



**HAL**  
open science

# Le TDR dans la prise en charge des angines en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes

Amélie Oger

## ► To cite this version:

Amélie Oger. Le TDR dans la prise en charge des angines en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02986084

**HAL Id: dumas-02986084**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02986084v1>**

Submitted on 2 Nov 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Le TDR dans la prise en charge des angines en médecine générale :  
étude qualitative auprès des médecins généralistes .**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 9 Octobre 2020**

**Par Madame Amélie OGER**

**Née le 31 mai 1988 à Gonesse (95)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**

**Président**

**Monsieur le Professeur FOURNIER Pierre-Edouard**

**Assesseur**

**Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie**

**Assesseur**

**Madame le Docteur MARTIN Marie-José**

**Assesseur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Asseseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGEADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUVE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTEY Georges
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUÇASSOU Jacques		MONGIN Maurice

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean



## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020



## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

---

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

### PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien  
GUIDA Pierre

### PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude



## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique ( <i>disponibilité</i> )
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

////////////////////////////////////

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
JANCZEWSKI Aurélie  
NUSSLI Nicolas  
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle  
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

<b>ANATOMIE 4201</b>	<b>ANTHROPOLOGIE 20</b>
----------------------	-------------------------

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

<b>ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203</b>
---

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
*SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité*

<b>ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801</b>
--

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

<b>ANGLAIS 11</b>	<b>BIOLOGIE CELLULAIRE 4403</b>
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

<b>BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405</b>
--

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)  
DRH Campus Timone

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

<b>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501</b>
--

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

<b>BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401</b>
---

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)



GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*  
 FLECHER Xavier (PU-PH)  
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU-PH)  
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH)  
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
 HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH)  
 THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYSS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU-PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)



**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
*BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019*  
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)

GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
*BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre*  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Sumombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703**

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)  
 FERON François (PR) (69ème section)

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)  
 EBBO Michel (MCU-PH)  
 DRH Campus Timone

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité**MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

*FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre*

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)



RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

## PHYSIOLOGIE 4402

## PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

## PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

## PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

## PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

## RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

## RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

## THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

## REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

## UROLOGIE 5204

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

## Remerciements

A Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à cette étude et vous suis profondément reconnaissante de m'avoir fait confiance en acceptant de diriger ce travail. Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci par ailleurs pour votre implication dans notre formation. Soyez assuré de ma plus grande gratitude, pour la disponibilité dont vous avez fait preuve et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur FOURNIER Pierre-Edouard,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail et de participer à mon jury. Merci pour la réactivité dont vous avez fait preuve malgré le contexte actuel. Recevez le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie,

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail et de le soumettre à votre autorité. Je suis honorée que vous ayez accepté de participer à ce jury. Recevez le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Docteur MARTIN Marie-José,

Je vous remercie de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas d'interne en cabinet et d'être présente dans les derniers en faisant partie de mon jury. Je suis heureuse de tourner cette page avec vous. Je vous remercie de votre implication et de vos encouragements. Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury. Recevez le témoignage de mon profond respect.

Aux services et médecins qui ont participé à ma formation et plus particulièrement :

Aux Docteurs Alexis KARPOFF et Caroline ANSELME du service de Court Séjour Gériatrique de l'hôpital d'Arles où j'ai effectué mes premiers pas d'interne pour leur bienveillance mais aussi à toute l'équipe paramédicale pour leur soutien et bonne humeur. A ce petit papy hospitalisé, voleur de charentaise à ses heures qui a éclairé plus d'une de mes matinées de visite !

Au service d'oncologie médicale de l'Institut de Cancérologie de Sainte Catherine à Avignon où j'ai le plus appris sur le plan émotionnel et humain. A mes anciens patients pour leur force et leur courage.

Au service du Professeur CHANEZ, service de Pneumologie de l'Hôpital Nord où j'ai effectué un stage hivernal intense. Un remerciement tout particulier au Docteur PALOT Alain, chef adorable et adoré de ses patients.

Au service de Gynéco-obstétrique et Pédiatrie de l'Hôpital d'Aix en Provence où j'ai assisté à des moments privilégiés riches en émotion.

Au service des urgences de l'Hôpital d'Aix en Provence où j'ai apprécié terminer mon internat en quasi autonomie.

A mes parents, pour leur amour inconditionnel et leur soutien pendant ces longues années d'études, je n'y serai probablement jamais arrivée sans vous. A mon père pour sa force de caractère et persévérance dont j'ai dû hériter un peu. A ma mère pour sa force, douceur et empathie, qualités qui me semblent indispensables pour tout futur médecin.



A Mémé mon arrière- grand-mère, ancienne aide-soignante de l'Hôpital Bichat Claude Bernard à Paris qui aurait été fière, je l'espère, de mon parcours.

A mes grand parents, Bernadette, Monique, Germain et André. Un message plus particulier à mon grand- père, André qui m'a donné la force et la rage de me battre en première année et à ma grand-mère Monique qui n'a pu se déplacer aujourd'hui mais qui est avec moi par la pensée.

A ma sœur, Pauline, pour ton soutien. Je suis très fière de ton parcours. A nos délires, nos conversations improbables, nos anciens voyages et nos futurs. Encore tellement d'étapes importantes de nos vies à partager, tu pourras toujours compter sur ta madame !

A mes amis Parisiens, plus particulièrement à Gwendoline et Maxime, heureuse d'avoir été témoin privilégiée de votre vie de jeune couple marié puis de jeunes parents. A Chrystelle, mon urgentiste préférée, avec qui nous avons fêté notre post ECN en Australie, un des meilleurs souvenirs de voyage. Mais aussi à tous les autres... Promis je vous dis quand je suis de passage à Paris !

A Flo, mon double blonde, ma team cardio Dr ??... je crois que l'on ne retiendra jamais son nom à moins de trouver ce fameux PINS et de me l'épingler à la blouse ! Je ne perds pas espoir !! Merci d'être encore à mes côtés malgré la folie.

A Maryne, ma bordelaise préférée et mon acolyte de genou Clément chez qui j'ai hâte de venir passer un prochain weekend voir plus...

A Nastassia, mon « co-pilier » comme dirait quelqu'un dont je ne prononcerai pas le nom, pour ton soutien, pour nos délires de co-internes, les moi-même moi- même, pour tous nos moments partagés, bons comme mauvais lol et tous ceux à venir. Merci aussi à Manu, pour ton soutien sans failles ces derniers temps ! et bien sûr big up à petit Paul.

A Magali, ma Beyoncé à moi, mon soleil, première personne rencontrée en arrivant dans cette belle région, merci pour ta bonne humeur, tes one woman show à n'en plus finir, je serai à jamais ta première fan.

A toutes mes autres belles rencontres marseillaises, à Carole, pour ton enthousiasme et ta folie depuis Nouméa tu me manques reviens vite, à Ben, Bruno j'attends vos prochaines vidéos avec impatience !

A toutes mes rencontres de voyage, pauses essentielles pendant ces études. Aux anciens : Farah, Tom Tom, Morgane et Camille ou l'équipe des loosers tanzaniens puis péruviens haha ! Aux plus récentes : Gauthier et Cédric, dixit Bijou, Christophe, Emma, Pierre Yves, Gaëlle, pour nos délires balinéens, lafestoulliens et ceux à venir !

A mon Chir qui m'a permis d'être debout aujourd'hui et a tous mes kinés David, Renaud mon marabout blanc, Catherine, Javier... sans qui la rééducation aurait été différente !

A mes voisines, Murielle, Candice et Sophie pour leur bienveillance et leur amitié, pour nos apéros à venir !

A mes patients passés et futurs qui ont permis de rendre ce travail possible, et qui me font aimer ce métier chaque jour.

# Table des matières

Introduction.....	10
Méthode.....	14
1. Type d'étude.....	14
2. Echantillonnage.....	14
3. Entretiens.....	15
4. Recueil des données et analyse.....	15
Résultats.....	17
1. L'angine : un diagnostic avant tout clinique.....	17
1.1 les critères cliniques pris en compte.....	17
1.2 Les signes loco-régionaux.....	20
1.3 Les signes généraux.....	21
1.4 Le diagnostic différentiel : la pharyngite.....	22
1.5 Utilisation du score de Mac Isaac.....	23
2. Les critères extra-cliniques influencent ils la démarche diagnostique (utilisation du TDR) du médecin ?.....	24
2.1 L'expérience/ l'âge du médecin.....	24
2.2 Si terrain fragile du patient : Antécédents et comorbidités.....	25
2.3 Influence de l'intensité et antériorité des symptômes sur l'utilisation du TDR.....	27
3. Utilisation du TDR en pratique.....	29
3.1 Utilisation du TDR : le TDR a-t-il été adopté par tous les médecins ?.....	29

3.2 Utilisation antérieure, formation et expérience du médecin .....	30
3.3 L'avis des quelques MG utilisateurs réguliers ou non du TDR .....	31
- Point positif du TDR : un argument face au patient, aide à la démarche thérapeutique .....	31
- Les freins à l'utilisation du TDR : contrainte de temps, contrainte liée au patient, le TDR ne détecte que le streptocoque .....	32
3.4 Suivi des recommandations notamment chez l'enfant de moins de 3 ans : Application nuancée des recommandations en médecine générale : Les MG assument ne pas tous suivre les recommandations .....	36
3.5 Pression de commande des tests par l'Assurance Maladie.....	38
4. Autres déterminants à l'attitude thérapeutique selon les résultats du TDR.....	39
4.1 Supériorité du sens clinique par rapport aux résultats du test ? cas par cas.....	39
4.2 Confiance accordée aux résultats du test/ la fiabilité du test est- elle mise en doute ? .....	41
4.3 La possibilité ou non de réévaluation du patient à 48h.....	42
4.4 Bilan Complémentaire .....	43
- Bilan biologique avec CRP .....	43
- Notion de 2eme prélèvement /culture en laboratoire hors recommandation .....	43
4.5 Avis des MG sur le phénomène de l'antibiorésistance : Se sentent-ils impliqués ? ..	44
4.6 Influence du patient.....	46
4.7 Volonté des MG de conserver un libre arbitre quant à leurs décisions .....	49
4.8 Contraintes de la médecine ambulatoire .....	49
- Veille de week-end ou congés et soirée .....	49
- Crainte de complications.....	50
5. Réalisation du TDR en pharmacie : qu'en pensent les médecins généralistes ? .....	52
5.1 Sens clinique du pharmacien remis en cause.....	53
5.2 Redondance de consultation .....	55

5.3 Modalités de délivrance des antibiotiques .....	58
5.4 Confiance des patients .....	60
Discussion .....	61
1. Des résultats.....	61
2. Points forts de l'étude.....	63
3. Limites générales de l'étude.....	64
4. Perspectives.....	65
Conclusion.....	67
Bibliographie.....	69
Annexes .....	74
Annexe 1 : Score de Mac Isaac.....	74
Annexe 2 : Population de l'étude.....	75
Annexe 3 : Guide d'entretien évolutif.....	76
Annexe 4 : Réalisation du TDR .....	78
Annexe 5 : Recommandations HAS.....	79
Annexe 6 : Arbres.....	81
Verbatims.....	85

## Introduction

L'angine est une pathologie fréquente en médecine générale avec 8 à 9 millions de diagnostic par an en France (1).

Le collège des enseignants d'ORL considère l'angine comme une amygdalite aiguë, mais il propose une description anatomo-pathologique plus large avec « une inflammation aiguë des amygdales palatines voire du pharynx » (2).

La définition de l'angine selon la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) est une inflammation d'origine infectieuse des amygdales (amygdalite) et/ou de l'ensemble de l'oropharynx (pharyngite). Il n'y a pas de rhinite associée à la différence de la rhinopharyngite (qui est toujours virale). (2)

80 à 90 % des angines sont d'origine érythémateuses et érythémato-pultacées. Nous nous concentrerons sur les angines érythémateuses et érythémato-pultacées car elles sont les plus fréquentes ; les autres types d'angine étant les angines pseudomembraneuses (diphthérie, mononucléose infectieuse), ulcéreuses (angine de Vincent, syphilis, hémopathie, VIH) et vésiculeuses (herpès virus et autres virus).

La grande majorité des angines sont virales : 70 % des cas chez l'enfant, 90 % des cas chez l'adulte (3). Le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBHA) ou *Streptococcus pyogenes* est le premier agent bactérien responsable d'angine (20 % des angines érythémateuses ou érythémato pultacées), tous âges confondus. Son pic d'incidence se situe entre 4 et 15 ans. La Contamination se fait par voie aérienne à partir d'un porteur sain (5 % de la population pour le SBHA) ou malade.

Le diagnostic est clinique avec apparition de signes fonctionnels d'installation rapide avec douleur pharyngée spontanée uni- ou bilatérale, augmentée à la déglutition (odynophagie), otalgie réflexe. Chez l'enfant s'ajoute souvent des troubles digestifs (vomissements, douleurs abdominales). Les signes physiques se traduisent par une fièvre d'intensité variable, une inflammation de l'oropharynx et des amygdales, des adénopathies cervicales satellites sensibles. En pratique, aucun signe clinique n'est strictement discriminant entre étiologie virale ou bactérienne. Cependant, une atteinte diffuse ORL et respiratoire (laryngite, trachéite, bronchite, conjonctivite) est très



évocatrice d'une atteinte virale, comme les signes extra ORL : poly adénopathie superficielle, hépato-splénomégalie, exanthème... (3).

