si je vois un enduit blanchâtre et ou des amygdales volumineuses, je les mets sous antibiotique avec du SURGAM® ou une corticothérapie en alternance."
	L'expérience du médecin	"Et puis sur l'expérience que j'ai, je n'ai jamais eu trop de soucis donc tant que ça marche comme cela et que les patients ne fuguent pas (sourire) et bien je pense que je soigne "
	Habitudes de prescription	"Chez des enfants je mets de l'Advil® en sirop quand ils ne sont pas trop fébriles, et puis je garde le Nifluril® pour le soir. Et puis du Doliprane® en journée quand ils sont sous surveillance de la maman. et ça se passe toujours bien comme cela ! "
	Vécu d'une complication	"En antalgique elle avait par alternance paracétamol Advil®"
	Impasse thérapeutique	"Parce que ça soulage bien, parce qu'on nous a retiré le Codenfan® "
	Avis sur les recommandations	"De toute façon les recommandations ça change tout le temps donc faut être en permanence dessus et là en fin de carrière j'ai du mal à me remettre à bosser après ma journée de cabinet. "
Les éléments liés à l'angine	Signes associés	"Un peu de Nifluril® le soir en suppositoire pour que l'enfant dorme quand même bien " "et puis alterner avec de l'ibuprofène toutes les 4 heures"
	Troubles fonctionnels	"Et c'est surtout la dysphagie"
	Aspect clinique	"Je pars du principe que c'est une inflammation virale , donc je donne alors en fonction du sujet anti inflammatoire type ibuprofène"

3.2.18. Entretien n°18

Entretien n°18 - Médecin 18		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin juge le paracétamol inefficace	"Si le paracétamol n'a pas été efficace " "Souvent quand les gens ont déjà pris du paracétamol, que cela n'a pas été efficace, le fait de rajouter un AINS on peut se dire que cela va les soulager quand même."
	Vécu d'une complication	"Ou il y avait eu un érysipèle traité par AINS (gêne). Et du coup ça avait flambé, ça avait donné une fasciite nécrosante"
	Avis sur les recommandations	"Alors je ne m'en rappelle plus "
Les éléments liés à l'angine	Ressenti de l'intensité symptômes	"Quand ils viennent pour maux de gorge, ils se plaignent le plus souvent de la douleur"
	Signes associés	"Des réveils nocturnes" "Et puis la fièvre, après souvent la rhino associée, et puis tous les autres symptômes"
	Troubles fonctionnels	" Si les gens ont des difficultés pour manger "
	Aspect clinique	"Eventuellement la co-prescription d'Advil® s'il n'y a pas quelque chose de bactérien "
	Rôle du TDR	"Donc paracétamol, ibuprofène si je n'ai pas d'angine bactérienne prouvée à l'examen et par le strepta test " "Je me dis c'est viral... Probablement viral à tous les coups !! Donc je ne crains rien à mettre un AINS"

3.2.19. Entretien n°19

Entretien n°19 - Médecin 19		
Rubriques	Thèmes	Verbatim
Les éléments liés au médecin	Le médecin veut soulager la douleur	"Ça m'est arrivé d'en prescrire sur une MNI qui était vraiment douloureuse"
	Avis sur les recommandations	"Les recommandations tu fais en fonction du patient, euh... Voilà mais globalement moi je les trouve assez euh... ouai ouai, facilement applicables à notre exercice quand même."

3.3. Analyse thématique transversale de l'ensemble du corpus

La prise en charge symptomatique de l'angine en médecine générale génère des processus décisionnels chez les médecins que nous avons souhaités développer en 5 rubriques. Chaque rubrique sera développée en plusieurs thèmes.

3.3.1. Axe n°1 : Place et rôle du médecin traitant dans la consultation

Rubrique	Thèmes	Verbatim
Le médecin veut soulager	Soulager son patient	"C'est difficile de ne pas répondre à leur souffrance même si l'on sait et qu'on leur explique les risques à la prise de ce traitement..." (1)
		"Si on considère que l'ibuprofène, euh... est classé dans les antalgiques de pallier 2, je peux espérer mieux soulager la douleur du patient" (1)
		"Si le patient a pris son paracétamol toutes les 6 heures et qu'il n'est pas soulagé on est bien obligé d'y parvenir" (2)
		"Quand même dans les formes hyperalgiques, quand les gens arrivent complètement bloqués " (3)
	Apporter un confort	"Eventuellement juste sur les symptômes douleur et fièvre voilà quoi" (4)
		"Si je suis quasiment sûr et pour soulager" (4)
	Satisfaire le patient	" Je ne vais pas les laisser souffrir !! " (4)
		"Un peu de Nifluril® le soir en suppositoire pour que l'enfant dorme quand même bien" (17)
		"Et puis alterner avec de l'ibuprofène toutes les 4 heures" (17)
		"Il faut bien changer et donner autre chose sinon ils ne reviendront pas" (7)
Le médecin adapte son savoir à la situation	Adapter en fonction des recommandations scientifiques	"Ce n'est pas forcément bien mais au moins ils sont satisfaits " (9)
		"On est bien obligé de leur donner autre chose " (11)
	L'expérience du médecin	"Je viens juste de m'installer et il faut quand même satisfaire les patients, ce n'est pas évident " (13)
	Adapter en fonction des recommandations scientifiques	"Etant interne que j'étais très recos, et puis après avec l'expérience et le fait d'être en médecine générale on peut adapter des fois nos prescriptions à la demande des patients. " (9)
	L'expérience du médecin	" Si ce n'est pas bactérien soit ibuprofène souvent, soit du paracétamol " (15)

	Une prescription sous couverture d'antibiotique	"J'avoue, qu'après 2 jours d'antibiothérapie , si je vois que le patient est toujours très dysphagique, je lui ajouterai plus facilement un AINS" (7)
		" Après si j'ai une couverture antibio , je serai plus rassuré à prescrire un anti-inflammatoire et ça m'est quelque fois arrivé." (13)
		"Quand j'utilise l'ibuprofène c'est que souvent j'ai une couverture antibiotique" (13)
Le médecin et ses limites	Gestion du temps	"Ça permet de temporiser " (7)
		"Quand on a expliqué cinquante fois les mêmes choses mais que les patients veulent toujours prendre leurs médicaments fétiches et bien des fois on se laisse aller et on leur laisse une ordonnance " (9)
		"Et puis il y a des gens qui reviennent systématiquement, vu les circonstances, ça peut nous arriver de donner directement (...) "
		"ça peut permettre d'accélérer la sensation de guérison " (11)
		"Personnellement, je passe souvent plus de temps à expliquer aux gens les risques des AINS que de leur prescrire " (13)
		"Pour essayer de soulager plus rapidement les gens" (15)
	Impasse thérapeutique	"Vu que le Codenfan® a été retiré je pense que l'on n'aura pas d'autres solutions pour les soulager" (4)
		"Toujours pareil, quand ils ont pris un paracétamol qui ne les soulage pas, plutôt que la codéine qui va les shooter , je leur donne une ordonnance d'ibuprofène. " (5)
		"Parce que ça soulage bien, parce qu'on nous a retiré le Codenfan® " (17)
	Ressenti de la pression des patients	"Si vraiment les patients m'obligent à en venir à l'ibuprofène, je couvre quand même avec une amoxicilline " (3)
	Gérer l'échec d'un premier traitement	"Le patient me dit qu'il a pris 3 grammes de paracétamol, éventuellement je peux céder sur la prise d'ibuprofène , à condition qu'il soit vraiment allé aux doses maximales de paracétamol." (1)
		"C'est surtout quand les gens ont déjà pris du paracétamol et que s'ils consultent c'est que ça ne les soulagent pas donc il y a un bénéfice thérapeutique à en prescrire, c'est anti douleur quoi " (5)

		"Si le paracétamol n'a pas été efficace" (18) "Souvent quand les gens ont déjà pris du paracétamol, que cela n'a pas été efficace, le fait de rajouter un AINS on peut se dire que cela va les soulager quand même. " (18)
	Gérer la pression des patients	"Parfois ils forcent un peu la main" (1)
		"Notamment une fois une dame m'a demandé, elle avait déjà eu une fois du Surgam® et ça l'avait soulagée, et je crois que c'est la seule fois de ma vie où j'ai prescrit du Surgam® à dose anti inflammatoire." (4)
		"Même si ils pleurent pour en avoir " (8)
		"Souvent quand il y a une demande insistante de la part des gens " (13) "Ou quand malgré des explications en long en large et en travers que le patient me demande toujours quelque chose de plus fort , là oui, j'en mets" (13) "Donc on finit par leur prescrire suite à leur pression" (13)
	Le rôle de l'expérience	"Souvent les vieux médecins prescrivent paracétamol et AINS en même temps" (13)
		"Et puis sur l'expérience que j'ai, je n'ai jamais eu trop de soucis donc tant que ça marche comme cela et que les patients ne fuguent pas (sourire) et bien je pense que je soigne" (17)
	Le vécu d'une complication	"Moi je pense souvent aux abcès, donc comme ça m'est arrivé une fois je suis plus prudente ! C'était il y a 3 ou 4 ans...Et c'était la fois justement avec du Surgam®, c'est pour ça que je n'en prescrirai plus jamais" (4)
	Influence de l'expérience personnelle dans la prise en charge	"La dernière fois j'avais quand même pris un anti inflammatoire car ça m'avait mieux soulagé !! Il fallait bien que j'aille travailler avec 39° . Mais bon c'était pour moi, à mes risques et périls" (2)
		"Chez des enfants je mets de l'Advil® en sirop quand ils ne sont pas trop fébriles, et puis je garde le Nifluril® pour le soir . Et puis du Doliprane® en journée quand ils sont sous surveillance de la maman. Et ça se passe toujours bien comme cela ! " (17)
Le médecin et ses croyances	Croyances de médecin	"Un AINS soulage mieux la douleur" (7)
		"Ça soulage quand même mieux" (10)
		"Ça améliore mieux les douleurs, ça c'est sûr" (11)

Le médecin et son ressenti des recommandations	Prise en compte	"Après, il est vrai que je ne trouve cela pas très compliqué dans ma pratique. Mais c'est quand même des fois très difficile de modifier ses habitudes suite à de nouvelles recommandations qui interdisaient ces médicaments qui marchaient bien et avec lesquelles on n'avait jamais eu de problèmes !! " (3) "Parce que tout ce qui était écrit dans les articles je ne l'ai jamais vu" (3) "On peut se demander quels étaient les rapports liés à la prise d'anti inflammatoire en automédication ou pas ? Je ne peux pas le déterminer, je n'ai pas cette notion. Je ne la connais pas. Le problème c'est que, on m'a raconté que... La science prouve que...Mais je n'ai jamais pu en voir !!" (3) "Les recos....Jamais entendu parler. Et de toute manière, ce n'est pas au bout de 30 ans d'exercice que je vais m'y intéresser" (10)
--	-----------------	--

Nous pouvons ainsi dessiner la branche de l'arbre correspondant à l'axe 1 :