Les recommandations de bonnes pratiques de 2011 préconisent de repérer les angines streptococciques pour les traiter par antibiotiques (4). Les angines à SGA évoluent le plus souvent favorablement en trois/quatre jours même en l'absence de traitement antibiotique. Cependant, elles peuvent donner lieu à des complications potentiellement graves telles que les syndromes post-streptococciques : rhumatisme articulaire aigu (RAA), glomérulonéphrite aiguë (GNA), et complications septiques loco-régionales dont la prévention justifie la mise en œuvre d'une antibiothérapie.

Il faut toutefois noter que le risque de RAA est actuellement extrêmement faible dans les pays industrialisés (mais reste préoccupant dans les pays en voie de développement). La réduction du risque de RAA a débuté avant l'apparition des antibiotiques dans tous les pays industrialisés, elle est le reflet de modifications environnementales et sociales autant que thérapeutiques, et peut-être d'une évolution des souches. Les GNA post-streptococciques ont rarement un point de départ pharyngé (cutané le plus souvent). La démonstration que les antibiotiques préviennent la survenue d'une GNA n'est pas faite.

L'efficacité du traitement antibiotique des angines à SGA est démontrée sur les critères suivants : accélération de la disparition des symptômes, réduction de la contagiosité à l'entourage, prévention des complications infectieuses locorégionales, prévention des complications non suppuratives (RAA).

L'identification du Streptocoque de groupe A se fait via la réalisation d'un test de diagnostic rapide (TDR) qui est recommandée devant une angine chez tous les enfants de plus de 3 ans, et chez les adultes si le score de Mac Isaac est supérieur ou égal à 2 (annexe 1) (4).

Depuis 2002, les tests de diagnostic rapide des angines sont mis à disposition des médecins français par l'assurance maladie, pour réduire la prescription d'antibiotiques aux seules angines à streptocoque de groupe A, et ainsi limiter les résistances bactériennes (5).

Le TDR est réalisé après écouvillonnage direct des amygdales ou du pharynx par le médecin à son cabinet. Le Résultat est disponible en 5 minutes. La spécificité du test est > 95 % et sa sensibilité > 90 %. (Cf Annexe 4)

L'intérêt du TDR est de confirmer ou non la présence du SBHA et ainsi d'évaluer la nécessité ou non d'instaurer une antibiothérapie adaptée.

L'enjeu est de réduire la prescription inappropriée d'antibiotiques. En effet, selon le rapport de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) sur l'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015 publié en Janvier 2017, la consommation d'antibiotiques a baissé de 11,4 %, mais elle a augmenté de 5,4 % depuis 2010 (6).

En 2017, la France était au sixième rang des pays les plus consommateurs d'antibiotiques dans le secteur de ville en Europe, d'après les données du réseau européen ESAC-Net (7,8).

Les niveaux de consommation observés en santé humaine en France en 2018 se situaient encore 30% au-dessus de la moyenne européenne (données ECDC,7,8).

Selon les recommandations HAS du 22 juillet 2015, en cas d'angine aiguë chez les enfants de plus de 3 ans et chez les adultes de plus de 15 ans avec un score de Mac Isaac  $\geq 2$  et un TDR positif : l'amoxicilline, 2 grammes par jour, pendant 6 jours est le traitement de référence (10). (Cf annexe 5)

Le TDR contribue par ailleurs à limiter les dépenses de santé inutiles et lutter contre la l'antibiorésistance.

En effet, ces prescriptions d'antibiotiques inutiles ont un cout pour la collectivité. La Cour des comptes estimait récemment que si les Français consommaient moins d'antibiotiques, 400 millions d'euros par an pourraient être économisés (11).

Mais ce qui inquiète particulièrement les autorités sanitaires, c'est le problème de l'antibiorésistance. Selon l'Inserm, « l'utilisation massive et répétée d'antibiotiques, que ce soit en ville ou à l'hôpital, a conduit à l'apparition de bactéries résistantes à ces médicaments ». L'institut précise qu'environ « 25 000 personnes par an meurent d'infections dues à des bactéries résistantes en Europe ». (12)

Les antibiotiques sont, à l'origine, des molécules naturellement synthétisées par des microorganismes pour lutter contre des bactéries concurrentes de leur environnement. Aujourd'hui, il existe plusieurs familles d'antibiotiques, naturels, semi-synthétiques ou de synthèse, qui s'attaquent spécifiquement à une bactérie ou à un groupe de bactéries.

L'efficacité remarquable des antibiotiques a motivé leur utilisation massive et répétée. Cela a créé une pression de sélection sur les populations bactériennes, entraînant l'apparition de souches résistantes. En effet, lorsqu'on emploie un antibiotique, seules survivent et se reproduisent les bactéries dotées de systèmes de défense contre cette molécule. La mauvaise utilisation des antibiotiques à savoir traitements trop courts, trop longs ou à posologies inadaptées est également pointée du doigt.

Ponctuelles au départ, ces résistances sont devenues massives et préoccupantes. Certaines souches sont multirésistantes, c'est-à-dire résistantes à plusieurs antibiotiques. D'autres sont même devenues toto-résistantes, c'est-à-dire résistantes à quasiment tous les antibiotiques disponibles. Ce phénomène, encore rare en France mais en augmentation constante, place les médecins dans une impasse thérapeutique : ils ne disposent plus d'aucune solution pour lutter contre l'infection (12).

L'objectif principal de l'étude était de savoir si les médecins généralistes utilisaient ou non le TDR, comment et si non utilisation du TDR pourquoi.

L'hypothèse de cette étude est que le TDR n'est pas utilisé de manière suffisante ou mal utilisé par les médecins généralistes.

# Méthode

Ce travail a été réalisé et décrit selon les critères de COREQ.

## 1. Type d'étude

Une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de onze médecins généralistes. Les onze médecins généralistes étaient informés de l'objectif de l'étude afin de planifier un rendez-vous pour les entretiens. Le recrutement s'est poursuivi, jusqu'à l'obtention de la saturation des données (plus de nouvelles informations après dix + un entretien). Lors de l'inclusion, une information orale à chaque participant en précisant le cadre de l'étude, l'objectif et le déroulement des entretiens (dont leur enregistrement audio) a été donnée. Leur accord oral a été sollicité. Les entretiens se sont déroulés sur leur lieu de travail dans des cabinets de médecine générale et permanence médicale sur Marseille. La population recrutée était variée selon l'âge, la parité, la durée d'installation permettant une plus grande diversification des données. L'orientation méthodologique pour étayer l'étude a été obtenue par analyse du discours. Il n'y avait pas d'autres participants que l'investigatrice.

## 2. Echantillonnage

L'échantillon initial était composé exclusivement de médecins généralistes installés sur Marseille. Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone à leur cabinet. Ils ont été sélectionnés par échantillonnage semi dirigé (basés sur l'Age le sexe et la durée d'installation) et par effet boule de neige. Seize médecins généralistes ont été inclus dans l'étude. Trois médecins ont refusé de participer et deux médecins ont abandonné. La raison évoquée était un manque de temps et d'intérêt de l'étude n'utilisant pas ou peu le TDR. L'échantillon théorique a été identifié après saturation

de données, soit dix plus un entretien. Parmi les onze médecins généralistes interrogés il y avait six femmes et cinq hommes. La moyenne d'Age des médecins était de quarante-cinq ans. La durée d'installation des médecins était divisée en trois catégories : moins de cinq ans d'installation, entre cinq et quinze ans d'installation et plus de quinze ans d'installation. Il y avait respectivement trois à quatre médecins de chaque catégorie. Leur type d'activité variait de cabinets de groupe en zone urbaine à permanence médicale. Le pourcentage de consultations de pédiatrie leur était demandé et variait de 5 à 60 % avec une moyenne de 19 % ainsi que leur nombre moyen de consultations par jour autour de vingt-sept. (Cf annexe 2)

### 3. Entretiens

Les entretiens ont été menés par l'enquêtrice seule après planification de rendez-vous à l'horaire souhaité. Ces entretiens étaient tenus au sein même de leur cabinet médical, afin de leur permettre d'être dans un lieu qui leur était familier, pour une durée moyenne de vingt minutes.

Un guide d'entretien a été élaboré afin de faciliter la fluidité des réponses des médecins (Cf annexe 3). Celui-ci n'était pas fourni aux participants en amont ni pendant l'entretien mais servait de support à l'enquêtrice. Aucun entretien n'a été répété.

Ce guide d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens dans l'objectif d'introduire de nouvelles données soulevées par les participants précédents, et de s'adapter à chaque personne. Elle était composée de quatre questions ouvertes agrémentées de sous questions.

### 4. Recueil des données et analyse

Le recueil des données a été réalisé par double enregistrement à l'aide d'un dictaphone ainsi qu'à l'aide d'un téléphone type iPhone après consentement oral du médecin et rappel sur l'anonymisation des données audio et textuelles. Des notes de terrain ont été prises pendant et après l'entretien individuel et ont ensuite été

retranscrites intégralement par l'investigatrice, avec intégration du langage non-verbal. L'analyse a ensuite été réalisée en plusieurs étapes : le codage qui a permis de révéler des sous-catégories d'idées ; l'analyse de ce codage qui a rendu possible la mise en relation de ces idées et représentations afin de les rendre plus explicites.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont duré entre quinze et vingt minutes, ils ont été enregistrés. L'entretien se déroulait en plusieurs phases : une première phase de recueil de données démographiques, une deuxième avec quatre questions ouvertes et sous questions pour relancer l'entretien.

La saturation des données a été obtenue au bout du dix plus un entretien. Une analyse thématique des verbatims a été conduite par codage pour faire émerger des thèmes. Le codage a été effectué par l'enquêtrice seule. Les thèmes ont été définis à l'avance et sous thèmes redéfinis au fur et à mesure des entretiens. Aucun logiciel n'a été utilisé pour l'analyse des résultats. Les participants n'ont pas exprimé de retour sur les résultats. Des citations ont été utilisées pour illustrer les thèmes et résultats.

# Résultats

## 1. L'angine : un diagnostic avant tout clinique

### 1.1 les critères cliniques pris en compte

- Pour la majorité des médecins généralistes (MG) rencontrés, l'angine est un motif de consultation quasi quotidien. L'angine est définie avant tout comme une odynophagie fébrile d'instauration brutale saisonnière.

*« Une personne qui vient en général pour une angine vient parce qu'il a mal à la gorge il a une ODYNOPHAGIE (sourire) »M2*

*« Consultation d'angine c'est odynophagie en SAISON »M3*

*« C'est souvent par épidémie au printemps et à l'automne » M9*

*« Une infection basée essentiellement sur les amygdales donc heu après voilà on peut détailler les signes heu mal de gorge difficulté à la déglutition de la fièvre » M6*

*« Je demande si c'est arrivé brutalement »M1*

*« C'est une infection de la gorge qui peut être virale ou bactérienne voilà, fréquente, notre quotidien » M7*

- Le patient ferait d'ailleurs souvent son propre diagnostic :

*« Les patients savent à peu près ce qui leur arrivent ils nous disent tout de suite qu'ils ont mal à la gorge, peuvent même suspecter eux même l'angine »M5*

*« Bah une consultation d'angine c'est déjà quelqu'un qui vient consulter avec des troubles de la déglutition des douleurs très souvent ils font tous seul le diagnostic » M11*

- Concernant l'étiologie des angines, certains médecins parlent d'angines virales ou bactériennes, d'autres d'angines rouges ou blanches.

*« Il y'en a deux différentes virales et bactérienne »M6*

*« C'est une infection des amygdales ça peut être viral ou bactérien »M8*

*« Et ben c'est une infection (rires) heu des amygdales qui peut être virale ou bactérienne ...c'est vrai que ça touche plus l'enfant que l'adulte même s'il y en a chez l'adulte. Heu voilà si c'est viral ben ça dure trois jours sauf l'angine dans la mononucléose infectieuse si c'est bactérien bah il faut des antibiotiques essentiellement du Clamoxyl et ça va mieux en 48 heures. » M9*

- Certains médecins généralistes disent pouvoir faire la différence entre étiologie virale ou bactérienne simplement avec l'interrogatoire et l'examen clinique.

*« Souvent les angines blanches je les traite par antibiotiques voilà d'ores et déjà... Une angine blanche où les patients qui ont des amygdales assez cryptiques voilà donc ça effectivement ça peut être un argument, un petit trou, un peu ponctiforme voilà. » M6*

*« Donc quand je vois les symptômes, le degré de gêne qu'ils ont l'aspect que ça a, la présence de ganglions, la notion de température moi je mets un antibio j'attends pas... Le fait que ce soit érythémato-pultacé c'est un argument direct flagrant »M11*

- Deux médecins nous ont confié faire le diagnostic étiologique simplement au feeling ou à l'intuition :

*« Déjà ouais quand c'est des angines heu pff moi je le sais je le vois, c'est au feeling en fait ce n'est peut-être pas bien hein » M7*



*« Moi personnellement je la juge déjà en fonction de mon intuition qui est vieille » (sourire) M11*

- Nous avons constaté que les critères cliniques pris en compte étaient globalement similaires d'un médecin interrogé à l'autre. Certains éléments à l'interrogatoire allant plutôt en faveur d'une origine bactérienne notamment le caractère unilatéral et l'installation brutale des symptômes, d'autres plutôt en faveur d'une origine virale avec la présence de symptômes ORL associés :

*« La douleur si ça devient vraiment unilatéral c'est qu'il y a un truc qui ne va pas et là il faut des antibiotiques, Le côté unilatéral et qu'il n'y a pas de symptômes associés : l'odynophagie unilatérale quoi » M1*

*« Oui parfois il y a des atteintes uni ou bi amygdaliennes heu voilà des angines on va dire accompagnées de peu d'autres symptômes heu généraux ou d'autres symptômes ORL c'est vrai que ça fait plutôt orienter vers quelque chose de viral » M4*

*« Après sinon quand c'est unilatéral en règle générale tu fais le test il est positif je le fais quand même mais allez dans 95 % des cas quand il est unilatéral c'est positif. Donc quand le patient il a mal que d'un côté et qu'il a une amygdale comme ça dans ma tête c'est que c'est bactérien » M9*

*« Je demande si c'est arrivé brutalement si y a un syndrome viral fièvre/frissons/courbatures s'ils en font de manière répétitive et déjà ça permet de s'orienter, déjà tu as une présomption si c'est plutôt viral ou bactérien et après tu as le test qui t'aide si tu arrives à le faire » M1*

*« Pour moi c'est la douleur pharyngée qui peut être fébrile typiquement il y a quand moins de chance qu'il y ait d'autres symptômes qui accompagnent heu cette douleur pharyngée donc pas de rhinorrhée pas de toux souvent » M4*

*« Moi je demande est ce qu'il y a des symptômes associés hein s'il y a de la toux si ça fait plutôt quelque chose d'ORL » M10*

## 1.2 Les signes loco-régionaux

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

*« C'est plus en fonction de l'aspect visuel de l'amygdale » M4*

*« L'aspect très érythémateux voir critique des amygdales mais ça c'est plus mon ressenti je pense » M5*

*« Quand l'angine est très moche avec des dépôts blanchâtres ou verdâtres ou quand c'est rouge très vif et très gonflé » M8*

*« heu avec en effet une clinique heu une angine pas belle même avec un strepto test négatif oui je mettrai quand même un antibio » M4*

*« Les angines rouges c'est plutôt viral les angines blanches ça peut être viral aussi après des angines de Vincent c'est franchement rare » M1*

*« Il y a des ganglions cervicaux et de la fièvre. » M8*

*« Heu théoriquement enfin si l'angine est enfin sauf si elle est virale, c'est fréquent comme maladie avec l'examen qui se fait facilement avec notamment les aires ganglionnaires au niveau cervical et en examinant la gorge » M4*

- L'un des médecins a avoué un changement de pratique depuis l'instauration du TDR :

*« Avant quand c'était érythémato-pultacé c'était systématiquement des antibiotiques et si vraiment ils avaient une gorge framboise enfin des amygdales surtout gonflées framboises je les traitais quand même par antibiotiques » M3*

- D'autres se basent sur les résultats du TDR :

*« Après avec une clinique tendancieuse et j'ai appliqué même chez des personnes présentant des adénopathies cervicales douloureuses de la fièvre à 39 une amygdalite avec un enduit purulent bien évident que le test est négatif j'ai pas mis d'antibiotiques »  
M2*

### 1.3 Les signes généraux

La fièvre, l'altération de l'état général et la difficulté à s'alimenter sont des facteurs importants pour les MG :

*« C'est plus voilà un ensemble d'arguments heu en fonction de l'état général, de la gêne fonctionnelle, de signes comme de la fièvre ou quoi qui heu si vraiment les symptômes sont tous très marqués j'aurai plutôt tendance à préférer le mettre sous antibiotiques »M4*

*« La fièvre assez intense et qui dure un petit peu ... c'est surtout la fièvre »M5*

*« Que je vois qu'il a de la fièvre et des ganglions qu'il y a un aspect sale bah là oui ça m'arrive de pas faire le TDR et de mettre les antibiotiques » M5*

*« L'état général et la fièvre, même des ganglions » M7*

*« ça dépend des signes généraux s'il y a beaucoup de fièvre et que ça dure ...que les gens se plaignent beaucoup heu je mets sous antibiotiques »M8*

*« Moi c'est plutôt le retentissement sur son mode de vie à lui s'il a mal bon ok mais non c'est plutôt s'il arrive à manger à boire correctement »M10*

*« Oui bien sûr il y en a qui me disent je peux plus avaler heu je ne peux même pas boire un verre d'eau heu oui bien sûr ! »M11*

*« heu sauf parfois en effet quand y a vraiment une symptomatologie très heu invalidante » M4*

*« Oui oui c'est ça parce que bon il y a de la fièvre heu le patient est vraiment mal il a du mal à s'alimenter heu donc c'est vrai que dans le doute je préfère parfois traiter si vraiment le patient est embêté » M4*

#### 1.4 Le diagnostic différentiel : la pharyngite

Nous avons constaté dans le discours de certains MG qu'il y avait une certaine confusion entre angine et pharyngite cela entraînant même une réalisation du TDR pour des cas de pharyngites.

*« C'est souvent confondu avec une pharyngite heu voilà » M8*

En effet, pour certains MG une simple pharyngite très invalidante sans augmentation de volume des amygdales suffit à réaliser le TDR :

*« On se demande si c'est pas plus une rhinopharyngite ou une irritation liée à la respiration du Calc qui a pu générer le truc donc du coup à ce moment la si j'ai un doute je fais quand même un test »M2*

*« Et je fais le test même un peu plus que... même quand je sais que ce n'est pas une angine je le fais. »M3*

*« Il y a même des pharyngites qui sont bactériennes et bien tapées hein et elles sont bactériennes donc c'est vrai que heu s'ils ont très très mal ou si c'est très très rouge la pharyngite je le fais »M9*

*« Je me suis vite rendu compte qu'il y a des pharyngites qui sont bactériennes même s'il y en n'a pas bcp il y en a quelques-unes donc je fais pour pharyngites je le fais aussi » M3*

*« Si c'est plus une odynophagie qui est due à une pharyngite ou une rhinopharyngite je ne vais pas leur faire de test mais si j'ai le moindre doute je fais le strepta test » M5*

*« Heu et puis à l'examen ben une gorge rouge des ganglions des fois des points blancs amygdales pas amygdales on s'en fout y'a des fois des gens opérés ça change rien au diagnostic il y a quand même une angine ou pharyngite point voilà » M11*

## 1.5 Utilisation du score de Mac Isaac

- Et le score de Mac Isaac me diriez-vous ? L'ensemble des MG ne l'utilisent pas, certains même avouant ne pas le connaître.

*« non je ne m'en sers pas »M11*

*« Pas du tout je n'utilise pas non » M3*

*« Non j'utilise pas » M6*

*« Du tout » M7*

*« Les scores ? heu non ça ne me dit rien moi j'utilise antibioclic quand j'ai un doute. Je ne savais même pas qu'il y avait un score »M5*

*« Je ne sais pas ce que c'est » (rires) M8*

*« Les scores non m'en fous non non je fais pas de scores bah les scores ont été faits justement pour pas avoir à utiliser le test au final donc heu comme on fait le test heu ... après alors oui chez les moins de six ans mais je crois que les scores ne s'appliquent pas sur les moins de six ans si ? non je sais plus enfin moi je me souviens pas mais je les connais pas très bien de toute façon »M2*

- Un médecin explique la raison de sa non utilisation par son expérience en ayant réalisé le TDR systématiquement à tout le monde :

*« Non parce que franchement moi ça m'est arrivé des patients qui n'avaient pas de fièvre et une angine bactérienne heu au strepta test... des fois ça m'arrivait aussi certains qui toussent quand il y a une toux sèche normalement c'est plutôt viral et ça m'est arrivé chez les bébés de moins de deux ans ... »M9*

- Un médecin généraliste dit l'utiliser de façon déductive par l'interrogatoire mais sans le calculer nécessairement

*« Bah en fait je les connais mais je n'utilise pas spécifiquement je ne cote pas mais après dans ma tête j'ai quand même mon score dans ma tête et puis après c'est un peu en fonction de l'aspect de l'amygdale, de la gêne » M4*

## 2. Les critères extra-cliniques influencent ils la démarche diagnostique (utilisation du TDR) du médecin ?

### 2.1 L'expérience/ l'âge du médecin

Nous avons posé la question aux médecins généralistes :

*« Après c'est vrai que je ne sais pas si c'est une question de génération ? » M4*

- La raison pour les plus jeunes médecins serait peut-être soit en lien avec la connaissance des médecins de leurs patients au fur et à mesure des années soit en lien avec la confiance qu'ils accorderaient à ces tests soit tout simplement un manque d'intérêt, de volonté :

*« nos doyens (sourire) qui comment dire ne veulent pas le réaliser par peut-être parce qu'ils n'ont pas confiance en ces tests c'est possible parce qu'il faut voir aussi qu'il y a pas mal de médecins qui ont plus de 50/60 ans aussi qui ont connu hein les RAA les endocardites etc. et les dégâts que ça a pu causer alors ils sont peut être très méfiants ça après... il y a peut-être de la mauvaise volonté aussi peut être le temps que ça prend. Y'en a d'autres qui sont réfractaires à toutes nouvelles avancées technologiques ou thérapeutiques je ne sais pas hein voilà... Il y a ceux qui font leur tambouille dans leur coin qui sont les meilleurs du monde qui n'ont pas besoin de recommandation que ça ne sert à rien etc. Peut-être qu'avec les jeunes médecins qui sont plus formés à ça heu ça se refera plus probablement » M2*

*« Je suis jeune médecin donc heu peut être que quand ça fait vingt ans qu'on connaît sa patientèle et que on a l'habitude et qu'on sait comment ils réagissent les patients peut être qu'on le fait moins. »M5*

*« Les médecins d'un certain âge ils ont peut-être plus tendance à faire confiance à leur instinct comme ils ont toujours fait et être moins adaptables aux recos alors que les jeunes on a plus tendance à suivre encore les recos on est encore très faculté internat etc. dans notre mentalité et heu on a plus tendance à le faire, je pense que ça va se faire de plus en plus avec la nouvelle génération »M10*

- Certains médecins plus âgés avouent ne pas effectuer le test par expérience :

*« Il y a des personnes à rhinopharyngite et des personnes à angine voilà alors heu après par la suite hein c'est l'expérience qui fait que humm on arrive un peu à déterminer » M6*

*« Alors moi oui parce que j'ai bossé dans un service de cardio à paris qui était jumelé avec je sais plus quelle ville où arrivaient tous les jeunes avec des rétrécissements aortiques ils étaient jeunes hein ils avaient vingt ans et avaient des angines qui n'avaient pas été mises sous antibiotiques tout simplement hein donc j'ai gardé ça et il y en avait plein. Ça m'a marqué. Et les cardios le disaient c'est parce qu'ils ne consultent pas pour une angine. Quand on a commencé à dire qu'on mettait plus les angines sous antibiotiques il y a eu plusieurs vieux médecins qui disaient et ben dans quarante ans on va avoir des RAC on en voit plus hein mais c'est toi qui me diras ça !» (Rires) M8*

- En revanche, un des médecins généralistes pourtant en fin de carrière avoue que le TDR lui a fait reconsidérer totalement sa pratique :

*« Je trouve ça super franchement ça a changé du tout au tout ma pratique hein c'est sur avant c'était l'intensité des symptômes qui me guidait et en fait je me suis rendu compte que ça n'avait pas de rapport donc il a vraiment fallu que je fasse le test pour que je me convainque que ça n'avait pas de rapport » M3*

## 2.2 Si terrain fragile du patient : Antécédents et comorbidités

- Les antécédents cardiaques, pulmonaires ou comorbidités des patients ont une importance majeure quant à la prescription d'antibiotiques. Pour certains médecins cela justifie une antibiothérapie systématique sans forcément réalisation préalable du test :

« Le seul cas où je vais passer outre le test c'est si j'ai des valvulopathies ou des trucs comme ça s'il y a une comorbidité à risque, essentiellement les valvulopathies. Avant je faisais aussi pour le diabète systématiquement mais j'ai arrêté heu non c'est le seul cas vraiment »M3

« Ah bah les diabétiques cardiaques c'est évident hein j'y vais à fond quoi. Je n'attends pas moi, non. »M7

« Ah oui bien sur le mec il a une cardiopathie raison de plus je veux dire qu'il n'aille pas me faire une péricardite ou une saloperie comme ça » M11

« Nan j'ai des patients grabataires donc chez des patients grabataires je vais avoir l'antibiothérapie facile »M3

« Oui tout à fait même si l'angine n'est pas particulièrement blanche », « ceux qui ont eu dans l'enfance beaucoup d'angines ont gardés souvent des amygdales assez grosses donc heu ils ont tendance effectivement à refaire rapidement des angines. Après ça dépend aussi des antécédents, quelqu'un qui a un diabète qui a un 100% pour un diabète ou des problèmes cardiaques voilà ça peut m'orienter plus facilement sur un antibiotique ou quelqu'un qui a de l'asthme ou antécédents pulmonaires » M6

« Un diabétique je vais mettre plus facilement sous antibiotiques, un jeune asthmatique allergique je sais que dans trois jours il va revenir ça aura flambé sur les bronches, les vieux ils font rarement des angines voilà si c'est un mauvais terrain je vais mettre plus facilement sous antibiotiques si bien sûr ils sont heu sous immunosuppresseurs ou autre chose en chimio heu voilà » M8

- Pour d'autres le TDR est réalisé mais la négativité du TDR influe peu ou pas :

« S'il est positif je mets un antibiotique s'il est négatif je ne mets pas d'antibiotique sauf en cas de comorbidité flagrante et vraiment risquée heu je ne mets pas d'antibiotique »M3