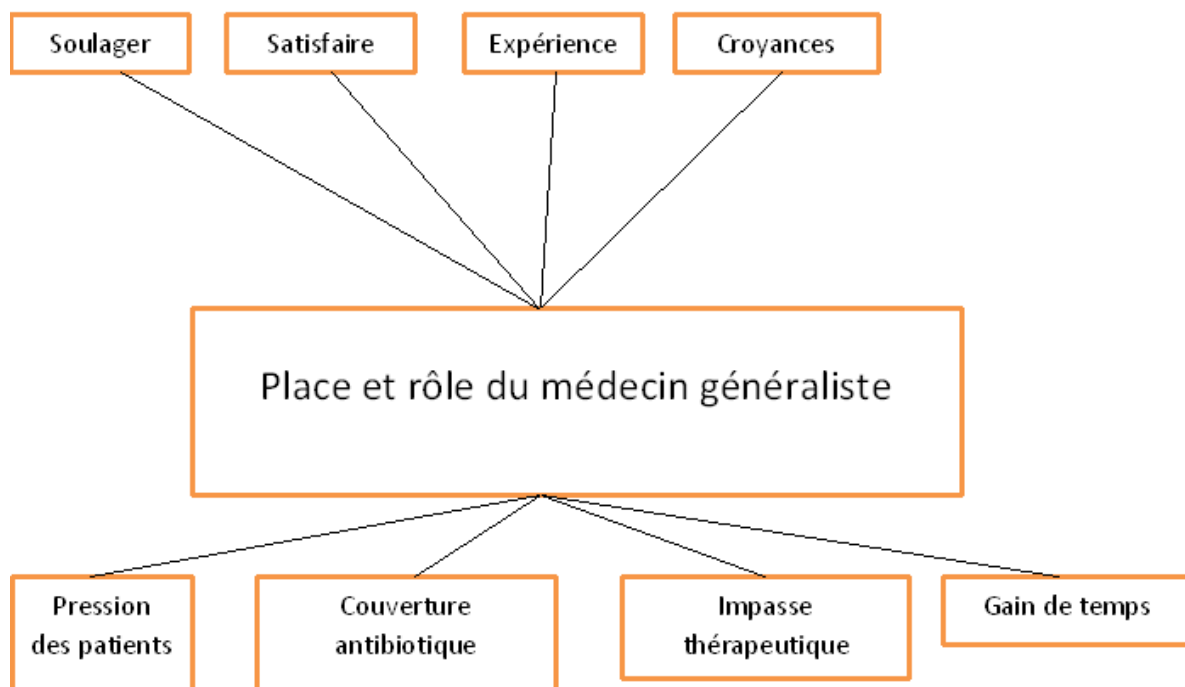


Figure 11

3.3.2. Axe n°2 : Une prise en charge adaptée selon l'interprétation des signes cliniques d'angine.

Rubrique	Thèmes	Verbatim
L'angine est virale	Résultat du TDR	"Ah ça me rassure tout à fait" (5)
		"S'ils ont déjà pris du paracétamol et que ça ne va pas mieux, en plus si j'ai deux strepta tests négatifs , je vais être plus à même de leur prescrire de l'ibuprofène ou du Surgam® surtout si je vois que le patient a beaucoup de difficulté à avaler" (9)
		"Après avoir un test négatif ça peut me rassurer si je dois en prescrire" (11)
		"Ah oui, clairement oui. Un streptatest négatif va clairement me rassurer sur la prescription d'ibuprofène . Ah sinon je ne le ferais pas sinon !" (15)
		"Donc paracétamol, ibuprofène si je n'ai pas d'angine bactérienne prouvée à l'examen et par le strepta test" (18) "Je me dis c'est viral probablement viral à tous les coups, donc je ne crains rien à mettre un AINS" (18)
Symptômes associés	Aspect d'angine virale	"J'aurais tendance à dire que si c'est viral , j'aurais tendance à mettre plus facilement de l'ibuprofène" (4) "Je pars du principe que c'est une inflammation virale, donc je donne alors en fonction du sujet anti-inflammatoire type ibuprofène" (17)
	Une fièvre associée	"S'ils sont encore dépassés par la fièvre, là je leur mets de l'Advil®" (5)
	Des troubles du sommeil associés Des maux de têtes associés	"Pour apporter un peu plus de confort à l'enfant " (6) "Je dis plus aux gens de prendre de l'ibuprofène ponctuellement si à tout hasard la fièvre ne passait pas ou les céphalées ne diminuent pas sous paracétamol " (12)
Dysphagie	Un obstacle à l'alimentation	"Il faut vraiment que l'angine soit très dysphagique pour que je sois amené à en prescrire" (7)
		"Et quand les gens ont une dysphagie très importante , il m'arrive de prescrire soit un anti inflammatoire" (3)
		"Si les gens ont des difficultés pour manger " (18)

L'intensité de l'inflammation locale	Aspect clinique	"C'est surtout sur l'œdème et la dysphagie que je vais avoir tendance à prescrire un anti inflammatoire" (7)
Une prescription liée à une intensité forte ou faible	Intensité forte des symptômes	"Quand même dans les formes hyperalgiques, quand les gens arrivent complètement bloqués " (3)
	Intensité faible des symptômes	"Ca m'arrive quand le tableau n'est pas forcément très très cogné " (4)

On a abouti à la branche de l'arbre correspondant à l'axe n°2.



Figure 12

3.3.3. Axe n°3 : Le rôle des patients dans la prise en charge

Rubrique	Thèmes	Verbatim
Leurs habitudes	Habitudes	"Mais il y a encore beaucoup de personnes qui prennent des anti-inflammatoires comme le Nurofen® le Spedifen® et l'ibuprofène." (2)
	Le patient rassuré par ses habitudes	"Une fois une dame m'a demandé, elle avait déjà eu une fois du Surgam® et ça l'avait soulagée" (4)
	Le patient attaché à "l'efficacité" de ce traitement	"Ça rassure les parents d'avoir de l'Advil® ou un Surgam® à dissoudre quand ils voient que la fièvre ne diminue pas suffisamment" (7)
Une efficacité difficile à faire remettre en question aux patients	Les patients convaincus de l'efficacité des AINS	"Parce qu'ils ont eu un médecin qui leur prescrivait ça parce que ça marche mieux donc on négocie" (5)
		"Des gens disent que ça soulage mieux que le Doliprane®" (6)
		"Mais comme ça marche bien comme antalgique ils continuent" (8)
		"Ils se souviennent qu'il y a 10 ans pour leur aîné il leur en avait donné et que soi-disant, ça avait mieux tari la fièvre et les maux de gorge." (9)
L'influence des antécédents des patients dans la prescription	Antécédents	"Je pense qu'en effet l'histoire clinique du patient est importante . C'est à dire que s'il a des vieilles amygdales, s'il a fait beaucoup d'angines dans sa vie, je serais plus vigilante quant à une complication en phlegmon" (1)
Les patients et l'automédication	L'automédication	"C'est à peu près 50/50, ils leur arrivent de dire « J'ai pris du Doliprane®, j'ai pris de l'ibuprofène »" (1)
Remise en question des thérapeutiques	Une éducation difficile au vu de l'efficacité des AINS pour les patients	" Quand on a expliqué cinquante fois les mêmes choses mais que les patients veulent toujours prendre leurs médicaments fétiches et bien des fois on se laisse aller et on leur laisse une ordonnance" (9)
	Une mauvaise compréhension du rapport bénéfice-risques	"Souvent les gens quand ils ont l'habitude d'en prendre pour maux de gorge, on aura beau leur dire d'attendre, s'ils estiment que le paracétamol ne les soulage pas suffisamment ils prendront d'emblée l'ibuprofène." (13)
La profession des patients comme facteur favorisant la prise d'AINS	La profession facilitant la prescription d'AINS	"Il faut me donner un remède de cheval car je travaille demain" (6)
		"Les patients qui usent de leur voix toute la journée , comme les enseignants, là ça va peut-être me tenter de taper plus fort !" (15)

Nous aboutissons à la construction de la branche correspondant à l'axe 3 :

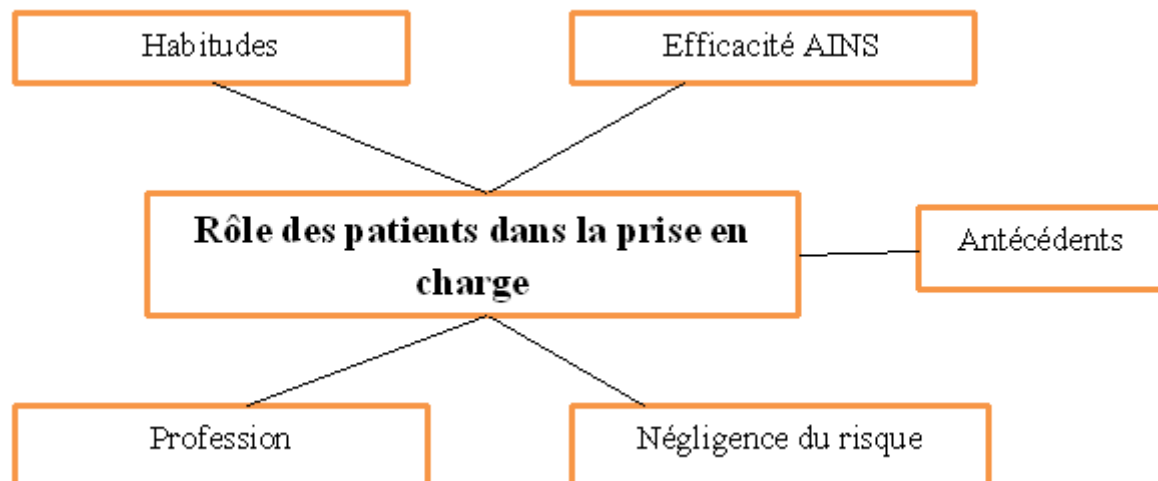


Figure 13

3.3.4. Axe n°4 : L'influence du contexte

Rubrique	Thèmes	Verbatim
Le lieu d'exercice	Le médecin et son lieu d'exercice	"Je pense que si j'étais dans un secteur où il y aurait beaucoup de médecins, la notion de satisfaire les patients serait un élément essentiel pour la pérennité de mon travail (sourire)" (13)
		"Ici c'est quand même beaucoup plus simple que lorsque j'exerçais en ville" (15)
Le type d'installation	Le médecin et son type d'installation	"Et ce qui aide aussi énormément, c'est d'avoir des collègues qui ont le même type d'exercice que nous " (13)
Durée d'installation	L'influence de la durée d'installation	"Je pense que si j'étais dans un secteur où il y aurait beaucoup de médecins, la notion de satisfaire les patients est un élément essentiel pour la pérennité de mon travail (sourire)"(13)
Le conseil pharmaceutique comme facteur favorisant la prise d'AINS	Rôle du pharmacien	"Mais il y a encore beaucoup de personnes qui prennent des anti-inflammatoires comme le Nurofen®, le Spedifen® et l'ibuprofène. Quand ça arrive le weekend ou quand ils n'ont pas le temps, souvent quand ils passent à la pharmacie c'est ce qu'ils leur conseillent en plus du paracétamol " (2)
		"La dernière fois la pharmacie avait donné de l'ibuprofène pour une angine" (4)
		"Et c'est difficile car les pharmaciens passent derrière toutes nos prescriptions pour proposer plein de médicaments " (11)
		"Et les gens acceptent et prennent car c'est le pharmacien qui le dit" (11)
Imiter la prescription de ses confrères ?	Pratique de ses collègues	"Mais cela ressort souvent d'un confrère qui leur prescrivait ça !! " (5)
		"Si on est dans un cabinet où les médecins prescrivent des sirops, des sprays ou même de l'ibuprofène ils en prendront en automédication, car ce sont leurs habitudes" (13)
Imiter la prescription des spécialistes ?	Pratique des spécialistes	"Je peux en mettre, même si on voit certains ORL en mettre d'emblée " (7)

Nous aboutissons à la construction de la branche correspondant à l'axe 4 :