« Là ça joue si le test est négatif si c'est quelqu'un qui est un peu fragile un peu à risque ouais sur un terrain cardiovasculaire ORL ou pulmonaire ça peut jouer oui, je vais être plus prudent forcément chez ces gens là on est un peu moins confiants à ce moment là donc heu oui par précaution »M10



*« Si le test est négatif heu non, si le test est négatif il est négatif »M9*

- Pour un médecin la présence d'antécédents et de comorbidités justifie d'autant plus la réalisation du TDR :

*« Peut-être que je ne vais pas mettre plus facilement les antibiotiques mais je ferai plus facilement le TDR à un patient fragile type cancer, BPCO quelqu'un qui a une insuffisance respiratoire ou qui prend de la Ventoline de temps en temps quelqu'un qui a des comorbidités respiratoires je pense que je ne mettrai pas forcément les antibiotiques mais c'est sûr que je fais plus le TDR » M5*

### 2.3 Influence de l'intensité et antériorité des symptômes sur l'utilisation du TDR

- Pour certains médecins l'intensité et l'antériorité des symptômes n'ont pas ou peu d'impact sur la décision de réaliser ou non le test :

*« Je fais le test quand même »M1*

*« NON je le fais aussi non je fais le test et c'est le test qui guide mon antibiothérapie. Avant c'était l'intensité des symptômes qui me guidait et en fait je me suis rendu compte que ça n'avait pas de rapport »M3*

*« Pff bah je vais faire le test et je verrai ce que me dit le test. Bah si ça fait sept jours que les symptômes ne sont pas très francs on n'a pas très envie de penser à une angine. »M4*

*« Ah non jamais ça. Heu non même si ça fait sept jours ça peut être une rhino pharyngite qui traîne depuis sept jours et qu'il ne fait pas bien son traitement avec les lavages de nez donc je l'examine et non la durée des symptômes ne m'influence pas »M5*

*« En antériorité non parce que la plupart du temps c'est associé souvent à un coryza donc avoir mal de gorge parce qu'on a le nez bouche c'est normal quoi voilà » M2*

*« Pas forcément, si vraiment ça vient de démarrer pas forcément, je réévalue. »M6*

*« C'est-à-dire s'ils ont très mal ? ça ne me dit pas non plus si c'est viral ou bactérien ça non. » M9*

- Pour d'autres l'intensité et/ou l'antériorité des symptômes a un impact sur la réalisation du TDR et parfois même justifient à elles seules l'antibiothérapie :

*« L'intensité des symptômes oui plus si y a de la fièvre s'il me dit que vraiment il peut plus manger que là oui peut être éventuellement si c'est des signes cliniques très handicapants et très intenses là je le ferai plus systématiquement »M5*

*« Oui quelqu'un qui me dit j'ai essayé spray doliprane qui me dit ça fait sept jours que ça traîne ça ne va pas je peux plus avaler là oui je mets un antibiotique »*

*« Ah ouais, là je mets, l'intensité des symptômes aussi »M7*

*« Je me base plutôt sur la durée si ça traîne vraiment depuis longtemps qu'il n'est pas bien voilà l'antériorité si ça fait plus de soixante-douze heures que ça traîne heu j'aurai plus tendance à mettre des antibiotiques. Ce qui a le plus d'impact sur moi c'est plutôt le retentissement sur son mode de vie à lui s'il a mal bon ok mais non c'est plutôt s'il arrive à manger à boire correctement »M10*

*« Oui oui...ah oui absolument encore plus ! ça me motive encore plus à le faire oui encore plus oui sept jours c'est bon il va attendre encore combien de temps une semaine ? ce n'est pas la peine » « Oui bien sûr il y en a qui me disent je peux plus avaler heu je ne peux même pas boire un verre d'eau heu oui bien sûr ! »M11*

### 3. Utilisation du TDR en pratique

#### 3.1 Utilisation du TDR : le TDR a-t-il été adopté par tous les médecins ?

- Sur les onze médecins interrogés quatre médecins déclarent ne pas l'utiliser :

*« Ce n'est pas que je ne les fais pas trop c'est que je les fais pas du tout. »M6*

*« Le test je ne m'en sers JAMAIS. Enfin moi c'est vrai que je suis pas du tout test »  
M7*

*« Le test je le fais de moins en moins je l'ai fait au début je n'ai jamais eu de positifs je crois que j'en ai eu un de positif (rires) et j'en ai eu un de négatif sur une monstrueuse angine » M8*

*«Je le fais pas ça me gonfle. Moi ce machin je m'en sers pas voilà » M11*

Les autres médecins le font quasi systématiquement :

*« Bah le TDR systématiquement moi dès que je vois des amygdales c'est systématique » M10*

*« Non le test je le fais systématiquement »M9*

- Faible connaissance du test par les patients : preuve de sous-utilisation du TDR par les médecins ?

Les médecins me rapportent souvent la surprise de leurs patients au moment de leur réaliser le test :

*« Ouais ça tout le temps 'ah c'est nouveau ! vous le faites depuis quand ça ?'oh ben ça fait quinze ans à peu près que je le fais, 'quinze ans ?! mais je n'ai jamais vu !'» M9*

*« Un sur deux ouais il y en a ils me disent qu'est- ce que vous faites heu ils me voient sortir le truc faire le mélange heu qu'est-ce qu'il fait ?! mais après ouais un sur deux globalement » M10*

### 3.2 Utilisation antérieure, formation et expérience du médecin

- Pour l'un des médecins cela a changé sa pratique et le médecin s'est aperçu avec l'émergence des tests que la clinique n'était finalement pas prédictive d'une origine bactérienne :

*« Non parce que moi j'étais médecin référent pour la grippe donc les écouvillonnages ça ne pose pas de problème je l'ai fait pendant vingt ans pour la grippe. Avant pas l'habitude ça me gonflait je faisais quand c'était des grosses amygdales rouges quand je pensais que c'était une angine clinique comme comment on nous la décrit comme on nous apprend à la fac et en fait je me suis rendu compte que c'était absolument pas prédictif. Soit on le fait systématiquement soit on le fait pas » M3*

*« Je trouve ça super franchement ça a changé du tout au tout ma pratique » M3*

L'un des médecins a eu recours au test avant d'arrêter et dit ne pas avoir eu de formation mais se dit prête à le réutiliser :

*« Non. Avec la notice tout simplement. » M6*

*« Je suis prête à me remettre en question (rires) » M6*

- Globalement les plus jeunes médecins utilisent tous le test :

*« Les médecins d'un certain âge ils ont peut-être plus tendance à faire confiance à leur instinct comme ils ont toujours fait et être moins adaptables aux recos alors que les jeunes on a plus tendance à suivre encore les recos on est encore très faculté internat etc. » M10*

### 3.3 L'avis des quelques MG utilisateurs réguliers ou non du TDR

- Point positif du TDR : un argument face au patient, aide à la démarche thérapeutique

En effet, le TDR est souvent utilisé comme argument concret face au patient pour expliquer l'absence de nécessité d'antibiotiques. Cela permet aussi d'éduquer le patient :

*« Je fais le strepto test systématiquement parce qu'en fait ça me rend service hein ça me permet d'étayer ma prescription, de la justifier » M3*

*« C'est un outil pour justifier l'absence de prescription d'antibiotique » M3*

*« et puis bon ça nous permet aussi parfois d'avoir une preuve scientifique (sourire) au patient (rires) pour la mise sous antibiotiques par rapport à la prise de choix par rapport à l'antibiothérapie »M4*

*« Il m'arrive aussi de faire le strepta test face à des patients qui veulent absolument des antibiotiques et qui ne comprennent pas que je ne leur donne pas. Donc je le fais pour leur prouver que ce n'est pas bactérien sachant que je m'en doutais fortement et comme ça je peux argumenter face à eux en disant que non il n'y aura pas d'antibiotiques. » M5*

*« ça évite une antibiothérapie qui n'est pas nécessaire et alors après il y en a ils viennent pour l'antibiotique donc quand tu leur fais le test et que tu leur dis pas d'antibiotique après tu leur expliques. Donc le test c'est aussi un argument » M9*

*« Je vais faire le test et leur dire vous voyez il n'y a rien heu c'est un virus ça va passer, pour lui montrer que c'est pas grave et je le fais aussi quand au contraire je veux mettre un enfant sous antibiotique que les mamans demandent et que le test est négatif et dans ces cas là je mets une ordonnance à part et je dis vous n'hésitez quand même pas à le mettre. C'est oui de convaincre quelqu'un que ce n'est pas grave » M8*

*« C'est de pas mettre d'antibios a trop de monde pour rien déjà ça permet d'éduquer le patient aussi sur la prise en charge voyez là c'est plutôt viral donc je vous mets deux jours d'antiinflammatoires mais heu ça permet d'éduquer le patient »M1*

Le TDR est aussi considéré comme une aide au diagnostic et à la démarche thérapeutique :

*«Ca aide dans le raisonnement, il y a des fois où je suppose que c'est plutôt viral et ça m'arrive d'avoir des séries sur quelques jours, d'avoir des strepto test qui sont tous positifs et pourtant à chaque fois j'aurai eu la présomption de dire non ce n'est que viral il y a eu fièvre frissons courbatures il y a eu heu le côté un peu brutal et hop le test est positif donc ça m'aide je serai passe à côté et vice versa. Je pense que c'est vraiment un bon outil » M1*

*« C'est vrai peut être plus pour me rassurer j'aime bien le faire en fait à partir du moment où il y a une angine je préfère être sure » M4*

*« c'est un bon outil pour nous aider à raisonner » M4*

*« et de me convaincre moi aussi quand j'ai un doute » M8*

- Les freins à l'utilisation du TDR : contrainte de temps, contrainte liée au patient, le TDR ne détecte que le streptocoque

Certains médecins ne voient aucun avantage au test :

*« Moi je n'en vois aucun d'avantages » M11*

*« non pour moi il n'y a pas d'avantages » M7*

*« Je le fais pas parce que je pense que ça sert à rien » M11*

Cela est expliqué par une difficulté de technique pour l'un des médecins :

*« Je le trouve beaucoup trop difficile. Même les adultes c'est difficile à faire..., c'est compliqué d'aller toucher une amygdale avec deux mains déjà hein parce qu'il y a une main qui tient l'abaisse langue une autre la lampe... enfin je mets la lampe gynéco en général pour faire » M8*

Le TDR est une contrainte de temps pour certains, une question d'organisation pour d'autres :

*« J'essaie de le faire en début de consultation parce que je le fais voilà une minute tu mets le bâtonnet mais ça peut prendre du temps avant d'avoir la capillarité les deux petits traits là parfois je les ai en fin de consultation ça m'arrive, si ça avait été plus simple de pas avoir à mélanger deux produits et mettre qu'un seul produit voilà ça serait mieux ça serait une question de rapidité »M1*

*« ça j'allais dire c'est quand j'avais le temps ...ça prend un peu de temps donc j'ai abandonné la technique. Ça prend trop de temps c'est ça c'est tout ».M6*

*« Je le trouve beaucoup trop long à réaliser. Ça prend plus de cinq minutes, bon même six à huit minutes...je ne vois pas comment font les gens qui font des consultations en dix minutes peuvent faire le test c'est juste impossible quoi. Je n'ai pas pensé à le faire au tout début de consultation effectivement...» M8*

*« La première chose que tu fais tu regardes la gorge parce que comme tu vas faire un test après ça va te prendre cinq minutes donc tu fais d'abord ça, ça ne pose pas de problème à partir du moment où on s'organise correctement » (rires)M2*

*« Non parce que la première chose que je fais quand quelqu'un se plaint d'odynophagie c'est le test je leur dis je vais vous faire un test d'emblée je le fais et je fais ma consultation et non ça ne me retarde pas du tout non c'est une question d'organisation » M3*

*« C'est quand même assez rapide sur un temps de consultation de médecine générale »M10*

*« Pour certains médecins ça prend du temps de faire ce test du coup que ça peut être un frein. » M4*

Pour l'un des médecins cela lui permet même de gagner du temps :

*« Ça ne me prend pas particulièrement de temps heu ça m'évite même du temps d'explication quand je ne mets pas d'Antibiotiques justement » M5*



Deux médecins pensent même que c'est une perte de temps :

*« A part me faire perdre du temps ça ne m'aide pas, je suis désolée » M8*

*« C'est une perte de temps » M11*

Contrainte liée au patient : l'âge du patient est le plus souvent vue comme une contrainte :

*« Puis sur des gamins parfois c'est compliqué aussi quand ils ne veulent pas ils ne veulent pas » M1*

*« Une personne qui n'a pas la capacité de laisser les amygdales libres, le fait qu'il faille écouvillonner l'amygdale donc qui réduit la capacité chez certains patients ce qui est rare chez les adultes et extrêmement fréquent chez les enfants » M2*

*« L'utilisation chez les enfants, est ce que je le réalise bien heu oui je pense mais on ne sait jamais » M4*

*« Je trouve que c'est difficile chez les enfants de faire ce test » M8*

*« Je pense aux enfants je finis par la gorge parce que sinon ils pleurent c'est difficile on ne peut plus rien faire » M8*

Chez les adultes, certains médecins évoquent aussi une difficulté de réalisation du test souvent expliquée par le réflexe nauséux du patient :

*« Bah les gens ils ont envie de vomir quoi c'est tout hein... » M8*

*« Y a des cas où je n'arrive pas à le faire, problème de positionnement de langue heu il y en a tu es incapable de le faire. » M1*

*« La limite c'est la personne à qui on ne peut pas le faire parce qu'il y a quand même quelques personnes qui ont vraiment un réflexe nauséux trop important » M3*

*« Si c'est quelqu'un qui n'arrive pas à ouvrir la bouche qui est très inflammé ou qui menace de vomir à chaque fois et on peut pas faire le test là... » M10*

Quelques médecins mettent en avant le fait que le test ne détecte que le streptocoque et que test négatif ne veut pas dire que l'angine est virale :

*« Après en effet on ne vise que le streptocoque pas les autres heu bactéries, après oui ça ne détecte pas d'autres angines après savoir s'il faut vraiment les traiter ou pas ça c'est un peu une autre question »M4*

*« Le TDR il est bon pour les strepto mais il y a d'autres types de bactéries ...donc heu oui voilà le strepto test il est bien mais c'est pour le streptocoque » M5*

*« C'est vrai que ce test il te dit voilà c'est négatif pour le streptocoque mais il y a autre chose quoi hein...Ce n'est pas forcément viral ce n'est pas du streptocoque quoi on dit c'est viral non ce n'est pas viral ce n'est pas du streptocoque quoi...il y a bcp de gens hein même des médecins qui se disent le test est négatif c'est viral alors que non c'est pas viral c'est pas du streptocoque quoi !.»M7*

*« Après j'ai eu un cas l'angine blanche de partout verte même dégueulasse et le test était négatif...après ça devait être une autre bactérie non ? Oui oui donc justement il fallait le mettre sous antibio, ça ne m'aide pas beaucoup en fait » M8*

L'un des médecins explique la non utilisation du TDR par simple manque de volonté :

*« Après yen a beaucoup c'est peut-être de la flemme aussi hein » M8*

3.4 Suivi des recommandations notamment chez l'enfant de moins de 3 ans :  
Application nuancée des recommandations en médecine générale : Les MG assument ne pas tous suivre les recommandations

- Selon les recommandations la réalisation du TDR chez les enfants de moins de trois ans n'est pas utile, la probabilité d'une angine bactérienne étant très faible l'antibiothérapie n'est pas recommandée. Chez les enfants de trois ans ou plus il est possible de ne pas réaliser le TDR et de considérer qu'un antibiotique est nécessaire. Les médecins assument ne pas tous suivre les recommandations.

Certains médecins ne font pas de différence de prise en charge entre enfant et adulte :

*« Je juge comme si c'était humm un adulte voilà je ne fais pas de distingo en fait. »  
M6*

*« Non j'avoue que je suis assez uniforme là-dessus » M11*

L'un des médecins exprimant même son « épuisement » quant aux recommandations :

*« Le test je ne m'en sers JAMAIS. Pareil selon la clinique et l'état général... Moi j'en peux plus des recos. » M7*

- L'état général de l'enfant semble être un critère primordial et supérieur aux résultats du test s'il est réalisé :

*« Chez un enfant de moins de trois ans c'est la gueule de l'angine et l'état de l'enfant qui va me faire mettre sous antibiotiques. Moins de trois ans je vais mettre sous antibiotiques si sa gorge est rouge et s'il a aussi un nez qui est sale depuis plus d'une semaine et qu'il tousse même si je n'ai rien à l'auscultation parce qu'il n'est pas bien et que la maman me dit 'je n'y arrive pas ça ne passe pas' » M8*

*« Des enfants que je sens vraiment abattus bah de temps en temps je mets des antibiotiques tout en sachant que c'est probablement viral ou je les mets sur*

*l'ordonnance et je dis à la famille vous réévaluez d'ici 48 h et là je leur explique les signes à réévaluer. »M5*

*« En dessous de trois ans je ne mets pas d'antibiotiques après ça a dû m'arriver quand vraiment je les sentais abattus »M5*

- D'autres médecins réalisent le test même chez les moins de trois ans :

*« Alors je sais que ce n'est pas la peine de le faire ce n'est pas dans les recommandations mais il y a des gamins c'est tellement facile de le faire chez eux que tu le fais-tu en profites on ne va pas mettre des antibio pour rien quoi donc si je peux le faire je le fais...et ça peut être très utile dans les suspicions de scarlatine »M1*

*« Chez tout le monde s'ils se laissent faire » M3*

*« Bah entre oui deux ans et demi/ trois ans dans le doute je préfère faire quand même le strepto test... enfin ça me choquerait pas d'avoir une angine heu bactérienne à deux ans et dix mois... sinon pour les autres enfants c'est vrai que je le fais assez systématiquement le strepto test » M4*

*« Après moi je fais le test donc heu systématiquement même avant l'âge de deux ans je le fais...ça m'est arrivé chez les bébés de moins de deux ans ...on l'a pas fait c'est pas moi qui les avaient vus donc on l'a pas fait parce qu'ils avaient moins de deux ans RECO et les parents sont revenus parce qu'il avait toujours la fièvre au bout de trois jours j'ai fait le test c'était positif donc moins de deux ans je leur fais quand même »M9*

- Le reste des médecins appliquent les recommandations :

*« C'est pour ça moi je vois les pédiatres qui le font à trois ans et demi mais c'est n'importe quoi parce quand on a raclé la moitié de la bouche du nez quand on est passé par derrière parce que le gamin il bouge c'est débile il faut avoir la possibilité d'atteindre les amygdales ...si on racle l'amygdale le palais la langue etc. heu les dents ça n'a aucun intérêt... non moi je commence en général je vire tous les enfants de moins de six ans sauf vraiment le gamin tu lui as demandé d'ouvrir la bouche 'ouvre*

*la bouche aaah' il a fait ça puis heu il dit rien ceux-là on peut les tester on peut essayer à cinq/six ans le gamin très calme sinon tant qu'ils n'ont pas la capacité réellement de se contrôler c'est même pas la peine de le faire hein je pense que c'est inutile » M2*

*« Moins de trois ans on sait que toutes les angines sont virales alors on ne traite pas par antibiotiques. De trois à six/sept ans si j'ai pas fait de streptotest et que je considère que c'est une angine je mets des antibiotiques systématiquement et au-delà de sept huit ans enfin toux ceux à qui j'ai fait le test soit le test est positif et donc je vais mettre des antibiotiques soit le test est négatif et je ne mettrai pas d'antibiotiques » M2*

*« Non. Chez les moins de trois ans je ne fais pas le test. Plus de trois ans ça dépend mais pas vraiment » M5*

*« Ouais moi moins de trois ans je ne fais jamais. Entre trois et six si j'aurai plus tendance à le faire heu voilà non je fais les recos bêtes et méchantes moins de trois ans je ne fais pas, plus de trois ans je fais » M10*

### 3.5 Pression de commande des tests par l'Assurance Maladie

Trois médecins non ou peu utilisateurs des tests disaient ressentir une pression de la part de l'assurance Maladie jusqu' à même céder à leur proposition de commande uniquement afin de les 'contenter' :

*« Comme je l'ai dit au mec de la sécu je les commande pour lui faire plaisir (rires). Ils viennent nous voir une fois par mois et nous demandent. Mais à partir de maintenant je vais en commander comme ça ils sont contents. » M7*

*« la sécu nous impose presque de les commander parce que en fait ils auront le sentiment que comme on les commande ça veut dire qu'on les fait et eux dans leurs statistiques avec les ROSP les machins trucs ils ont l'impression que puisqu'on les a commandé on en fait donc ils sont tous contents donc à la limite ce qu'il faudrait qu'on fasse de temps en temps c'est de les jeter tu vois c'est une aberration voilà mais eux ils me disent d'ailleurs une fois on m'a dit mais vous en commandez pas beaucoup heu parce que tu fais les commandes par internet mais il y a mes collègues nan mais*

*il faut que vous en commandiez de temps en temps pff alors j'en commande de temps en temps histoire de faire joli. »M1*

*« Après j'ai la sécu qui me dit de temps en temps « vous les utilisez ? » alors je leur dis des fois je les commande ce qui est vrai et puis je me dis toujours je m'y remettrai. Ce n'est pas forcément de la mauvaise volonté et puis ça n'arrive pas à rentrer dans une routine quoi »M6*

#### 4. Autres déterminants à l'attitude thérapeutique selon les résultats du TDR

##### 4.1 Supériorité du sens clinique par rapport aux résultats du test ? cas par cas

Beaucoup de médecins avouent passer outre la négativité du test selon la clinique (souvent l'angine érythémato-pultacée) ou le degré de gêne du patient. La présomption clinique prime souvent. Globalement il apparaît que pour certains médecins le TDR n'est pas un test utile : Trois médecins précisent que leur intuition clinique suffit :

*« Je regarde la gorge je regarde l'état clinique et voilà. Je traite. Nan je me fies à la clinique : l'état général et la fièvre même des ganglions je pense que cinq jours de Clamoxyl ça n'a jamais tué personne (rires)... quand c'est des angines heu pff moi je le sais je le vois, c'est au feeling en fait ce n'est peut-être pas bien hein. » M7*

*« bon moi je suis partisan de traiter...bon...heu et puis a l'examen ben une gorge rouge des ganglions des fois des points blancs...moi personnellement je la juge déjà en fonction de mon intuition qui est vieille (sourire) ...bon moi je juge une chose prioritairement l'efficacité ...donc quand je vois les symptômes le degré de gêne qu'ils ont l'aspect que ça a la présence de ganglions la notion de température moi je mets un antibio j'attends pas...Le fait que ce soit érythémato pultacé c'est un argument direct flagrant» M11*

*« Pff non c'est plus la clinique qui va parler...le test heu non bon pour un résultat qui est pratiquement prévisible heu à mon sens et heu et donc j'ai abandonné la technique » M6*

*Si test négatif mais que clinique parlante ça vous arrive de prescrire un antibiotique ?  
« Oui » M1*

*« Heu sauf parfois en effet quand il y a vraiment une symptomatologie très heu invalidante heu avec en effet une clinique heu une angine pas belle même avec un strepto test négatif oui je mettrai quand même un antibio ... parce que bon il y a de la fièvre heu le patient est vraiment mal il a du mal à s'alimenter heu donc c'est vrai que dans le doute je préfère parfois traiter si vraiment le patient est embêté... » M4*

*« Heu ça dépend des signes généraux s'il y a beaucoup de fièvre et que ça dure et que l'angine est très moche avec des dépôts blanchâtres ou verdâtres ou quand c'est rouge très vif et très gonflé, que les gens se plaignent beaucoup heu je mets sous antibiotiques... »M8*

*« Je mets très rarement des antibiotiques sur un test négatif voilà après je ne cache pas que ça m'est arrivé s'il y a des symptômes très bruyants des grosses amygdales vraiment quelque chose de très inflammé je mets des antibiotos mais je mets qu'en si besoin je dis vous attendez 48 heures » M10*

Certains médecins se basent uniquement sur le résultat du test et ce malgré les signes cliniques proposant pour certains une réévaluation si besoin :

*«je fais le test systématiquement à part si je suspecte un phlegmon amygdalien une mastoïdite (rires) ou là non je ne vais pas le faire donc heu oui c'est systématique oui ...soit le test est positif et donc je vais mettre des antibiotiques soit le test est négatif et je ne mettrai pas d'antibiotiques même si la clinique est parlante parce que la clinique elle est un peu pourrie enfin je veux dire heu ..la clinique ça peut influencer mais peu voilà...et j'ai applique le test même chez des personnes présentant des adénopathies cervicales douloureuses de la fièvre a 39 une amygdalite avec un enduit*



*purulent bien évident que le test est négatif j'ai pas mis d'antibiotique et au bout d'une semaine comme d'habitude c'est passé»M2*

*« Si test négatif et clinique parlante ? Pas d'antibiotiques systématiques non. Je réévalue je ne mets pas d'antibiotiques »M3*

#### 4.2 Confiance accordée aux résultats du test/ la fiabilité du test est- elle mise en doute ?

Certains médecins doutent sur la fiabilité du TDR en remettant en cause son résultat s'il n'allait pas dans leur sens. L'un des médecins soulignait aussi la possibilité de mal réaliser le test sous entendant que cela entraînerait de faux résultats :

*« Le test je ne m'en sers JAMAIS parce que je pense qu'il n'est pas fiable heu parce que ça dépend où tu passes le coton tige quoi hein en fait tu ne peux pas avoir de strepto a un endroit et en avoir juste à cote » M7*

*« Moi je pense que c'est pas fiable c'est pour ça que j'ai arrêté ben il y a eu les histoires de mon associée qui avait des enfants avec des tests négatifs et ils ont fini par avoir une pneumonie deux jours après et elle aussi et hospitalisée quand même , je trouve que c'est pas un test précis c'est difficile vraiment d'avoir touché l'amygdale et d'avoir vraiment tourné l'écouvillon sur une partie blanche c'est heu difficile tu peux pas rester deux secondes quoi hein avec le truc dans la bouche. je ne suis pas convaincue. »M8*

*« En plus je ne suis pas convaincu...Pff sans doute que c'est efficace mais l'information que ça m'apporte à moi ne m'intéresse pas »M11*

Le reste des médecins a globalement confiance aux résultats :

*« Ah ça je ne sais pas. Mon sentiment personnel c'est qu'il est fiable mais après je n'ai pas le moyen de le juger donc heu je fais confiance » M3*

*« Oui je pense après je me suis pas renseignée sur le sujet mais j'ai plutôt confiance donc pour moi oui» M5*

*« Je fais confiance ouais »M9*

*« En général j'ai tendance à faire confiance au test ...oui bon il n'est pas fiable a 100% mais pff ...non finalement je fais confiance » M10*