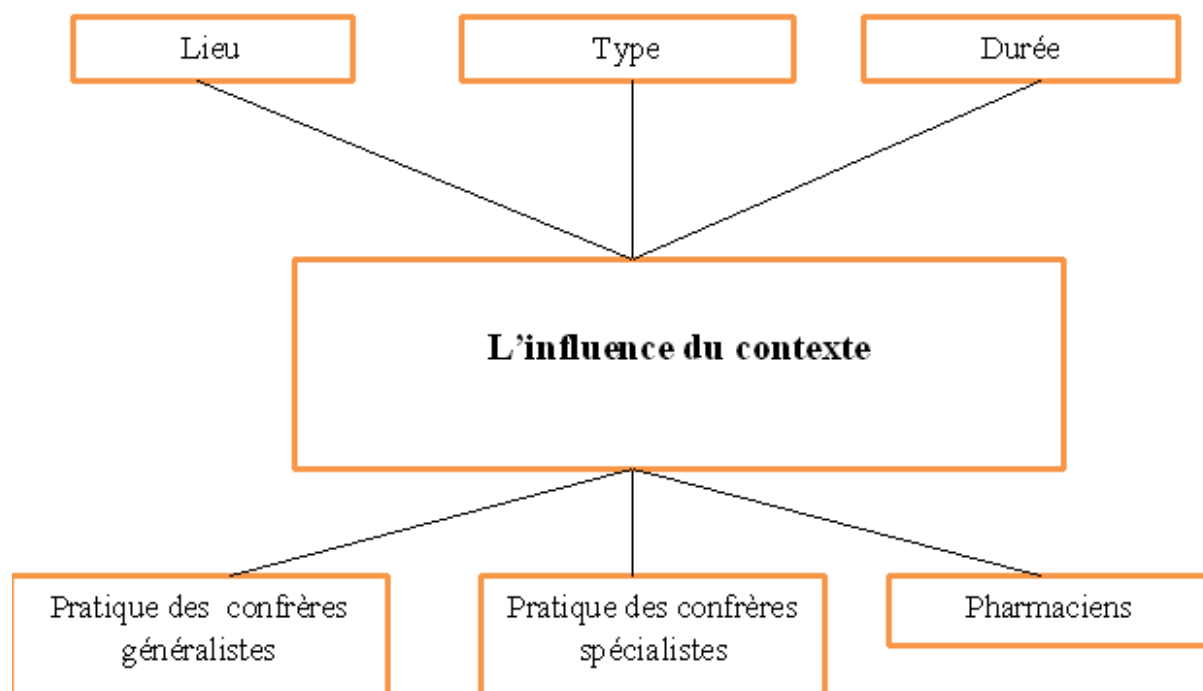


Figure 14

3.4. Construction de l'arbre thématique

L'étude transversale des relevés thématiques que nous venons de présenter propose des regroupements de thèmes convergents, complémentaires voire opposés autour d'axes de réflexion que nous avons déterminés grâce aux ensembles saillants.

A cette étape du travail, nous avançons dans la description des processus décisionnels de la prescription des AINS par les médecins généralistes dans la prise en charge symptomatique de l'angine. Nous pouvons maintenant, à partir de ces axes thématiques et des branches que nous avons constituées, envisager leurs articulations au sein d'un arbre thématique permettant également leurs mises en perspective les uns par rapport aux autres.

L'arbre thématique devient un outil de lecture et de compréhension des processus décisionnels de la prescription d'AINS dans l'angine.

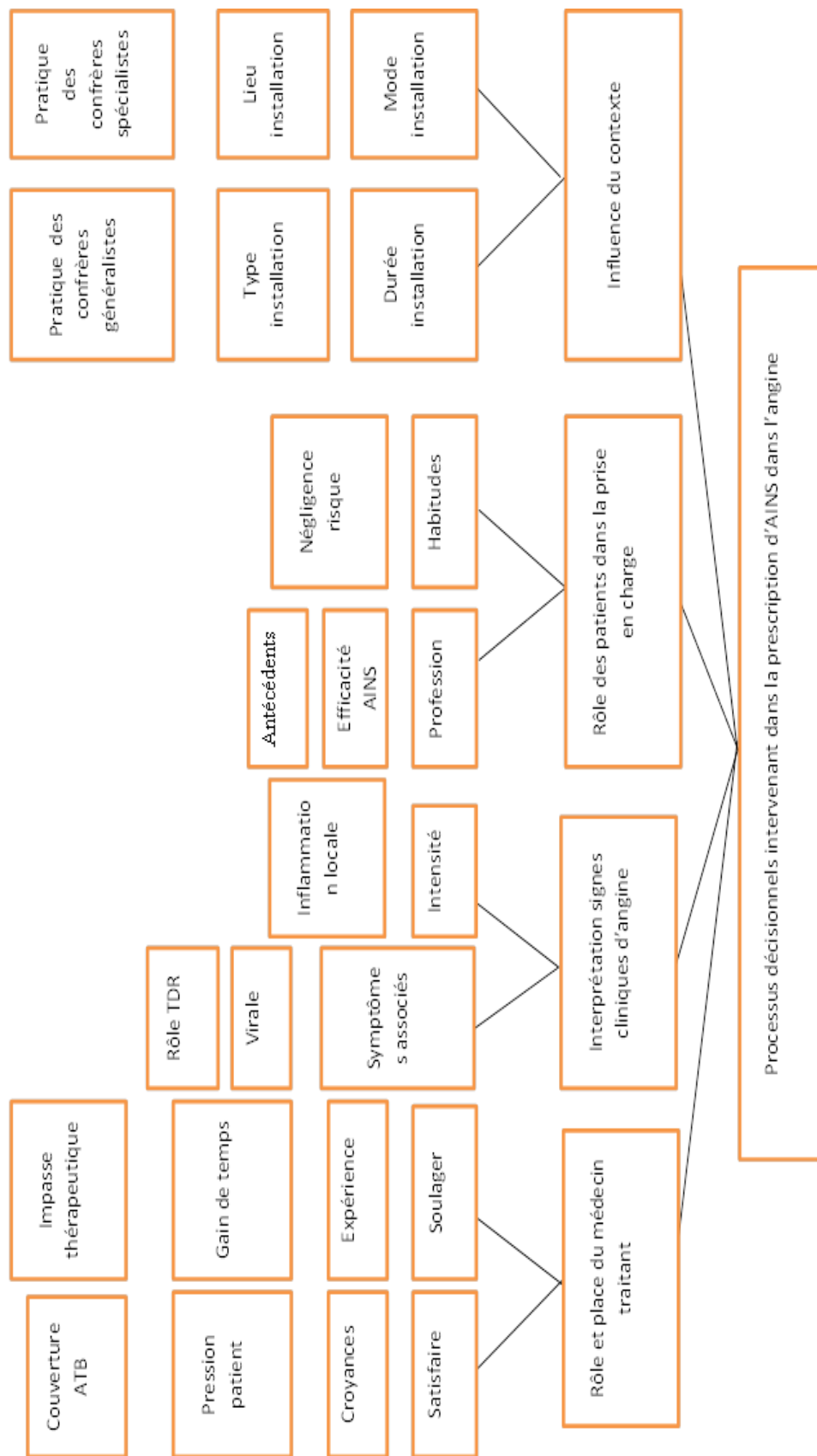


Figure 15

4. Discussion

4.1. A propos du sujet.

Notre travail est le fruit d'une longue et intense analyse réflexive de notre propre vécu et de notre confrontation à la prise en charge symptomatique de l'angine. Les éléments déterminants dans le choix de notre sujet sont complexes et font intervenir à la fois notre expérience professionnelle et personnelle, mais également des conceptions et des représentations que nous avons construites (et continuons à construire) à partir de références culturelles, familiales et sociétales. Notre expérience de la prise en charge symptomatique de l'angine en médecine générale a généré un sujet que nous avons souhaité appréhender. Nous souhaitons à ce stade comprendre les processus décisionnels de prescription d'AINS dans la prise en charge symptomatique de l'angine.

La tâche s'est avérée ardue.

La revue de la littérature a été l'occasion de mettre en évidence, dans les travaux étudiés, la présence permanente d'éléments concernant la prise d'AINS dans le traitement symptomatique de l'angine. Pourtant, nous n'y avons pas trouvé de réponses nous aidant à comprendre le fonctionnement des médecins dans ces situations. Notre sujet de thèse trouvait donc toute sa justification mais méritait d'être approfondi et précisé.

4.2. A propos de l'objectif

La première difficulté a été de définir notre objectif et notre questionnement de recherche. Notre projet initial était clairement plus ambitieux. La faisabilité de notre travail, limitée par l'ampleur du sujet et par notre inexpérience en recherche qualitative, nous a obligés, tout au long de sa réalisation, à revoir régulièrement et à affiner notre objectif.

Le choix de la méthodologie par analyse thématique nous a définitivement permis de fixer cet objectif. Le niveau d'observation et de compréhension devait se limiter aux processus décisionnels de prescription des AINS, d'une part, parce que le terrain ne nous permettait pas d'accéder à plus, et d'autre part, parce que la compréhension de ces processus s'est imposée comme un préalable à la compréhension du fonctionnement des médecins.

4.3. A propos de la méthodologie.

Avant de poursuivre sur les résultats de notre enquête, il convient de discuter de la méthodologie mise en œuvre. Nous avons opté pour la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes. Pour la réalisation de ces entretiens, nous avons respecté les références méthodologiques (32–34) quant à la constitution du groupe d'informateurs et du corpus. Nous avons essayé de respecter les règles de l'entretien semi-dirigé, à savoir : une fois la présentation de l'objectif de l'entretien précisée et la question initiale posée, nous avons laissé l'informateur s'exprimer librement et n'avons utilisé les relances et les questions que dans le but de recentrer le propos autour des rubriques que nous avons définies à priori dans la grille d'entretien. C'est à ce stade que nous avons rencontré une difficulté. En effet, à la relecture des entretiens, nous devons reconnaître que certaines de nos interventions ont été trop directives et orientées, biaisant ainsi les réponses et limitant l'expression spontanée de l'informateur. L'attitude de l'enquêteur doit être à la fois neutre et empathique et doit se débarrasser des idées préconçues ou des jugements concernant l'informateur ou son propos.

Le deuxième écueil que nous avons souhaité éviter était celui de l'interprétation hâtive. Nous rappelons que dans l'analyse thématique, le premier objectif est la description et la synthèse d'un corpus, en l'occurrence des entretiens réalisés. Cette analyse, non dénuée d'interprétation, doit être retardée au maximum afin de pouvoir présenter des résultats fidèles à la teneur des propos. La difficulté se situe lors de l'étape de thématisations du corpus lorsque l'analyste crée les thèmes et en rédige les dénominations. Il est alors constamment balancé entre d'une part la volonté et la nécessité de rester fidèle aux données empiriques, et d'autre part, le risque de procéder soit à une classification qui ignore la teneur du propos et ne fait que relever les sujets abordés vides de sens, soit à une analyse interprétative de type analytique qui interprète, conceptualise voire théorise en s'éloignant des données empiriques. Or, cette étape d'interprétation va au-delà de notre objectif qui est de circonscrire l'expression du vécu et du ressenti des médecins.

A l'issue de notre travail, nous pouvons dire que notre inexpérience en matière d'analyse thématique nous a contraint à une prudence lors de l'étape de thématisation en continu. L'analyste-enquêteur, ayant un regard inévitablement marqué par ses propres représentations, adopte une disposition analytique lors de l'étape de thématisation. « On ne peut pas ne pas avoir de référents interprétatifs » (32). Cette posture analytique intervient donc dans la sélection des données et dans leur transposition thématique. Il s'agit de la «

sensibilité théorique et expérientielle » du chercheur (32) (expérience subjective, personnelle, intime et professionnelle) : elle oriente toujours le regard de l'analyste et donc sa facilité à trouver telle ou telle thématisation plutôt qu'une autre. Cela intervient en particulier au niveau de la thématisation du corpus. Notre problème est sans doute d'être resté trop empirique pour résister à la tentation d'interpréter trop tôt. Cependant, nous sommes parvenus, à notre sens, à échapper à l'écueil inverse de nous contenter de classer les sujets abordés en nous éloignant du sens des propos.

La validité de notre travail et de nos résultats s'appuie sur la diversité des informateurs recrutés et des situations retranscrites tout au long des entretiens. Celle-ci nous a permis d'assurer une relative saturation des données au fur et à mesure des récits. En effet, les principaux thèmes développés étaient similaires selon l'âge, le sexe et le lieu d'installation de nos généralistes. Nous voyons donc que la méthodologie choisie a occupé une place prépondérante tout au long de notre travail. Celui-ci est construit autour d'une double démarche : un travail de recherche à proprement parler, mais également un travail d'apprentissage d'une approche qualitative innovante du sujet. Celle-ci nous est apparue parfaitement adaptée à la notion de prise en charge globale, compétence essentielle de la médecine générale.

Ces précisions étant faites, nous abordons la discussion à propos des résultats qui ressortent de notre enquête et de l'analyse que nous en proposons.

4.4. A propos des résultats de l'enquête de terrain

4.4.1. A propos de l'échantillon

Tout au long du recrutement des généralistes interrogés, nous nous sommes efforcés de constituer un échantillon homogène. En effet, on peut voir que la proportion homme-femme est respectée ainsi que les lieux d'exercice de nos praticiens. De plus, nous avons veillé à respecter un équilibre entre le nombre de médecins maître de stage et non maître de stage.

Cependant, si on compare les données de notre échantillon aux dernières statistiques de la DREES (35), on peut voir que l'âge moyen en Pays de Loire est de 50.6 ans contre 45 ans dans notre échantillon. Concernant la répartition des sexes en médecine générale, les femmes représentent 36.5% de la population en Pays de Loire contre 52% dans notre échantillon. Notre échantillon étant plus jeune, il est logique d'avoir une population plus

féminine comme c'est le cas dans la répartition nationale. Pour le lieu d'exercice, 10% des généralistes exercent en milieu rural contre 47% dans notre population. Au niveau national, 49.9% des médecins exercent seul et 46.7% en groupe contre respectivement 31.5% et 68.5% dans notre échantillon. Les maîtres de stage étaient représentés à 42% dans notre échantillon contre 15% dans la population du département (35,36).

Nous rappelons ici que notre travail n'a en aucun cas pour objectif de généraliser ces résultats. Aussi notre groupe d'informateurs n'a pas vocation à être représentatif des médecins généralistes du département. La validité de ce groupe est, en revanche, fondée sur la diversité des profils des médecins rencontrés, et ce, afin d'assurer une diversité maximale des discours retranscrits au sein du corpus. Cette diversité nous assure, lors de notre travail d'analyse, de retrouver un maximum de situations différentes. Celle-ci nous a permis de réaliser un état des lieux exhaustif des processus décisionnels des médecins généralistes et de saturer les résultats.

4.4.2. La place et le rôle du médecin généraliste

Cet axe permet de montrer qu'au cours de sa consultation le médecin adapte ses traitements selon la situation.

Soulager le patient représenterait un devoir essentiel de l'ensemble des médecins interrogés. Dans de nombreuses situations, l'inefficacité première du paracétamol entraînerait la prescription d'AINS. Cependant, on note dans notre étude que de nombreux médecins restent réticents à la prescription des AINS compte-tenu du bénéfice risque de ce médicament. En effet, il y a des risques de surinfections, de gastrotoxicité et de néphrotoxicité. La revue Prescrire notifie également que l'usage des AINS doit être mesurée et doit rester un médicament de deuxième intention. De plus, elle rappelle qu'il n'y a pas de bénéfice sur la douleur à doses antalgiques comparé au paracétamol (11,37). Nous avons également noté que 2 praticiens évoquaient l'AINS comme un pallier 2.

Mais, certains des médecins avec lesquelles nous nous sommes entretenus conservent en tête le « bienfait des AINS » dans le traitement symptomatique de l'angine. Soulager le patient est bien sûr cité dans le code de déontologie « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade* » (38). La douleur possède une prévalence de 43% dans les résultats de consultation de médecine générale. L'ORL concerne 24% des cas répertoriés. De cette étude, il ressort que la prévalence de la douleur en médecine générale est très importante. L'auto-évaluation par le patient indique un soulagement rapide le plus souvent. Les formations sur la prise en charge de la douleur en médecine générale devraient

être centrées sur les domaines les plus fréquemment rencontrés. D'autre part, dans cette étude on s'aperçoit que les outils d'évaluation de la douleur sont peu utilisés par les généralistes. Enfin, cette étude montre que les généralistes sont demandeurs de formations pour se perfectionner dans la prise en charge de la douleur (39). Dans notre étude, il apparaît que les femmes sont plus sensibles à cette notion de soulager que les hommes. L'âge ne nous a pas apparu comme discriminant dans notre étude. Nos résultats ne sont pas tout à fait en accord avec une thèse qualitative en focus groupe réalisée récemment sur la prise en charge de la douleur dans les otites. Cette dernière a montré que les jeunes et les femmes semblent les plus sensibles à la douleur de l'enfant. Les hommes, en particulier les plus âgés, abordent la douleur comme une expérience de la vie qui a son utilité (40). La thèse de Lagneau.M en 2010 sur les principales motivations de consultation pour les infections respiratoires hautes, montre que les attentes des patients résident dans le soulagement des symptômes et le besoin d'être rassurés (41). Cet élément est aussi retrouvé dans notre travail qui montre qu'une des principales préoccupations du médecin est de soulager son patient.

Le médecin souhaiterait que son patient soit satisfait de la prescription dans un sens, et de l'autre, il a la crainte de perdre des patients. Nous avons pu remarquer que les jeunes généralistes installés accordaient une plus grande importance à cette notion. Ils évoquent leurs souhaits de pouvoir se créer une patientèle stable. Une étude menée par la DRESS lève également l'hypothèse que les médecins majoreraient leurs prescriptions lorsqu'il y aurait plus de concurrence. Cette étude relève aussi que les médecins hommes de moins de 45 ans ont une probabilité plus importante de prescrire au moins un médicament au cours d'une consultation que leurs confrères plus âgés, et quand il y a prescription, elle comporte plus de lignes d'ordonnance. A contrario, les femmes médecins de moins de 45 ans ont une probabilité plus faible de prescrire au moins un médicament que l'ensemble de leurs confrères (42). Le médecin ressent l'obligation de satisfaire son patient comme le montre Anne Vega : « Outre cette tradition positiviste vis-à-vis du médicament, ce dernier sert aussi de cache-misère pour le généraliste ». Il permet bien sûr de soulager le patient, « comme s'il y avait une obligation de satisfaire le patient. Le recours au médicament permet ainsi de construire une relation avec le patient et de lui montrer que sa plainte est prise en compte » (43).

La gestion du temps apparaîtrait comme un élément clé dans la prescription des AINS dans notre étude. Le manque de temps, la complexité et la répétition des explications d'une balance bénéfice-risque péjorative pour les AINS entraîneraient la délivrance au patient. Le médecin en « a marre de répéter tout le temps la même chose ». Le gain de temps lors de la

prescription est évoqué dans l'étude de Gallois et al, où la notion de temps est aussi retrouvée comme facilitant la prescription plutôt que de le consacrer à l'éducation (44). Le principe de paiement à l'acte doit probablement aussi augmenter cette tendance comme le montre Pereira et al qui émet l'hypothèse, que souhaitant maximiser le nombre d'actes réalisés ou réduire les risques liés à un diagnostic rapide, les médecins recourraient à la prescription comme une substitution au temps de consultation (42).

Une autre notion apparaissant est l'impasse thérapeutique face à la douleur. En cas d'échec du paracétamol, le médecin évoque soit le choix des dérivés codéinés soit la prescription d'AINS. Dans leurs choix, les généralistes interrogés préféreraient utiliser l'AINS car les dérivés codéinés ont des effets indésirables moins bien tolérés par les patients et parce que pour les enfants le Codenfan® a été retiré du marché. L'étude montre aussi que les médecins n'hésitent pas à remettre en question le résultat du strepta test quand celui-ci est négatif, et lorsque le patient se présente de nouveau pour la persistance des symptômes. Certains vont donc avoir recours à l'utilisation d'un AINS associé à une antibiothérapie. Dans de nombreux cas, l'ajout de l'antibiothérapie serait associé à une prévention d'une complication infectieuse sous AINS et au traitement d'une angine bactérienne incertaine. Ces éléments d'incertitude dans le processus décisionnel de prescription sont retrouvés dans l'étude de Trémolières.F. Il montre dans son travail concernant le comportement des généralistes dans la prescription d'antibiotique, que cette prescription est favorisée par un diagnostic pas ou mal établi, un malade préoccupant mais au profil de gravité insuffisamment ciblé, un médecin anxieux au savoir insuffisant (45). Une étude mise en place par la DRESS montre que la prescription médicamenteuse réalisée par le généraliste est par ailleurs sensible au degré de certitude de son diagnostic. Lorsque le diagnostic est probable mais pas de son point de vue certain, le médecin a tendance à prescrire plus souvent au moins un médicament, mais il prescrit moins de médicaments différents. Quand le diagnostic est en attente, le médecin prescrit moins souvent des médicaments et en moins grande « quantité » (42). Anne Vega constate également que les médecins utilisent l'ordonnance pour se rassurer et gérer l'incertitude (43). Ces éléments sont également retrouvés dans une étude allemande (46). Pour expliquer l'écart retrouvé entre attente de prescription des patients et prescription effective des médecins qui dépassent largement les attentes, les auteurs font plusieurs hypothèses. Ils supposent que les généralistes ressentent souvent une grande hésitation lors de leur prise de décision, notamment du fait de la contrainte de temps et de l'exercice en premier recours qui laisse une grande place à l'incertitude en médecine générale. L'étude PAAIR 1 réalisée par Claude Attali sur la prescription des antibiotiques montre que plus les situations sont

complexes, plus il y a de chances que le médicament soit prescrit quel que soit le médecin généraliste (47). Il serait intéressant de savoir si ce modèle serait similaire dans la prescription des AINS. Cependant, une autre étude européenne a montré que les patients changent davantage de médecins lorsqu'il y a sur-prescription qu'une prescription médicamenteuse restreinte (48).

La pression exercée par le patient sur le médecin est appréhendée différemment selon les généralistes. Elle représenterait aussi un élément du mécanisme décisionnel de prescription. Certains cèdent à la demande de leur patient et d'autres résistent à la prescription. Nous avons remarqué sur notre échantillon que les jeunes médecins récemment installés étaient plus sensibles à cette pression par rapport aux médecins installés depuis de nombreuses années. Mais, il s'avère très souvent que la pensée du médecin ne correspond pas aux attentes réelles des patients. Cockburn.J montre dans son étude qu'un médecin a dix fois plus de chance de prescrire quand il pense que le patient veut un médicament (49). En effet, plusieurs travaux s'y sont intéressés et montrent que souvent le médecin croit percevoir une attente du patient pour une prescription alors que le souhait de celui-ci est bien plus incertain (60 fois versus 13 dans une étude) (50). Ainsi la pression du patient est plus forte dans la pensée du médecin que dans la réalité du patient, et peut conduire à des décisions inappropriées. Les raisons invoquées sont liées au désir d'une part de ne pas altérer la relation médecin-patient, d'autre part de gagner du temps, les explications de la non prescription semblant en demander beaucoup (50,51). Une autre étude réalisée par Gallois évoque que la pression des patients est plus forte dans la pensée du médecin que dans la réalité (44).