#### 4.3 La possibilité ou non de réévaluation du patient à 48h

Chez les patients chez qui les médecins émettent un doute quant à une origine bactérienne malgré la négativité du test, la réévaluation à quarante-huit heures du patient est souvent la solution. La réévaluation est proposée soit au cabinet soit expliquée au patient avec une ordonnance à part d'antibiotiques :

*« C'est une photographie à l'instant T ça ne veut pas dire que ça ne va pas dégénérer donc après il faut toujours réévaluer » M1*

*« Si le test est négatif je réévalue je ne mets pas d'antibiotiques » M3*

*« Alors si les symptômes sont assez importants mais on peut quand même tenir un peu je vais demander de reconsulter d'ici deux/trois jours si vraiment ça ne s'améliore pas » M4*

*« Je mets les antibiotiques sur l'ordonnance et je dis à la famille vous réévaluez d'ici 48 h et là je leur explique les signes à réévaluer » M5*

*« Après les gens ils n'ont pas le temps hein ils ont autre chose à faire que de se déplacer, d'aller chez le médecin ils ont trois gamins il faut en emmener un, faire garder les deux autres heu d'où les ordonnances à part » M8*

#### 4.4 Bilan Complémentaire

La possibilité de deuxième prélèvement avec culture en laboratoire ou bilan complémentaire biologique avec marqueurs inflammatoires est envisagé par quelques médecins :

- Bilan biologique avec CRP

*« Alors ce qui m'arrive de faire par contre c'est qu'effectivement tu vois quelqu'un avec un aspect d'angine typique voire d'angine vraiment moche tu donnes un traitement au bout de trois/quatre jours ça ne va pas mieux tu vois heu ou alors il guérit une semaine après il récidive là je fais faire un prélèvement au labo carrément pour voir s'il y a une résistance ou autre voilà »M11*

*« ... donc c'est vrai que si c'est une angine rouge heu depuis quinze jours je leur fais faire un test en labo et si c'est l'angine blanche que le test est négatif je leur fais faire heu prise de sang. »*

*« A la limite la PCR capillaire parce que ça je fais je trouve ça beaucoup plus parlant que le test lui-même pour les enfants bon après la CRP capillaire ça serait peut-être plus pour les pneumonies sachant qu'on entend souvent rien... Finalement est ce qu'il y a beaucoup d'angines chez les enfants je ne suis pas sure hein mais après je ne fais pas beaucoup les enfants »M8*

- Notion de 2eme prélèvement /culture en laboratoire hors recommandation

*« Bah rien faire ou un prélèvement de gorge au labo quoi. Ça j'en fais parfois ouais heu quand j'ai des doutes je préfère mais pas le test... »*

*« Si c'est une angine rouge heu depuis quinze jours je leur fais faire un test en labo et si c'est l'angine blanche que le test est négatif je leur fais faire heu prise de sang. Donc deuxième prélèvement mais pas d'antibiotiques en systématique non. » M9*

*« Pff ça m'est arrivé une fois ou j'ai vraiment eu un gros doute mais sinon c'est tout c'était quelqu'un qui avait vraiment des antécédents d'angines bactériennes sur les quatre dernières années à la même époque de l'année le test est revenu négatif ,grosse symptomatologie, des adénopathies des énormes amygdales heu là il était bien...j'ai envoyé effectivement c'était justifié. »M10*

L'un des médecins explique cette pratique depuis un cas clinique qui l'a marqué :

*« Une belle angine vue par un généraliste qui a mis des antiinflammatoires en disant c'est viral heu et si je te montre l'angine que j'ai vu quelques jours après bonjour ! elle m'a appelée elle avait de la fièvre elle a fini sous Augmentin Flagyl super. Pareil si un gamin a... putain fais un bilan au moins une PCR tu vois si tu as envie de faire bien ! moi la PCR était à 200 donc si tu te dis c'est viral à ce moment-là tu vas jusqu'au bout quoi. Moi si j'avais la PCR après tu vas pas faire piquer chaque angine mais sur une angine septique dire prenez de l'Advil c'est viral il faut être culoté quoi ! Nous on a un labo qui le fait les PCR et ça c'est super intéressant on s'en sert énormément chez les enfants c'est génial » M7*

#### 4.5 Avis des MG sur le phénomène de l'antibiorésistance : Se sentent-ils impliqués ?

- La plupart des médecins se sentent concernés mais les avis sont encore malgré tout partagés :

*« Ah oui heu je leur explique l'antibiorésistance tout ça, ça va les tuer dans trente ans (rires) »M9*

*« Soufflement je ne sais pas je me pose la question. Donc on veut étendre le strepto test pour finalement réduire la prescription d'antibiotiques bon on sait que la prescription d'antibiotique c'est l'amoxicilline, que actuellement l'objectif de réduction*

*d'antibiotiques est en cours et a bien fonctionne sur cette thérapeutique hein et dans le cadre des SARM puisqu'on voit une réduction des SARM actuellement »M2*

*« J'ai toujours du mal à faire des prescriptions sans voir les gens. Antibiotiques encore plus parce que on est sur la sellette par rapport voilà a l'antibiorésistance »M6*

*« Je me dis que ça ne coute rien hein après il y a des antibiorésistances certes mais enfin quelqu'un qui prend une fois des antibiotiques dans l'année ça ne va pas le tuer quoi hein...après moi je suis à fond antibiotiques pas à fond mais je les prescrits facilement quoi » M7*

- L'un des médecins ne se dit pas concerné en médecine ambulatoire associant l'apparition d'antibiorésistances avec l'hospitalisation :

*« Il y a quand même un gros battage médiatique contre les antibiotiques actuellement hein... Moi je pense que les antibiorésistances se développent à l'hôpital hein surtout »M8*

- Un médecin très utilisateur d'antibiotiques justifie sa sur prescription par une volonté d'efficacité et par compensation avec diminution au contraire de prescription d'arrêts de travail :

*« Moi je suis dans un seuil haut d'antibiotiques je le sais bah oui mais bon mais moi à l'inverse je peux aussi leur retorquer que en donnant des antibiotiques j'ai peut-être moins d'arrêt de travail tu vois ce que je veux dire parce que avec un antibio le type en 48 heures il est remis sinon il te traîne donc heu ...eux leur argument c'est qu'ils te disent les antibiotos ça crée des résistances etc. oui ok on est d'accord mais moi je veux pas non plus soigner les gens aujourd'hui comme en 1960 quoi hein voilà avec les antibiotos les gens sont guéris beaucoup plus vite hein... là je l'enraille direct hein amoxicilline je prends, et les arrêts bah les gens avec l'antibio au bout de trois jours ils peuvent aller bosser si c'est viral une semaine donc aussi bien il y a un impact aussi sur l'absentéisme » M11*

#### 4.6 Influence du patient

Il y a-t-il encore une Pression des patients sur l'instauration d'antibiotique ? La décision thérapeutique est-elle partagée ou est-ce un compromis avec le patient ?

##### - Pression du patient

L'un des jeunes médecins me dit subir une pression même en cas de rhinopharyngite :

*« Ah oui ça arrive souvent oui mais après l'angine encore ça va sur l'angine je peux comprendre que l'antibiothérapie peut se poser ce n'est pas comme la rhinopharyngite (rire discret) ou en effet heu...y a pas du tout d'indication enfin mais oui y a un peu de pression de la part des patients. »M4*

Mais globalement, les médecins déclarent ne plus trop être confrontés à la pression des patients mais avouent encore subir une pression dans le cas d'infections des voies aériennes inférieures notamment la bronchite ou pour certains cas d'angines récidivantes ou avec antécédent de surinfection.

*« Plus trop maintenant sur l'angine pas tellement, sur les bronchites oui puis après on sélectionne ses patients hein (rire) »M2*

*« Non je trouve qu'il y a plus de pression pour les bronchites. Docteur vous avez vu comme je tousse ? oui mais vous n'avez pas de fièvre...après j'ai deux/trois patients que je connais aussi qui font des complications je sais qu'au début je ne l'ai pas fait et ils sont revenus deux jours après avec 40 de fièvre et l'angine monstrueuse et du coup les connaissant je leur mets » M8*

*« C'est plus des questions non ce n'est pas vraiment de la pression mais ouais y'en a encore qui disent heu il me faut l'antibiotique heu pas forcément que pour l'angine hein pour tout et rien aussi pour la grippe mais oui pour l'angine oui y'en a beaucoup qui pensent que c'est systématique l'antibiotique » M10*

*« Après des fois j'essaye de ne pas me laisser entrainer par le 'oui mais je fais des angines et ça ne passa jamais sans antibiotiques mais parfois effectivement on a tendance chez les personnes qui savent systématiquement que ça va dégénérer on*

*les traite plus facilement par antibiotique. J'essaye la plupart du temps de leur expliquer mais y a un facteur pression quand même » M6*

L'un des médecins souligne également le fait qu'en allant chez le médecin les patients ne veulent pas être venus pour rien :

*« Nous nos patients ils ne sont pas demandeurs hein mais quand ils viennent ils viennent le chercher parce que tout a échoué quoi » M7*

L'un des médecins justifie l'absence de pression par sa longévité d'installation et donc la connaissance et éducation de sa patientèle :

*« Je subis moins de pression pour deux raisons d'abord parce que je pense que je suis un vieux médecin et que donc que les patients je les impressionne un peu hein et puis ensuite parce que je fais moins de pathologies aiguës » « mon autorité j'allais dire naturelle mon autorité due à mon âge fait que les patients ne discutent pas. Non ça ce n'est pas vraiment un problème, je conçois ça l'a été pour moi hein quand j'étais jeune médecin pendant longtemps hein c'est vrai que c'était pour moi un vrai problème mais c'est fini ça, c'est le privilège de l'âge (sourire rire) » M3*

Malgré tout quelques médecins déclarent céder à cette pression :

*« Oui angine état général effectivement c'est possible oui » M6*

*« Après il y en a des fois ils viennent pour l'antibiotique ils viennent pour ça...(grimace) donc heu je leur explique blablas après ils veulent quand même l'antibio je leur dis je vous le prescris mais pour moi ça ne sert à rien » M9*

*« très souvent à l'inverse le mec il vient il dit 'je vous préviens moi je veux des antibiotiques hein ouais il y en a qui te disent ça d'emblée je dis bon heu on va voir mais bon très souvent il a sonné à la bonne porte parce que moi je suis pour mais non la pression pas forcément et Oui, ça dépend un peu de la demande du patient là aussi c'est vrai que le type qui me dit 'moi demain j'ai une réunion vachement importante il faut que je sois soigné heu c'est un argument de plus pour me dire bon on y va hein »*

*M11*



- Décision partagée ou compromis avec le patient ?

Pour la majorité des médecins cela dépend de la relation médecin/patient et s'explique souvent par l'éducation médicale préalable notamment au sujet de l'antibiothérapie de la confiance mutuelle. Cela dépendrait aussi de leur capacité d'autogestion ou disponibilité :

*« On est dans un quartier où les gens sont assez éduqués où on connaît bien notre clientèle et heu la plupart du temps ils ne les prennent pas les antibiotiques. »M8*

*« Après ça dépend des personnes que tu as en face, de comment il peut s'autogérer quoi » M1*

*« Les patients qui se connaissent déjà bien (sourire) qui sont allés voir avec le miroir un petit peu des fois et effectivement ceux qui ont un petit peu des connaissances ou leur expérience se sont déjà auto diagnostiqués la plupart du temps »M6*

*« Moi je dis toujours le patient il est son premier médecin il te le dit lui il sent les choses tu vois. » M11*

*« Oui, ça dépend un peu de la demande du patient là aussi c'est vrai que le type qui me dit 'moi demain j'ai une réunion vachement importante il faut que je sois soigné heu c'est un argument de plus pour me dire bon on y va hein »M11*

*« Déjà les gens ici ils ne viennent pas pour rien, ils attendent deux jours heu ça dégonfle déjà ils se sont déjà mis sous cortisone eux même parce qu'ils ont l'habitude heu ils ont pris leur doliprane leur machin leur pastille donc quand ils arrivent c'est que ce n'est pas passé quoi. Nous vraiment ici quand ils viennent ils ne viennent pas pour rien quoi. Après nous ce qu'on fait parfois c'est qu'on met des antibiotiques si ça ne va pas mieux dans 48 heures parce qu'ils n'ont pas envie de venir trois fois pour une angine ou pour un rhume faire la queue pendant dix ans quoi ; t'a pas forcément le temps d'être évalué deux fois par ton médecin la même semaine, d'attendre une heure dans la salle d'attente, les gens ils n'ont pas envie hein » M7*

Quelques médecins me confient leur inquiétude quant à une évolution vers une automédication du patient avec un risque de prendre en charge le patient à un stade évolué sans avis médical préalable :

*« J'ai eu une fois un patient en visite à domicile pour une angine et il s'était automédiqué effectivement il faisait partie des patients heu c'était monsieur angine. Le weekend il a pris les antibiotiques il s'est rendu compte que lundi matin il arrivait plus à ouvrir la bouche et quand je suis allée à son domicile il avait un vrai trismus avait un vrai phlegmon. » M6*

#### 4.7 Volonté des MG de conserver un libre arbitre quant à leurs décisions

Les MG expriment globalement une volonté de conserver leur libre arbitre dans leurs décisions diagnostiques ou thérapeutiques :

*« Le mec il vient il dit 'je vous préviens moi je veux des antibiotiques hein ouais il y en a qui te disent ça d'emblée je dis bon heu ...le mec me dit 'moi je veux celui-ci' je lui dis écoutez non heu vous prenez une ordonnance vous la faites vous-même ! » M11*

#### 4.8 Contraintes de la médecine ambulatoire

- Veille de week-end ou congés et soirée

Certains MG ont bien exprimé les contraintes de la médecine ambulatoire pour justifier leurs décisions thérapeutiques en particulier en veille de week-end ou congés. La fin de semaine étant plus propice aux prescriptions d'antibiotiques en ambulatoire.