L'expérience du médecin est un élément marquant de notre travail. Elle codifie chez de nombreux praticiens leurs habitudes de prescription. Il s'avère que certains vont modifier leurs pratiques suite au vécu d'une complication ou d'une formation alors que d'autres ne changent pas ; et même le fait de ne pas avoir été confronté à une complication renforce leurs croyances envers l'AINS. Cela est d'autant plus évident dans notre étude quand le médecin traite ses propres angines par AINS. En effet, de par leur expérience favorable envers la prescription de ce médicament, les médecins et les patients se sont construit une image favorable de ce traitement et continuent de l'utiliser malgré la connaissance des complications graves. Cette théorie a été montrée dans l'article de Breton.C en 2004 (52) où elle évoque que « le rapport à la thérapeutique est infiltré de croyances et notamment la croyance en un objet thérapeutique tout-puissant ».

De plus, une expérience bénéfique des praticiens avec la prise d'AINS dans l'angine facilitent la prescription. Ils argumentent cette prescription par un bénéfice important sur la douleur et le gain de temps que peut leur apporter ce traitement. Ces éléments sont retrouvés dans les travaux de Vega.A qui montre que de nombreux médecins préfèrent prescrire un médicament afin de ne pas perdre de temps (43).

La connaissance des recommandations n'apparaît pas comme un frein à la prescription des traitements symptomatiques chez l'ensemble des généralistes que nous avons rencontré. Un médecin en fin de carrière nous a même révélé que « ce n'est pas en fin de carrière qu'il va s'intéresser aux recommandations ». Parmi les médecins, nombreux nous ont confiés qu'ils ne connaissaient pas les dernières recommandations mais qu'ils en avaient des notions. En effet, ils connaissent plus l'indication de l'antibiothérapie que celle concernant la prise en charge symptomatique. Ils essaient donc, en fonction des situations cliniques de les respecter. Notre échantillon révèle également que la plupart du temps les recommandations sont difficilement adaptables à toute leur patientèle. Certains médecins insistent en nous disant que celles-ci devraient être plus adaptées à la médecine générale. Les recommandations sont aussi influencées par l'industrie pharmaceutique : une étude a analysé 44 recommandations européennes ou américaines, 81% des participants en moyenne avaient des relations avec l'industrie, qui n'étaient que rarement déclarées (53). Une étude réalisée en 2006 financée par l'ANAES s'intéresse aux rapports des généralistes avec les recommandations (54). Elle conclut à 2 hypothèses :

– le rapport à l'expertise : les médecins souhaitent encore plus de transparence. Ils émettent également le vœu d'une plus grande participation « de la base », notamment pour intégrer « le petit souci quotidien » dans les recommandations. Cet élément est également retrouvé dans notre étude ou quelques interrogés relatent que souvent les recommandations ne peuvent s'adapter à chaque patient. On retrouve ici la notion de l'approche « centrée patient » où le généraliste doit prendre en compte la particularité de chaque patient, l'expérience propre du médecin et l'environnement afin d'adapter au mieux sa prescription.

– les tensions de nature éthique : nos praticiens semblent voir une forme d'opposition entre la relation médecin-patient et les données scientifiques issues, notamment, de l'épidémiologie.

Elle constitue ainsi un facteur potentiel de résistance au changement de pratique. Nous avons également retrouvé ces notions notamment chez des médecins qui avaient une durée d'installation longue. En effet, le vécu de peu de complications allait à l'encontre des

éléments cités dans les revues scientifiques ce qui semblait les freiner quant au suivi des dernières recommandations. Cet élément apparaît aussi dans un article de Aubert et al (55). Ce dispositif semble présenter certains inconvénients. Il ne permet pas, ou difficilement, aux médecins de faire remonter (*bottom-up*) leurs attentes ou leurs suggestions quant à la pertinence ou à l'applicabilité de certaines recommandations. Les médecins se fondent plus sur leurs expériences à niveau de preuve faible que sur les études à fort niveau de preuve. Est-ce dû aux enseignements magistraux ? Est-ce dû à l'absence d'enseignement basé sur la réflexivité ?

4.4.3. L'influence du patient

Les médecins interrogés nous rapportent que les patients ont pour objectif d'être soulagés et ce de façon rapide. Ils veulent pouvoir continuer à travailler quand ils sont actifs. C'est le ressenti qu'ils ont. De plus, les professions utilisant la voix semblent être plus exposées à la demande d'AINS. Ces notions ont été abordées dans la thèse de Gaïdig.S en 2011. Celui-ci retrouve auprès des généralistes interrogés que les patients souhaitent également une guérison rapide et un soulagement efficace (56). Ce recours à la consultation pour des pathologies bénignes est une caractéristique française. Dans son article, Trémolières.F montre qu'en Allemagne les consultations pour infections ORL hautes sont 40% inférieures à celle de notre pays (45). De plus, l'étude menée par la DRESS en 2006 retrouve que les pathologies ORL font partie des résultats de consultations entraînant une des plus fortes prescriptions de médicaments (42). Cependant, une étude réalisée en 2006 n'est pas en faveur de cette hypothèse. En effet, elle montre que les prescriptions varient également avec l'activité et la profession du patient. Ainsi, la probabilité que le médecin prescrive au moins un médicament à un patient inactif est supérieure de 18% à celle observée pour les patients qui occupent un emploi (42). On retrouve ici la notion de la décision médicale partagée évoquée par la HAS en octobre 2013 (57).

Charles C a décrit quatre caractéristiques de ce modèle de décision partagée (58). Il faut l'implication d'au moins deux personnes (le patient et le médecin), le partage mutuel de l'information entre les deux acteurs, la participation du médecin et du patient au processus de décision et la prise de décision commune avec consensus sur l'option choisie. Il distingue ce modèle du modèle paternaliste où seul le médecin informe et prend la décision, et du modèle informatif, dans lequel le médecin est l'expert qui informe le patient mais la décision revient au patient seul.

Les situations propices à l'application d'un tel modèle de relation médecin-patient sont notamment les situations de maladies graves avec plusieurs options thérapeutiques ayant chacune leurs bénéfices et leurs risques sans consensus clair sur le meilleur traitement, mais aussi quand le bénéfice est hypothétique (traitements préventifs, dépistages), ou subjectif (chirurgie fonctionnelle, chirurgie esthétique).

La décision médicale partagée est donc bien plus que le simple partage de la décision : elle est le partage de tout le processus de décision, incluant notamment un véritable échange d'informations entre médecin et patient : données médicales objectives et valeurs du patient. Ce n'est pas non plus simplement l'expression d'une information la plus complète possible par le médecin, qui laisserait ensuite la décision au patient seul, en se déresponsabilisant du choix effectué.

Les principaux obstacles à la décision partagée sont : le manque de temps, le défaut de compétence dans le partage des décisions et l'implication du patient, le défaut de connaissances du médecin sur les risques et bénéfices des traitements ce qui rend une information complète difficile, la difficulté à transmettre les informations (manque de compétences en communication, manque d'outils), la peur du partage du pouvoir avec le patient et le sentiment que les patients n'aiment pas l'incertitude du médecin.

Concernant l'automédication, les Français sont les plus gros consommateurs de médicaments en Europe (28). Ce phénomène s'amplifie depuis la mise en vente libre de certains médicaments depuis 2006. Une étude européenne menée en 2005 auprès des généralistes montre que 90% des consultations en France se terminent par une ordonnance de médicaments contre 72% en Allemagne et 43.2% au Pays Bas (42). De plus, selon un rapport d'avril 2008, la France aurait le niveau de prescription le plus élevé (55) des pays européens. Un autre rapport demandé par l'Etat Français en avril 2008 signale que la France possède une médicalisation plus forte des problèmes de société et un recours plus systématique aux médicaments dans la stratégie thérapeutique, cela entraîne des prescriptions plus élevées (56). Récemment, une étude menée par le conseil de l'ordre des médecins retrouve que le marché de l'automédication croît de 1,9% dans un marché du médicament sous prescription en recul de 1,3% (59).

Notre analyse retrouve qu'une expérience favorable avec les AINS pourrait favoriser leur prise en automédication ou sur demande auprès du médecin. L'étude menée par l'IPSOS retrouve également cette notion : la confiance dans les médicaments qu'on prend est encore plus élevée et surtout plus vive (94% dont 19% de tout à fait confiance). Les Français ont encore plus confiance dans les médicaments qu'ils prennent eux-mêmes (94%, +10 points par rapport aux médicaments en général), et de manière plus intense (19% de tout à fait confiance contre 8% pour les médicaments en général) : différence logique puisqu'il s'agit là de médicaments qu'ils connaissent mieux et auxquels ils ont déjà accordé leur confiance en acceptant de les prendre (60). Les médecins de notre étude évoquent que les patients se procurent leurs médicaments soit dans leur réserve de médicaments, soit auprès de leur pharmacien. L'usage de la pharmacie au domicile est une référence culturelle qu'a retrouvée également l'anthropologue Fainzang.S. Son ouvrage relate que, même non consommés, les médicaments sont conservés dans l'espace domestique comme s'ils y possédaient une efficacité. Il y aurait donc assimilation entre espace corporel et espace domestique. Le médicament « est ainsi fréquemment placé dans un endroit accessible puis rangé, sans avoir été consommé, quand le besoin ne s'en fait plus sentir et que le mal a disparu » (61). On voit aussi que malgré les récentes affaires envers les médicaments comme le Médiator®, les Français ont confiance à 84% envers les médicaments mais souhaitent être mieux informés. Cette étude montre également que les Français ont confiance à 95% pour les médicaments prescrits sur ordonnance contre 70% sans ordonnance. A noter la grande importance de l'efficacité du médicament dans la confiance des Français (44%) (60). On voit donc que par rapport à la consommation d'AINS dans l'angine les patients accordent une plus grande importance à l'efficacité du médicament qu'à son risque.

Concernant l'angine, l'étude multicentrique réalisée entre 2008 et 2012 montre que dans 71% des cas les patients consultant pour abcès avaient pris des AINS ou AIS, dont 22% en automédication (62). Afin de limiter cette automédication, plusieurs auteurs se sont intéressés à ce phénomène. Cet élément est retrouvé dans l'étude de Gargot et al, où il montre que les patients sont en perpétuelle recherche d'informations sur leur maladie et demandent à leurs médecins une écoute authentique et empathique ainsi qu'une attitude pédagogique à leur égard (63). Les Français font partis des européens qui consomment le plus dans le cadre des infections ORL hautes contrairement aux anglo-saxons où le patient est plus responsabilisé.

Nous avons pu voir au cours de nos entretiens que certains patients n'hésitaient pas à remettre en question la prise en charge du médecin malgré une information sur la balance

bénéfice-risque. Les patients accorderaient donc plus d'importance à l'efficacité des AINS plutôt qu'aux conseils de leur médecin. Un article paru dans Bibliomed sur les représentations de la prescription par les patients montre que la notice de la boîte arrive en tête : 94% des interrogés disent la lire toujours, notamment les contre-indications, effets secondaires, posologie ; 62% estiment qu'elle apporte le plus d'informations, mais 36% seulement qu'elle est une source suffisante ; enfin 50% la trouvent inquiétante, particulièrement pour les effets secondaires. Le médecin arrive ensuite (91% disent lui poser des questions), puis le pharmacien (81%) et loin derrière, les médias (45%) (64).

4.4.4. La présentation clinique de l'angine

Le 3^{ème} axe de notre étude concerne les signes cliniques de l'angine qui favorisent la prescription. De nombreux médecins interrogés nous font part que la mauvaise tolérance des symptômes par les patients favorise la prescription d'AINS. Cependant, le ressenti de la douleur est variable selon les individus. Le médecin doit adapter chaque prescription au type de patient. Cette idée est présente dans l'étude de Feron où il évoque que la façon dont le patient labellise et gère ses symptômes est déterminante dans la décision thérapeutique (65). Sur le plan clinique, nous avons pu voir que le fait d'avoir des grosses ou de petites amygdales ainsi que l'intensité de l'inflammation locale pouvaient être des facteurs favorisant la prescription des AINS. De plus, l'arrivée dans les années 2000 du strepta test a permis au médecin de mieux définir leur diagnostic. Et nous pouvons voir qu'auprès des médecins interrogés, le fait d'avoir un strepta test négatif favorise la prescription d'AINS. Un travail de thèse sur la prise en charge des douleurs oropharyngées réalisé par la faculté de Toulouse montre que la fréquence de prescription d'AINS est favorisée par un strepta test négatif. Sur 300 médecins démarchés, seuls 39 ont répondu et 33 questionnaires ont pu être interprétés. Il s'avère que dans 66.7% des cas, un AINS a été prescrit quand le strepta test était négatif (66). Seulement ces résultats sont peu interprétables au vu de la faible puissance de cette étude mais nous pouvons remarquer que les processus décisionnels sont similaires aux nôtres. Ces hypothèses pourraient faire l'objet d'un autre travail. Selon le CREDES, qui a mené une étude dans la prescription de l'antibiotique, les caractéristiques cliniques des patients sont des éléments déterminants : ils influencent positivement la probabilité de prescrire une antibiothérapie. Le contexte clinique influence également, dans une moindre mesure, la probabilité de prescrire des antibiotiques (67). Nous n'avons pas trouvé d'études supplémentaires rapportant l'influence de la clinique de l'angine sur la prescription d'AINS.

Les symptômes associés à l'angine comme la fièvre résistante au paracétamol ou les myalgies pouvaient être un motif de prescription. L'AINS apparaît aussi comme une solution en pédiatrie où certains médecins assurent que les parents ne seraient pas rassurés sans une prescription d'Advil®. D'autres médecins le prescrivent en nous informant que d'après leurs expériences cela apporte un meilleur confort de sommeil aux enfants et parents en faisant mieux diminuer la fièvre. Cependant ces éléments contrastent avec une métaanalyse d'octobre 2013 de Cochrane où les auteurs concluent que la fièvre est mieux gérée sous bithérapie; seulement le confort des enfants n'a pu être évalué (68). De plus, il faut rester vigilant quant à l'utilisation d'ibuprofène chez l'enfant car il expose à de graves complications notamment dans la varicelle (8,9,69). La revue Prescrire et l'AFSSAPS ont récemment publié un article montrant que les AINS n'avaient pas de supériorité significative dans la prise en charge de la fièvre, et rappelle l'usage premier du paracétamol associé aux mesures physiques (1,69).

4.4.5. L'influence du contexte

Enfin, le 4^{ème} axe de notre travail a développé l'influence du contexte dans la prescription des AINS dans l'angine. Nos médecins interrogés mettaient en avant le modèle donné par un confrère généraliste ou un spécialiste qui représente la référence. Il ressort que les jeunes médecins ayant une durée d'installation courte calquent leurs prescriptions selon les habitudes des médecins qu'ils remplacent et sont souvent influencés par la demande des patients. Par peur de ne pas les satisfaire, ils cèdent souvent à la prescription d'AINS. Ensuite le mode d'installation en groupe est un élément intervenant dans la prescription. Cela est contredit par 2 études. Ainsi, Davis et Gribben, d'une part, trouvent un léger effet de l'âge sur la prescription : les plus de 40 ans ont une probabilité plus forte de prescrire des médicaments que les médecins de moins de 40 ans (70). Ils en concluent que les médecins les plus jeunes, et donc les plus récemment formés, sont plus sensibles aux bonnes pratiques (71). Trois auteurs se sont intéressés à la relation entre les généralistes et les spécialistes. Le spécialiste représente une référence pour le généraliste lorsqu'il retrouve une incertitude dans son diagnostic. En France, les niveaux de prescriptions sont en lien direct avec une survalorisation des savoirs spécialisés et des expertises (72). Adresser un patient au spécialiste permet de rassurer à la fois le médecin et le patient (73). D'autre part, Castel.P montre au travers de son article, que le fait d'adresser son patient au spécialiste permet aussi au généraliste d'entretenir sa relation avec lui, ce qui le rassure (74). Enfin, peu de généralistes remettent en question les prescriptions des spécialistes mais ce phénomène tend à diminuer depuis le scandale du Médiator®.

Les entretiens montrent que le lieu et la durée d'installation sont des facteurs influant dans la prescription. L'étude de la DRESS montre que la région d'exercice du médecin apparaît comme un facteur influant tant sur la probabilité de prescrire un médicament que sur le nombre de médicaments prescrits. Les médecins des régions Méditerranée, Ouest et Sud-Ouest ont des pratiques de prescription intermédiaires et assez proches de ceux exerçant en Ile-de-France. Dans le Bassin Parisien (Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Picardie), la probabilité de prescrire au moins un médicament et le nombre de médicaments prescrits sont plus élevés qu'en Ile-de-France. Le Centre-Est et, dans une moindre mesure, l'Est se caractérisent également par des probabilités de prescription élevées mais aussi par un nombre de médicaments prescrits plus faible. C'est enfin dans le Nord que la probabilité qu'ont les généralistes de prescrire au moins un médicament est la plus faible (42). On voit donc que les régions à forte densité de médecins favorisent la prescription. La thèse de Lapeyre.B montre que le profil des généralistes prescrivant des AINS dans les douleurs oropharyngées serait celui exerçant dans un milieu urbain ayant une durée d'installation courte (66). De nouveau, on note que la densité de médecins et une durée d'exercice courte favoriseraient la prescription. Le médecin est-il influencé par la concurrence proche ? Des études montrent que l'exercice libéral français favoriserait ces attitudes (63). Le médecin doit satisfaire son patient de peur qu'il parte consulter ailleurs. Une étude menée au Canada montre que les médecins payés à l'acte sont ceux qui prescrivent le plus (63). On sait aussi que le paiement à l'acte ne pousse pas le médecin à l'éducation car cela lui fait perdre du temps!

Ce travail montre aussi que le pharmacien intervient dans la consommation des AINS. En effet, depuis la mise en vente libre des AINS, les patients se rendent fréquemment à leur pharmacie dès l'apparition de symptômes et peuvent en ressortir avec un AINS pour les maux de gorge. Si le médicament est efficace chez le patient, on voit que les médecins de notre étude ont du mal à le remettre en question et poursuivent ainsi la prescription. Un médecin nous a évoqué que les pharmaciens remettaient en question les ordonnances auprès des patients, et que cela limitait l'impact de l'éducation qu'il délivrait à ses patients envers les risques liés à la prise d'AINS. En 2013, la revue Minerva consacre un article au rôle du pharmacien. Elle montre que le contrôle des ordonnances par les pharmaciens avec le renvoi de l'erreur au médecin augmente la sécurité de la prise médicamenteuse mais que ce dispositif a un coût. Cette étude montre qu'une collaboration plus poussée sous la forme d'un dialogue (électronique) au sujet du dossier du patient pourrait renforcer l'approche préventive des complications à long terme (75). Des études ont même été réalisées sur le rôle bénéfique du

conseil pharmaceutique concernant les patients traités pour des risques cardio-vasculaires. Elles relatent une amélioration de bénéfice des soins du pharmacien statistiquement significatif pour la réduction des chiffres de pression artérielle systolique et diastolique (19 études), pour une réduction de la cholestérolémie totale (9 études) et du LDL-cholestérol (7 études) ainsi que pour la réduction du tabagisme (2 études) (76).

La mise en vente libre des AINS a récemment été remise en question lors du congrès nationale des ORL français où le Professeur Reyte relate une étude multicentrique sur les abcès aux urgences qui montrent que la prescription d'AINS était impliquée dans 71% des cas de phlegmons. Il serait intéressant de rechercher à quelle part revient la prise d'AINS sur conseil pharmaceutique. Le Professeur Reyte remet en question ces pratiques de vente libre et le projet du ministère de permettre aux pharmaciens de réaliser un strepta test (77).

4.5. Les alternatives thérapeutiques

Face au traitement symptomatique de l'angine, il existe une grande confusion sur la balance bénéfice risque des thérapeutiques. Les AINS et les corticoïdes sont remis en question par les communautés scientifiques au vu de leur balance bénéfice risque défavorable (77). Dans notre étude, les généralistes nous ont évoqué le rôle positif de la consommation régulière de boissons froides et lactés, mais ils ne semblent pas convaincus par l'efficacité des pastilles antalgiques et des collutoires comme le souligne la revue Prescrire (37). Cochrane réalise en 2012 une étude sur le traitement par herbes médicinales chinoises. 12 études incluant 1954 patients ont été recensées. L'étude retrouve que certaines plantes médicinales chinoises (Ertong Qingyan Jiere Koufuye, le mélange Yanhouling, Qinganlan Liyan Hanpian) semblent efficaces dans le traitement symptomatique de l'angine sous réserve d'essai clinique de plus grande puissance (78). Une étude australienne randomisée contre placebo comparant le flurbiprofène 8.5 mg révèle que celui-ci peut-être une alternative thérapeutique dans le traitement symptomatique de l'angine. En 2006, la revue Prescrire publie un article concernant la mise sur le marché du flurbiprofène. Elle considère que ce traitement banalise la prise d'AINS. De plus, ce traitement a une balance bénéfice risque défavorable. Elle se réfère à l'étude australienne qui a testé le flurbiprofène uniquement sur volontaires sains ayant une angine aiguë. Il n'y a pas eu d'essai comparatif avec le paracétamol (79). De plus, en 2001, la commission française de la transparence a signalé que le service médical rendu était insuffisant (80). Concernant l'usage des dérivés codéinés dans la prise en charge du traitement symptomatique des angines, on retrouve que ce traitement est insuffisamment évalué. Des

études ont été menées en post opératoire de chirurgie amygdalienne. Une étude britannique menée sur 20 enfants en post opératoire d'amygdalectomie montre que le tramadol a une efficacité similaire à la morphine par voie injectable sur la douleur et qu'il est mieux toléré au niveau des nausées. Une étude égyptienne s'est intéressée aux maux de gorge après anesthésie générale sous masque laryngé. Elle montre une efficacité significative en gargarisme post opératoire versus placebo (81). Une étude réalisée en 2013, compare l'efficacité de la kétamine et du tramadol en pédiatrie sur la douleur post opératoire. Elle montre que les 2 traitements ont une efficacité similaire (82). Récemment l'utilisation du Codenfan® a été restreinte aux adolescents suite à 3 complications survenue aux Etats-Unis dans un contexte post opératoire d'amygdalectomie (83). Il serait donc nécessaire qu'une étude réalisée en soins primaires soit réalisée sur l'utilisation des dérivés codéinés dans l'angine. Les corticoïdes ont été beaucoup utilisés il y a quelques années. Notre étude signale que certains praticiens les utilisent encore et qu'ils pensent que sa balance bénéfice risque est meilleure que celle des AINS. Une méta-analyse parue dans le *British Medical Journal* en 2009 (84) évalue les corticoïdes dans l'angine. 3257 cas ont été identifiés dans 18 études. Les patients porteurs d'une angine à streptocoque étaient majoritaires et ils étaient sous antibiothérapie. Une efficacité a été montrée dans les 6 premières heures jusqu'à 24h. Seulement cela n'a pas été évalué versus paracetamol et sans antibiothérapie. La revue Prescrire rappelle en 2012 que les corticoïdes n'ont pas de place dans l'angine aiguë (85).

5. Conclusion

L'approche du traitement symptomatique de l'angine dans le cadre des soins primaires de médecine générale abordée dans ce travail a été motivée par notre volonté de mieux comprendre la pratique des soins primaires de médecine générale. De plus, l'actualité montre que ces traitements seront de plus en plus remis en question dans cette indication d'après le dernier congrès d'ORL français. Notre thèse présente sous quatre axes les mécanismes décisionnels pouvant entraîner la prescription d'AINS dans le traitement symptomatique de l'angine.