*« ça peut m'arriver de pas utiliser le test quand je suis en fin de journée et quand tu vois le patient et que tu vois que tu vas avoir du mal à faire le test »M1*

*Hochement de tête +++.* « Effectivement a la veille d'un weekend ou un weekend prolongé ou quelque chose comme ça, OUI je pourrais les mettre sous antibiotiques

*en leur disant j'ai pas le moyen de vous revoir heu je sais que ça va les embêter au maximum, hein appeler SOS heu les centres médicaux sont là aussi mais heu voilà je leur faire pas perdre du temps parce que ils seraient pas très contents 'heu ca a pas marché votre traitement du coup heu j'ai été obligé le dimanche d'aller trouver un médecin en catastrophe donc oui. Mais si ça reste dans des jours de semaines ou 48 h après je peux les revoir là non donc plutôt veille de weekend ou de congés. » M6*

*« Les veilles de weekend oui le soir non parce que le lendemain on est la quoi » M7*

*« Oui, heu avant un weekend je mets toujours une ordonnance à part avec un antibio pour qu'ils n'appellent pas SOS médecin ou qu'ils n'appellent pas le samedi matin ma collègue mais on est dans un quartier où les gens sont assez éduqués » M8*

*« Non (hochement de tête) je le mets quand les gens partent à l'étranger. Heu surtout au Maghreb ou les pays heu l'Amérique du sud l'Asie... je leur donne mais je leur dis de pas le prendre hein je leur dis d'attendre trois ou quatre jours s'ils ont très mal si c'est une angine rouge, l'angine blanche c'est encore différent. Donc non même si c'est veille de weekend non si le test est négatif c'est négatif c'est tout après on est ouverts (le week-end). » M9*

- Crainte de complications

Pour encore pas mal de MG l'instauration d'antibiotiques malgré la négativité du test serait justifiée par la crainte de complication ou de surinfection. Les MG craignent une évolution défavorable face à une symptomatologie bruyante ou un terrain plus fragile, l'antibiothérapie serait donc presque utilisée en prévention.

*« Mais bon pour éviter les complications je préférais la traiter » M4*

*« Nan je pense que ça évite des complications, parce qu'on a trop utilisé ce test et on a trop de complications qu'on n'avait pas il y a cent ans quoi » M7*

*« Alors moi oui parce que j'ai bossé dans un service de cardio à paris qui était jumelé avec je sais plus qu'elle ville où arrivaient tous les jeunes avec des rétrécissements aortiques ils étaient jeunes hein ils avaient vingt ans et avaient des angines qui*

*n'avaient pas été mises sous antibiotiques tout simplement hein donc j'ai gardé ça et il y en avait plein. Ça m'a marqué. »M8*

*« Non ce n'est pas une peur c'est que de toute façon s'il y a un foyer infectieux il ne demande qu'à s'étendre voilà donc un argument supplémentaire je veux dire on traite » M11*

*« Très souvent en plus c'est des tests qui peuvent te dire que oui c'est viral mais tu sais comme moi que très souvent les infections virales voient venir par-dessus des germes opportunistes qui sortent deux ou trois jours après » M11*

Pour certains médecins cela n'est pas le cas se fiant uniquement aux résultats du test ou proposant une réévaluation si nécessaire :

*« Non de toute façon je leur dis si le test est négatif et que ça ne va pas mieux revenez dans quatre jours pour réévaluer donc non »M9*

*« Faut jamais oublier historiquement pourquoi on donne des antibiotiques au cours des angines quoi heu hein c'est pour éviter les complications de l'angine et non pas pour traiter l'angine... donc voilà jusqu'à présent j'ai pas eu de surprise et pas de RAA dans les suites voilà (rire) j'ai pas eu de patient voilà docteur l'angine super mais j'ai une cardiopathie ah non rires »M2*

## 5. Réalisation du TDR en pharmacie : qu'en pensent les médecins généralistes ?

Depuis l'arrêté du 1er août 2016, les pharmaciens français peuvent réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique (*TROD*) de l'angine à streptocoque du groupe A. Le 18 septembre 2019, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) a signé l'avenant 18 à la convention pharmaceutique relatif à ces TROD. (36)

S'ils sont gratuitement mis à disposition des médecins libéraux généralistes, pédiatres et ORL, seuls 40% des médecins généralistes ont commandé des TDR en 2017 (37).

Le gouvernement souhaiterait donc élargir et faciliter leur accès en pharmacie et permettre aux pharmaciens de les réaliser. La réalisation du TROD en pharmacie est remboursée à 70 % par l'assurance maladie et le reste par les mutuelles et ceci depuis le 1er janvier 2020. L'objectif de réalisation de ces tests par les pharmaciens serait d'éviter un rendez-vous inutile chez un médecin généraliste afin de désengorger les consultations des médecins libéraux. Par ailleurs, le médecin généraliste pourrait établir une ordonnance dite conditionnelle d'antibiotiques.

Dans ce cas, la réalisation du test en pharmacie serait tarifée comme suit :

- 6 euros HT (6,30 euros HT dans les DOM) en cas de résultats positifs.  
Si le résultat est positif soit le pharmacien renvoie le patient vers son médecin généraliste afin de confirmer le diagnostic soit le pharmacien dispense alors le traitement antibiotique sur la base de l'ordonnance conditionnelle présentée par le patient
- 7 euros HT (7,35 euros HT dans les DOM) en cas de résultats négatifs  
Les antibiotiques prescrits sur l'ordonnance conditionnelle ne sont pas délivrés. Comme dans le premier cas, le pharmacien délivre au patient les conseils adaptés pour gérer au mieux les symptômes et l'invite à prendre contact avec son médecin traitant en cas de persistance et d'aggravation des symptômes.

Un bilan de la première année de déploiement est prévu pour le 1er semestre 2021. Nous avons donc demandé aux médecins généralistes ce qu'ils en pensaient. L'ensemble des médecins s'opposent à la pratique, certains des médecins même découvrant cette possibilité. Cela suscite de leur part beaucoup d'interrogations.

### 5.1 Sens clinique du pharmacien remis en cause

Le sens clinique du pharmacien est remis en question par la plupart des médecins. Le clinicien restant avant tout le médecin. Certains médecins craignent une confusion des rôles.

*« Catastrophe (avant même de finir ma question) catastrophe pourquoi parce qu'ils n'auront pas le discours de dire c'est une photographie à l'instant T ça peut dégénérer, reconsulter... Si c'est une angine de Vincent que ça redevient négatif ils vont partir sans antibio ça va être une catastrophe ouais ouais et puis il peut avoir des symptômes associés il peut avoir mal à la gorge mais il y a autre chose il peut y avoir des aphtes il peut y avoir n'importe quoi il peut y avoir une herpangine il n'y a pas d'examen clinique du coup pour moi c'est vraiment catastrophique »M1*

*« Je trouve que c'est une connerie mais bon. parce que heu enfin je fais pas confiance heu au sens clinique pas la réalisation du test c'est technique donc ça s'apprend donc c'est pas un problème mais après qu'est- ce qu'ils vont en faire heu c'est pas que je pense que c'est un détournement de patientèle ça je m'en fous j'ai plein de patients mais c'est que je pense que heu il me semble que ils ont perdu heu la clinique c'est vrai que il me semble quand ils ont commencé ils faisaient hein les pharmaciens il y a trente ans, maintenant ils en font moins ils ont perdu un peu ça »M3*

*« Alors moi je pense que ce n'est pas une bonne idée parce que le pharmacien il a un rôle essentiel mais il doit rester dans son rôle. Le médecin a un rôle essentiel et il doit rester dans son rôle...il y aura peut-être une confusion des rôles dans l'esprit du patient. Parce que le patient il va dire bah le pharmacien il peut gérer les angines. Bah*

*je ne suis pas sûre moi je pense que le rôle du pharmacien est essentiel mais que ce n'est pas celui-là » M5*

*« D'accord. Bah alors s'ils sont à la pharmacie c'est que (rires) alors soit le pharmacien se substitue à nous en gros c'est ça l'idée ? »M6*

*« Encore mieux ! (Rires) bah c'est encore pire parce qu'il y a pas de clinique quoi Ya pas d'antécédents donc je pense que c'est de la merde quoi. Quelqu'un qui a un problème valvulaire et que le test est négatif ils vont rien mettre quoi ? après ils le font comme nous hein c'est pas ça mais après qu'est-ce qu'ils vont en faire ?Le test est négatif ok mais... après le mec s'il a cent-vingt de pouls heu enfin je veux dire tu vois hein quand c'est septique. »M7*

*« Ah eux aussi ?! (Sourire) bah ils vont devenir des docteurs (rires) c'est comme les vaccins ça m'énerve ! non ça ne m'énervait pas au début mais ils font tellement n'importe quoi que ça commence à m'énerver, les patients je les vaccine contre la grippe 'ah je suis encore un peu enrhumé faites pas le vaccin' on ne fait plus rien en fait bah non on peut faire le vaccin même si vous êtes enrhumé monsieur sinon on ne vaccinera jamais en fait »M9*

*« Ben pff faut interroger quand même depuis quand vous avez mal heu enfin c'est une connerie quoi ils vont faire ça devant tout le monde ?!secret médical enfin je ne sais pas parce que quand même les interroger ça te guide un peu je te dis quand la douleur elle est unilatérale bon même si on fait toujours le test puis s' il a mal depuis quinze jours que le test est négatif faut quand même aller un peu plus loin sûrement voir si c'est pas autre chose, si c'est pas une autre bactérie »M9*

*« (soufflement) je suis pas trop fan hein, déléguer au pharmacien des gestes cliniques comme ça même si c'est un test rapide et basique moi c'est quelque chose qui me choque profondément voilà moi je suis pas très très fan de ça pour moi le clinicien reste un clinicien ça reste un test clinique donc heu ouais je suis pas très très fan de ça que chacun reste bien à sa place sans aucun manque de respect hein du tout mais voilà après si on commence à mélanger les trucs les patients ils sont perdus aussi hein alors vous pouvez aller faire ça chez le pharmacien mais ça vous le faites chez le médecin puis après enfin bref voilà » M10*

*«il y a un moment le pharmacien c'est le pharmacien le médecin c'est le médecin ici il y a quelque chose d'intime enfin je veux dire ça reste entre guillemets un commerçant c'est comme les gens ils disent maintenant qu'on peut avoir un examen de la peau à la pharmacie tu as vu qu'ils font ça maintenant ?ah oui oui ils ont des dermoscopes pour te dire si c'est un épithélioma ou si c'est une verrue bénigne bah oui mais les gens ça leur plait pas moi je vais pas montrer mon dos a quelqu'un que je connais pas parlons pas de parties plus intimes...hein tu vois donc non ça a pas de sens » M11*

- La formation des pharmaciens rassurerait- elle le médecin ?

*« Bah heu pfff alors heu ça ne me rassurait pas parce que je pense que je préférerais qu'il fasse une formation sur la promotion des vaccinations et de l'arrêt de l'homéopathie plutôt qu'ils s'occupent des angines donc il y d'autres choses à faire avant qu'ils fassent une formation pour l'angine. »M5*

## 5.2 Redondance de consultation

- Notion de redondance de l'examen : le médecin généraliste qui recevra le patient adressé par le pharmacien devant test positif refera le test :

*« Est- ce que le pharmacien faisant le test va quoi, prescrire les antibiotiques après ? non va envoyer chez le médecin traitant alors pourquoi le faire puisque le médecin traitant va le faire ?! voilà est-ce que c'est pas redondant ? » M2*

*« De toute façon si le test est fait en pharmacie moi il est hors de question que mon patient m'appelle et me dise je peux avoir les antibiotiques ? donc en fait quoi qu'il arrive le test je vais le refaire et je vais voir si moi je juge qu'il faut mettre les antibiotiques ou pas... » M5*

*« Et le pharmacien va être prescripteur derrière ? ou alors comment on pourrait envisager les choses le pharmacien fait le test et appelle le médecin derrière pour la*



*prescription ? dans tous les cas ça passerait quand même par le médecin ...j'ai toujours du mal à prescrire des antibiotiques chez quelqu'un que je ne vois pas ...grimace .ne serai ce que trente secondes voilà. J'ai toujours du mal à faire des prescriptions sans voir les gens antibiotiques encore plus heu ça me gêne franchement ça me gêne... Et puis faut faire confiance au pharmacien, peut être pff mais j'aurai du mal ...après sil me l'envoie pour le revoir pas de problème après on retourne sur une consultation classique. » M6*

*« Moi j'ai besoin de voir et d'examiner (rires) je ne peux pas prescrire sans voir donc je ne prescrirai pas l'antibiotique au pharmacien sans voir le patient. » M7*

*« Moi je le referai de toute façon ! ouais je ne vois pas trop l'intérêt là parce que tu ne sais pas comment il a fait le test le gars. Chez les enfants c'est difficile hein si ta pas l'habitude c'est difficile et puis faut les coucher les petits tu ne peux pas faire la bouche ouverte hein, quand ils sont allongés faut les bloquer non je referai de toute façon... »M9*

Quelques médecins ne s'opposent pas à la pratique mais restent très sceptiques :