Dans nos entretiens, nous avons pu montrer que la majorité des généralistes étaient au courant des recommandations de l'antibiothérapie dans l'angine mais méconnaissaient très souvent la prise en charge symptomatique. Pour la plupart, ils ont notion du risque lié à la prescription des AINS dans l'angine. Pour certains, prescrire une antibiothérapie en association pourrait les prémunir de complications. De plus, l'absence de vécu de complications sous AINS chez le médecin et le patient renforcerait la confiance envers les AINS. L'inefficacité du paracétamol apparaît également comme un élément pouvant favoriser la prescription d'AINS. La pression et les attentes des patients sont interprétées de manières différentes par nos généralistes. On s'aperçoit que les médecins ayant une durée d'installation faible exerçant en milieu urbain subiraient plus facilement la demande de leurs patients afin de les satisfaire et de garantir leur exercice. Une expérience favorable du médecin dans son propre traitement de l'angine favoriserait la prescription chez les patients. Enfin, la notion du temps apparaît comme élément essentiel des éléments décisionnels des généralistes, qui pensent en gagner en prescrivant la molécule plutôt qu'en accordant du temps à l'éducation et à l'information de leurs patients. Ces mécanismes seraient-ils influencés par le paiement à l'acte ?

Dans notre deuxième axe, les médecins nous évoquent que de nombreux patients ont recours à l'automédication avant de consulter. Parmi les médicaments utilisés, les AINS représenteraient une part importante. Les médecins évoquent leur difficulté à les remettre en question quand ceux-ci sont jugés efficaces par leurs patients malgré une information pertinente sur les risques. Les croyances des patients envers un traitement sont extrêmement complexes à aborder selon nos généralistes, ce qui favorise la poursuite de ces traitements afin d'éviter une pression exercée par ces derniers dans l'obtention de leurs molécules fétiches.

Une présentation virale de l'angine et/ou un strepta test négatif favoriseraient la prescription d'AINS. De plus, certains symptômes associés résistant au paracétamol comme la fièvre, les troubles alimentaires, les céphalées et les myalgies pourraient représenter des éléments entraînant la prescription des AINS dans l'angine.

Enfin, le contexte d'exercice du médecin constitue un élément décisionnel à prendre en compte. Les généralistes sont influencés par la pratique des spécialistes et de leurs confrères généralistes. D'autre part, une durée d'installation faible montre que les généralistes souhaitent satisfaire au mieux leur patientèle afin d'assurer leur installation. La prise d'AINS dans l'angine serait également favorisée par les conseils pharmaceutiques. Il serait nécessaire d'effectuer une étude auprès des patients consultant en pharmacie pour maux de gorge afin de quantifier la part d'AINS liée aux conseils pharmaceutiques.

Notre travail a donc permis de révéler diverses hypothèses qui entrent dans les mécanismes décisionnels des généralistes lors de la prise en charge symptomatique des angines. Il semble que celles-ci doivent être mieux évaluées en réalisant une étude quantitative afin de mieux identifier les facteurs sur lesquelles des axes de formation et de communication pourraient être réalisés afin de limiter la prescription d'AINS. De plus, l'amélioration de la communication entre médecins et pharmacien pourrait à l'avenir favoriser la limitation de la prise d'AINS dans l'angine. Il semble aussi nécessaire qu'une évaluation soit effectuée vis-à-vis de la prescription d'un AINS lorsque le strepta test est négatif. Enfin, les récentes publications de la société française d'ORL sont en désaccord avec les dernières recommandations de l'HAS. Une harmonisation des pratiques semble nécessaire afin d'améliorer la prise en charge symptomatique des angines. Comme le souligne le dernier congrès des ORL français, on peut se demander si la vente libre des AINS ne devrait pas être remise en question.

6. Bibliographie

1. AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes [Internet]. 2005 [cité 4 mars 2014]. Disponible sur : http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/2005-infVRH-recos-afssaps.pdf
2. Prescrire rédaction. Angine aigüe, en bref. Idées-Forces. avr 2013;(352):1-3.
3. Prescrire rédaction. Angine aigüe, traitement antibiotique. Idées-Forces. avr 2013;(352):1-4.
4. HAS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant [Internet]. 2011 [cité 4 mars 2014]. Disponible sur : <http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>
5. Bachert, C, Chuchalin, AG, Eisebitt R, Netayzhenko, VZ, Voelker, M. Aspirin Compared with Acetaminophen in the Treatment of Fever and Other Symptoms of Upper Respiratory Tract Infection in Adults: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Double-Dummy, Placebo-Controlled, Parallel-Group, Single-Dose, 6-Hour Dose-Ranging Study. Clin Ther. juill 2005;27(7):993-1003.
6. Crook J. Fever management: evaluating the use of ibuprofen and paracetamol. Paediatr Nurs. avr 2010;22(3):22-26.
7. Bushra R, Aslam N. An overview of clinical pharmacology of ibuprofen. Oman Med J. 2010;25(3):155.
8. Lesko SM, O'Brien KL, Schwartz B, Vezina R, Mitchell AA. Invasive group A streptococcal infection and nonsteroidal antiinflammatory drug use among children with primary varicella. Pediatrics. mai 2001;107(5):1108-1115.
9. Zerr DM, Alexander ER, Duchin JS, Koutsky LA, Rubens CE. A case-control study of necrotizing fasciitis during primary varicella. Pediatrics. avr 1999;103(4 Pt 1):783-790.
10. Gehanno P. Anti-inflammatoire en ORL. Rev Prescr. 1986;6(53):45.
11. Prescrire rédaction. Faut-il prescrire des AINS au cours des infections ORL ? Rev Prescr. 1991;11(110):410-411.
12. Guillemot D, Rozet K, Denis C. Etude de la prescription et de la consommation des antibiotiques en ambulatoire [Internet]. 1998 [cité 4 mars 2014]. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/e9456a84ac84d7bf9aa8beb37cfada46.pdf
13. François M, Sznajder M, Durand H, Laouenan H. Traitement médicamenteux des angines et rhinopharyngites par les généralistes et les pédiatres. La lettre de l'oto-rhinolaryngologie. mars 2003;281:21-27.

14. Pessey J. Inflammation et pharyngo-amygdalites aiguës. *Presse Med.* 2001;30(n°39-40; cahier 2):55-58.
15. Benoni G, Zaffani S, Meneghelli G, Gangemi M, Murgia V, Chiamenti G, et al. [Patologie delle alte vie respiratorie del bambino in ambulatorio: un'esperienza italiana. Diseases of the upper respiratory tract in children in ambulatory care: an Italian experience]. *Pediatr Medica E Chir Med Surg Pediatr.* avr 2005;27(1-2):67-74.
16. HAS. Commission de la transparence Advil [Internet]. 2007 [cité 4 mars 2014]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-4094_advil.pdf
17. Eccles R, Loose I, Jawad M, Nyman L. Effects of acetylsalicylic acid on sore throat pain and other pain symptoms associated with acute upper respiratory tract infection. *Pain Med Malden Mass.* juin 2003;4(2):118-124.
18. Passàli D, Volonté M, Passàli GC, Damiani V, Bellussi L, MISTRAL Italian Study Group. Efficacy and safety of ketoprofen lysine salt mouth wash versus benzydamine hydrochloride mouth wash in acute pharyngeal inflammation: a randomized, single-blind study. *Clin Ther.* sept 2001;23(9):1508-1518.
19. Benarrosh C, Ulmann A. [Efficacy and tolerance of tiaprofenic acid in pharyngitis in adults. Results of a randomized study vs placebo]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 8 avr 1989;18(14):716-718.
20. Weckx LLM, Ruiz JE, Duperly J, Mendizabal GAM, Rausis MBG, Piltcher SL, et al. Efficacy of celecoxib in treating symptoms of viral pharyngitis: a double-blind, randomized study of celecoxib versus diclofenac. *J Int Med Res.* avr 2002;30(2):185-194.
21. Thomas M, Del Mar C, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* oct 2000;50(459):817-820.
22. Blagden M, Christian J, Miller K, Charlesworth A. Multidose flurbiprofen 8.75 mg lozenges in the treatment of sore throat: a randomised, double-blind, placebo-controlled study in UK general practice centres. *Int J Clin Pract.* mars 2002;56(2):95-100.
23. Watson N, Nimmo WS, Christian J, Charlesworth A, Speight J, Miller K. Relief of sore throat with the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8.75 mg: a randomised, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and safety. *Int J Clin Pract.* oct 2000;54(8):490-496.
24. Schachtel BP, Pan S, Kohles JD, Sanner KM, Schachtel EP, Bey M. Utility and sensitivity of the sore throat pain model: results of a randomized controlled trial on the COX-2 selective inhibitor valdecoxib. *J Clin Pharmacol.* juill 2007;47(7):860-870.
25. Schachtel BP, Fillingim JM, Thoden WR, Lane AC, Baybutt RI. Sore throat pain in the evaluation of mild analgesics. *Clin Pharmacol Ther.* déc 1988;44(6):704-711.
26. Boureau F, Pelen F, Verriere F, Paliwoda A, Manfredi R, Farhan M, et al. Evaluation of Ibuprofen vs Paracetamol Analgesic Activity Using a Sore Throat Pain Model: *Clin Drug Investig.* 1999;17(1):1-8.

27. Bertin L, Pons G, d' Athis P, Duhamel JF, Maudelonde C, Lasfargues G, et al. A randomized, double-blind, multicentre controlled trial of ibuprofen versus acetaminophen and placebo for symptoms of acute otitis media in children. *Fundam Clin Pharmacol*. 1996;10(4):387-392.
28. ANSM. Analyse vente de médicaments en 2012 [Internet]. 2012 [cité 8 avr 2014]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/796352eff0e9119cca0ea5bbd898353a.pdf
29. Pinaud V, Ballereau F, Corvec S, Ferron C, Bordure P, Caillon J, et al. Analyse de l'exposition préalable aux anti-inflammatoires et aux antibiotiques d'une cohorte de 34 patients hospitalisés au CHU de Nantes pour phlegmon périamygdalien. *Médecine Mal Infect*. déc 2009;39(12):886-890.
30. Dematri C. Les ORL déclarent la guerre aux AINS. *Le généraliste*. nov 2013;
31. Maillard C. Prise en charge de l'angine aiguë de l'enfant et de l'adulte en Médecine Générale : place des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des corticoïdes : étude qualitative à partir de 12 entretiens semi-dirigés : comparaison aux données de la littérature. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2011.
32. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: A. Colin; 2012.
33. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.
34. Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Armand Colin; 2007.
35. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013 [Internet]. - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2013 [cité 14 févr 2014]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2013,11126.html>
36. DMG. Liste des praticiens mai 2013 [Internet]. [cité 15 févr 2014]. Disponible sur : <http://www.dmg-nantes.fr/phocadownload/fichiers/DES/liste%20des%20praticiens%20mai%202013.pdf>
37. Prescrire rédaction. Angine aiguë : traitement symptomatique. *Idées-Forces*. avr 2013;(352):1-7.
38. Code de déontologie. Article 37 : Soulagement des souffrances [Internet]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-37-soulagement-des-souffrances-limitation-ou-arret-des-traitements-261>
39. Gerche S, Tajfel P, Huas D. Prise en charge de la douleur en médecine générale. *La Revue du Praticien-Médecine Générale*. 2000;14(512):1837-1841.
40. Sarlandie de la Robertie E. Prise en charge de la douleur de l'otite moyenne aiguë : Représentation des Médecins Généralistes. [Paris]: Pierre et Marie Curie; 2012.
41. Lagneau M. Prise en charge des infections respiratoires hautes : comparaison entre la France et les pays du nord de l'Europe. Nantes; 2010.

42. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *Etudes Résultats*. 2005;(440).
43. Vega A. Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus. *Médecine*. 2010;6(8):382-6.
44. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Prescription médicamenteuse : un acte sous influences. *Médecine*. 2007;3(10):456-61.
45. Trémolières F. Quels sont les déterminants des comportements des prescripteurs d'antibiotiques ? *Médecine et Maladies Infectieuses*. janv 2003;33(n° S1):73-85.
46. Von Ferber L, Koster I, Pruss U. Patient variables associated with expectations for prescriptions and general practitioners' prescribing behaviour: an observational study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. juin 2002;11(4):291-9.
47. Attali C, Rola S, Renard V, Roudot-Thoraval F, Montagne O, Le Corvoisier P, et al. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. *Exercer*. 2008;82:66-72.
48. Szecsenyi J. Influence of attitudes and behaviour of GPs on prescribing costs. *Qual Saf Health Care*. févr 2003;12(1):6-7.
49. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. *BMJ*. 30 août 1997;315(7107):520-523.
50. Little P. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. 21 févr 2004;328(7437):444-0.
51. Britten N. Patient's expectations of consultations. *BMJ*. 2004;328:416-7.
52. Breton C. Croyances médicamenteuses : aller contre ou faire avec. *EMC Réf*. 2004;181.
53. Choudhry N, Stelfox H, Detsky A. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *Jama*. 2002;287:612-7.
54. Laure P, Trépos Erase J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé Publique*. 2006;18(4):573.
55. Aubert J, Laversin S. Ce qu'attend le médecin généraliste des recommandations. *Rev Prat MG*. 2000;(511):1779-80.
56. Gaïdig S. Corticothérapie orale en cure courte dans les infections ORL en médecine générale : perceptions et déterminants de la prescription. Nantes; 2012.
57. HAS. Patient et professionnelle de santé : décider ensemble [Internet]. 2013 [cité 30 avr 2014]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf

58. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1982. mars 1997;44(5):681-692.
59. Faroudja J. Prescription et place du médicament dans relation médecin patient pharmacien. Conseil national de l'ordre des médecins; 2012.
60. IPSOS. Observatoire sociétal du médicament : résultat 2012. 2012.
61. Fainzang S. Médicaments et sociétés. PUF. Paris; 2001. 156 p.
62. Pinaud V, Lepelletier D, Potel G, Montassier E. Abcès péri-amygdalien: une étude multicentrique prospective. Paris; 2013 [cité 11 févr 2014]. Disponible sur : http://www.sfm.org/urgences2013/urgences2013/donnees/fs_tout_com.htm
63. Gargot F, Balagayrie A. Etude des facteurs influençant la demande des patients en consultation de médecin générale. *Le concours médical*. 23 mars 2005;127(n° 11/12):655-659.
64. Collectif. Quels sont les représentations du patient sur la prescription? *Bibliomed* [Internet]. [cité 28 janv 2014];480. Disponible sur: http://www.unaformec.org/publications/bibliomed/480_Representations_du_patient_sur_la_prescription.pdf
65. Feron J-M, Legrand D, Pestiaux D, Tulkens P. Prescription d'antibiotiques en médecine générale en Belgique et en France: entre déterminants collectifs et responsabilité individuelle. *Pathol Biol*. févr 2009;57(1):61-64.
66. Lapeyre B. Douleurs oropharyngées et AINS : pourquoi les médecins généralistes prescrivent-ils des AINS dans les affections oropharyngées douloureuses ? [Toulouse]: Paul Sabatier; 2012.
67. Mousquès J, Renaud T, Scemana O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. *Bull Inf En Économie Santé*. 2003;701-6.
68. Wong T, Stang AS, Ganshorn H, Hartling L, Maconochie IK, Thomsen AM, et al. Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;10:CD009572.
69. Prescrire rédaction. Douleur ou fièvre chez l'enfant : préférer le paracétamol. *Rev Prescrire*. déc 2011;
70. Davis P, Gribben B. Rational Prescribing and Interpractitioner Variation: A Multilevel Approach. *Int J Technol Assess Health Care*. 10 mars 2009;11(03):428.
71. Davis P, Gribben B, Scott A, Lay-Yee R. The « supply hypothesis » and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation. *Soc Sci Med*. févr 2000;50(3):407-418.
72. Vega A. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. CERMES3-Cnamts; 2011.

73. Hemery-Bourgeois I. Médecins généralistes et médecins spécialistes : des dynamiques d'adressage instables, ou comment prendre position entre ses patients et ses pairs. Paris; 2006.
74. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche dans la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*. mars 2005;46:220.
75. Avery A, Rodgers S, Cantrill J. Diminution des erreurs médicamenteuses grâce aux pharmaciens. *Minerva*. 2013;12(4):43-44.
76. Chevalier P, Laekeman G. Modification de comportement du patient : impact du médecin généraliste et du pharmacien. *Minerva*. 2012;11(3):27-27.
77. ORL France. Dossier de presse ORL 2013. 2013 [cité 29 janv 2014]. Disponible sur : <http://www.orlfrance.org/download.php?id=195>
78. Huang Y, Wu T, Zeng L, Li S. Chinese medicinal herbs for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;3:CD004877.
79. Prescrire rédaction. Flurbiprofène : même sous forme de pastilles, les AINS ne sont pas des bonbons ! *Rev Prescrire*. oct 2006;26(276).
80. Commission de la transparence. Avis de la commission de transparence : strefen 8.75 mg pastille. [Internet]. 2011 avr p. 4. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct010366.pdf>
81. Rashwan S, Abdelmawgoud A, Badawy AA. Effect of tramadol gargle on postoperative sore throat: A double blinded randomized placebo controlled study. *Egypt J Anaesth* [Internet]. févr 2014 [cité 26 mars 2014]; Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1110184914000117>
82. Tekelioglu UY, Apuhan T, Akkaya A, Demirhan A, Yildiz I, Simsek T, et al. Comparison of topical tramadol and ketamine in pain treatment after tonsillectomy. *Paediatr Anaesth*. juin 2013;23(6):496-501.
83. ANSM. Médicaments contenant du diclofénac, de l'hydroxyéthylamidon, de la codéine (pour l'enfant) et solutions pour nutrition parentérale pour prématurés [Internet]. 2013 [cité 26 mars 2014]. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Du-cote-de-l-Agence-europeenne-des-medicaments-Retours-d-information-sur-le-PRAC/Medicaments-contenant-du-diclofenac-de-l-hydroxyethylamidon-de-la-codeine-pour-l-enfant-et-solutions-pour-nutrition-parenterale-pour-prematures-Retour-d-information-sur-le-PRAC>
84. Hayward G, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Del Mar C, Glasziou P. Corticosteroids for pain relief in sore throat: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009;339:b2976.
85. Prescrire rédaction. Interactions médicamenteuses : comprendre et décider. *Rev Prescr*. 2011;31(338):299.

7. Annexes

7.1. Grille d'entretien

- Quels éléments lors d'une consultation prenez-vous en compte pour poser le diagnostic d'angine ?
- Comment évaluez-vous l'intensité des symptômes en pratique et de quoi vos patients se plaignent-ils le plus ?
 - Relance : qu'utilisent vos patients en automédication avant de consulter ?
- Comment adaptez-vous le schéma thérapeutique de l'angine dans votre pratique ?
 - Relance : si vos patients reconsultent, que prescrivez-vous ?
- Quel examen rapidement réalisable en consultation peut vous rassurer quant à la prescription d'AINS ?
- Quels bénéfices ont la prescription d'AINS selon vous dans l'angine et à quels risques peut-on s'exposer ?
- Avez-vous dans votre pratique été confronté à une complication de l'angine ?
- Comment prenez-vous en charge vos propres angines et celles de vos proches ?
- Dans quelles autres pathologies prescrivez-vous des AINS ?
- Que pensez-vous des dernières recommandations ? Vous semblent-elles applicables à la médecine générale ?

7.2. Tableaux des caractéristiques des informateurs

N° entretien	Age	Date installation	Durée installation	Sexe	Milieu	Type exercice	Nb actes	Maitre de stage	Formation	Durée entretien	Lieu entretien
1	59	1983	30	F	R	G	21	O	O	00:11:10	cabinet
2	40	2003	10	F	R	G	17	O	O	00:12:45	cabinet
3	52	1993	20	H	R	G	50	O	N	00:17:35	cabinet
4	37	2006	7	F	R	G	25	N	O	00:12:35	domicile
5	37	2006	7	H	R	G	35	O	O	00:15:23	domicile
6	58	1998	15	H	V	S	20	O	O	00:20:52	domicile
7	52	1989	24	H	V	S	30	N	N	00:14:36	cabinet
8	66	1975	38	H	V	G	20	O	O	00:16:32	cabinet
9	44	2000	13	H	R	G	45	N	N	00:17:12	cabinet
10	62	1983	30	H	V	S	24	N	O	00:25:23	cabinet
11	51	1999	14	F	R	G	18	N	N	00:10:10	cabinet
12	39	2003	10	F	V	S	30	O	O	00:08:35	domicile
13	30	2013	1	F	V	G	20	N	N	00:13:42	cabinet
14	29	2013	1	F	R	G	13	N	N	00:18:12	cabinet
15	45	2004	9	H	V	S	27	N	O	00:13:46	cabinet
16	31	2011	2	F	R	G	26	N	O	00:16:06	cabinet
17	53	1989	24	F	V	S	23	N	O	00:21:23	cabinet
18	37	2005	8	H	V	G	32	O	O	00:13:17	cabinet
19	33	2009	4	F	V	G	30	N	N	00:14:16	cabinet
Total	45	1999	14	10F/9H	10V/9R	13G/6S	27	8O/11N	6O/12N	00:15:27	4D/15C
								Nombre de médecins contactés	Nombre d'accord	Nombre de refus	Pourcentage de refus
								25	19	6	24

7.3. Annexe 3 : verbatims entretiens sur cédérom

Titre de Thèse : Comprendre les mécanismes décisionnels de la prescription des AINS dans le traitement symptomatique de l'angine : étude qualitative à partir de 19 entretiens semi-dirigés.

Introduction : L'angine engendre entre 8 et 9 millions de consultations par an en France. L'utilisation des AINS en cure courte est une pratique courante en automédication et sur prescription. Les recommandations sont pourtant prudentes vis-à-vis de leur utilisation. Notre objectif est de comprendre les processus décisionnels entraînant la prescription d'AINS dans l'angine. Méthodes : 19 entretiens semi-dirigés à l'aide d'une grille d'entretien auprès de généralistes vendéens. Résultats : Le médecin généraliste a pour objectif de soulager et de satisfaire son patient tout en économisant son temps de travail vis-à-vis d'une pathologie bénigne. L'inefficacité du paracétamol est fréquemment évoquée. Le vécu semble être plus important que les recommandations pour le traitement symptomatique. La présentation virale de l'angine, les symptômes associés (fièvre, céphalées, myalgies) un streptatest négatif facilitent la prescription d'AINS. Le patient, par sa profession, l'automédication, la pression qu'il exerce sur son médecin sont des éléments majeurs. Enfin, le contexte d'exercice de par la présence d'une forte concurrence et une durée d'installation courte, le conseil pharmaceutique et l'influence des confrères généralistes et spécialistes favorisent la prise d'AINS. Conclusion : Afin de limiter la consommation d'AINS, il semble nécessaire que l'information sur les risques liés à la prise d'AINS soit renforcée et qu'il y ait une uniformisation des pratiques entre médecins et pharmaciens. De plus, une remise en question de la vente libre des AINS devrait être discutée.

MOTS-CLES

AINS, angine, pharyngite, perceptions, déterminants, prescriptions, traitement, recommandations.