*«( soufflement ) Pourquoi pas, heu je suis pas oppose à ce qu'on fasse des tests en pharmacie heu après je m'étonne toujours que des pharmaciens qui ont fait six mois d'externat heu tout au plus au contact de patients puisse développer un sens clinique important voilà c'est la seule chose qui m'étonne toujours, ils voient des patients pendant leurs études une fois ou deux et heu et on leur confie des choses qui sont de plus en plus cliniques ? voilà est ce que c'est vraiment leur formation ? est-ce qu'on est pas en train de faire un mélange de genres quoi ? alors c'est toujours pareil ce que je dis au fur à mesure les pharmaciens vont faire plein de choses alors je vais me mettre à vendre des médicaments tu vois heu (rires) parce que ma fois il n' y a pas de raison je prends mon petit stock et puis ...et ça arrangerait vachement les patients d'ailleurs si on étaient tous pro pharmaciens et en plus on pourrait donner exactement ce qu'on veut voilà heu je suis pas opposé heu après les pharmaciens prendront leurs*

*responsabilités aussi lorsqu'ils fuiront leur test et puis que la personne se retrouvera avec une Glomérulonéphrite post streptococcique ou une endocardite après avoir hein c'est toujours pareil c'est-à-dire que les pharmaciens veulent ouvrir leur pratique à la clinique mais sans se rendre compte qu'un jour ou l'autre ils sen prendront plein la gueule donc heu (rires) au risque de procès . C'est tout, c'est toujours pareil mais pourquoi pas je veux dire la médecine ça s'apprend hein voilà »M2*

*« D'accord. Heu d'accord pourquoi pas mais après qu'est ce qui se passe, c'est eux qui prescrivent les antibiotiques ? »M4*

*Enquêtrice : « Alors normalement ils sont censés envoyer vers le médecin traitant »*

*« d'accord bah ça peut être pas mal en effet par rapport à l'accès aux soins chez le médecin et du coup ça peut permettre d'envoyer chez le médecin tous les patients qui ont besoin d'être mis sous antibiotiques après heu voilà, aussi faut les éduquer bah comment on fait le test dans quelles conditions ; une formation oui .bah après c'est vrai qu'on est peut-être un peu habitué à voir heu comment dire le rôle de clinicien et enfin on a un rapport particulier avec nos patients et c'est toujours bizarre de devoir déléguer certains actes médicaux à d'autres professionnels de santé. Pourquoi pas... » M4*

L'un des médecins non utilisateur du TDR serait pour car cela serait pour lui un gain de temps:

*« Oui SUPER super faites le (sourire) je trouve ça très bien oui oui parce que ça me fait gagner du temps comme ça on ne sera pas débordés ils vont prendre des traitements locaux bon ils vont râler parce que ce n'est pas remboursé. Après ils vont avoir une formation non ? je suppose. »M8*

Pour un autre cela n'aurait aucun impact sur sa durée de consultation :

*« Oui peut être chez les personnes qui ne parlent pas avec leur patient (rire) mais moi je crois que ça ne changera rien hein » M2*

- Le pharmacien est vu par certains médecins en tant que commerçant :

*« ils sont trop commerçants si vous voulez donc ils vont placer des produits qui vont être des produits conseils ça va couter la peau des fesses au patient et ça, ça m'énerve quoi donc au lieu de donner le même produit remboursé et pas cher ils vont donner*

*non remboursé et cher donc heu c'est plutôt ça qui me contrarie... après ils peuvent retrouver le sens clinique heu je pense que c'est de la technique c'est pas très compliqué de traiter une angine hein .mais pour le patient c'est pas une bonne chose financièrement parlant »M3*

*«il y a un moment le pharmacien c'est le pharmacien le médecin c'est le médecin ici il y a quelque chose d'intime enfin je veux dire ça reste entre guillemets un 'commerçant' c'est comme les gens, ils disent maintenant qu'on peut avoir un examen de la peau à la pharmacie (pause) tu as vu qu'ils font ça maintenant ?ah oui oui ils ont des dermoscopes pour te dire si c'est un épithélioma ou si c'est une verrue bénigne bah oui mais les gens ça leur plait pas moi je vais pas montrer mon dos a quelqu'un que je connais pas, parlons pas de parties plus intimes...hein tu vois donc non ça a pas de sens » M11*

### 5.3 Modalités de délivrance des antibiotiques

Les médecins expriment leur crainte de demande de délivrance d'antibiotiques par téléphone des pharmaciens ou patients sans voir le malade :

*« Donc heu le pharmacien qui fait le test heu (souffle), pourquoi pas mais après s'il y a besoin d'antibiotiques heu il va devoir nous l'envoyer ... je pense pas qu'un médecin prescrira des antibiotiques sans voir le patient donc ça se fera par téléphone et c'est pas dans ce sens-là que les jeunes médecins veulent fonctionner » M5*

*« Après si le test est positif le pharmacien me demande une prescription par téléphone ça dépend quel pharmacien c'est, et ça dépend quel patient c'est, je pourrais dire oui je pense, oui si je suis débordée que je connais bien le patient, que je sache qu'ils ne font pas de bêtises heu mais bon ça va être extrêmement rare hein en général les pharmaciens ils nous font monter les patients. Après une angine heu ce n'est pas à deux heures près l'antibiotique hein ce n'est pas très grave on ne va pas avoir un Rétrécissement aortique sévère parce qu'il n'a pas pris son antibiotique une heure après quoi »M8*

*« Et oui c'est ça ! c'est ça aussi quoi ! et après ils vont voir le docteur pour faire l'ordonnance je leur dirai écoutez moi je n'ai pas fait quinze ans d'étude pour faire prescripteur sur demande en fait ce n'est pas mon rôle donc heu mais comme les kinés hein les kinés font pareil ! ... Et puis le Monuril, l'amoxicilline, les pharmaciens ils donnent des antibiotiques et après ils disent au patient de venir me voir et moi je refuse bah le pharmacien il n'avait pas à le faire franchement quand ce n'est vraiment pas heu indiqué je refuse. » M9*

*« Bon après s'il m'appelle et que ça va dans le sens de ma façon de voir c'est-à-dire s'il y a un antibio à mettre on y va mais bon de toute façon les pharmaciens ils ne feront jamais ça ils t'envoient toujours le malade »M11*

- Un médecin soulève le problème de délivrance d'AINS au patient par le pharmacien devant test négatif pouvant engendrer des complications, cas déjà rencontré dans sa pratique :

*« on a eu un cas, notre pharmacienne là, qui bien avant l'autorisation l'a fait, a mis le patient sous AINS et on l'a récupéré sous phlegmon donc ça c'est une histoire de stat ça compte pas dans les vrais stats et les vrais études mais n'empêche que je l'ai en tête ... bah en fait le patient est allé voir la pharmacienne et elle a commencé en fait à faire des tests a sa pharmacie alors que c'était pas heu encore validé et donc elle a mis le patient sous ibuprofène qui a fini avec un phlegmon donc heu qui a donc pas vu le médecin qui a pas été examiné » M5*

- Pas d'économie de santé ni de désengorgement des consultations de médecine générale selon la majorité des médecins :

*« Donc ça fera double frais pour la sécu parce que le test sera utilisé une fois plus une seconde fois heu pour la même personne... donc pour moi ça va être une perte de temps une perte d'argent » M5*

*« En termes d'économie de santé ou d'aide aux médecins généralistes ça me paraît débile (rires) »M7*

*« Et puis ça prend que dalle quoi si on est bien organisé tu examines d'abord la gorge tu fais ton test tu fais le reste de l'examen pendant que c'est en train de mijoter puis*

*voilà c'est réglé ça prend cinq minutes donc désengorger les consultations des médecins pour un petit test comme ça... »M10*

*« Après je dis pas que je le ferai pas hein parce que effectivement on a tous la pression de gagner du temps. Il y a des urgences tous les jours déjà sur un planning qui est déjà plein et voilà peut-être que dans quelques cas ça pourrait dépanner les gens sans avoir besoin de passer »M6*

#### 5.4 Confiance des patients

Deux médecins pensent que les patients iront quand même voir leur médecin traitant :

*« Je pense que les patients viendront quand même voir le médecin...ils le feront peut-être à la pharmacie mais ils iront voir le docteur à la fin parce qu'ils leur font pas trop confiance des fois, les pharmaciens ils leur vendent tellement de trucs même pour des rhumes... vous en avez eu pour combien ? Quarante euros c'est bien ça sert à rien mais c'est bien ! En tout cas le pharmacien il doit être content hein de vous avoir vu ! (rires) » M9*

*« Oui je te dis tout de suite j'en pense le plus grand mal parce que les gens ils iront pas, ils ont pas confiance même tu sais au niveau des vaccins la grippe ils sont censés en faire ils ont dû en faire très peu hein ils ont pas confiance les gens » M11*

# Discussion

## 1. Des résultats

Les résultats de cette étude tendent à montrer une attitude encore parfois méfiante à l'égard du TDR. En effet, le TDR reste sous utilisé par les médecins. On observe une tendance dans cet échantillon : les médecins plus jeunes utilisent plus régulièrement le TDR alors que les médecins plus âgés sont ceux qui l'utilisent le moins se fiant plus à leur expérience et ressenti mais il y a des exceptions. Mais une part de la médecine n'est-elle pas aussi au-delà des recommandations de se fier à son instinct de clinicien ? Par ailleurs l'attitude de surprise face au TDR des patients est selon moi une preuve de sous- utilisation du test et d'un manque d'éducation de la part des médecins.

La fiabilité du test est encore parfois mise en doute. L'aspect visuel de l'angine, le terrain fragile du patient, le retentissement sur la vie quotidienne peuvent être considérés comme supérieurs aux résultats du test et justifient parfois seuls l'instauration de l'antibiotique. Les médecins généralistes ont déjà pu faire leur propre expérience sur leurs usages et donc fixer leurs habitudes comme ils nous le déclaraient, ce qui entraîne des pratiques nuancées selon les médecins et les situations.

Les professionnels de santé ne devraient -ils pas se re saisir de ce sujet et reprendre leur place d'informateur privilégié auprès des patients ? Une harmonisation du discours des professionnels de santé serait sans doute indispensable afin d'une part de limiter l'inquiétude des patients mais aussi d'améliorer encore la prescription inappropriée d'antibiotiques.

Par ailleurs, les raisons évoquées de non utilisation ou abandon d'utilisation du test autres que les critères cliniques sont souvent la contrainte de temps et la contrainte liée au patient notamment chez les enfants. Pour quelques médecins la réalisation du test semble encore peu évidente. L'argument que le test ne détecte que le streptocoque, que TDR négatif ne signifie pas angine virale et que donc on ne peut exclure totalement une origine bactérienne revient souvent et pose problème à certains médecins.

Dans ce cas pourquoi ne pas élargir la détection du test à plusieurs bactéries comme pour l'ECBU ? L'utilisation d'un seul et même réactif ne pourrait-elle pas être envisageable au lieu d'un mélange de deux réactifs afin de faciliter l'adhésion des médecins libéraux ?

Il arrive souvent en cas de doute du médecin que celui-ci prescrive un bilan complémentaire, CRP pour les uns, deuxième prélèvement avec culture en laboratoire pour les autres. Cela ne faisant pourtant pas partie des recommandations françaises.

Une étude américaine publiée en Janvier 2019 (29) comparait la sensibilité et la spécificité du test de détection rapide d'antigène nommé RADT (recommandé en deux étapes avec la culture de confirmation aux Etats Unis) par rapport à la PCR chez des enfants de trois à dix-huit ans présentant une suspicion d'angine. Celle-ci étudiait aussi l'impact de ces tests sur l'utilisation d'antibiotiques. Cette étude prospective avait été menée dans une clinique pédiatrique au cours de l'automne/hiver 2016-2017. Un total de 275 enfants âgés de 3 à 18 ans avec des symptômes d'angine avaient eu un écouvillon de gorge analysé utilisant le RADT, la culture et la PCR. Les résultats du RADT et de la PCR avaient été fournis aux cliniciens pendant l'étude pour comparer l'impact sur l'utilisation d'antibiotiques.

Au total sur 255 échantillons évalués 110 étaient positifs au Streptocoque du groupe A. Les sensibilités pour la PCR, le RADT et la culture étaient respectivement de 95,5 %, 85,5 % et de 71,8 %. Les spécificités pour la PCR, le RADT et la culture étaient respectivement de 99,3 %, 93,7 % et de presque 100 %.

Comparativement au RADT, la PCR avait entraîné une utilisation plus appropriée d'antibiotiques (97,1 % contre 87,5 % ; P.0065).

Les résultats de RADT étaient moins spécifiques et les résultats de la culture étaient moins sensibles que ceux trouvés dans la littérature et avaient mené à des taux accrus d'utilisation inappropriée d'antibiotiques. La PCR avait la sensibilité et la spécificité la plus élevée avec des temps d'exécution et des résultats plus rapides.

En effet, alors que les résultats du RADT + culture revenaient à 48-72 heures, les résultats de la PCR n'arrivaient qu'en quelques heures. Par ailleurs l'utilisation de la PCR avait entraîné une prescription plus appropriée d'antibiotiques.

La conclusion de cette étude était que l'utilisation de la PCR avait affinée le diagnostic d'angine à streptocoque du groupe A et avait donnée des résultats positifs quant à la réduction de la prescription inappropriée d'antibiotiques par rapport à leur démarche diagnostique de référence qui était d'associer le TDR avec la culture.

Ainsi, l'utilisation aux Etats Unis de la PCR pour le diagnostic d'angine à streptocoque du groupe A pourrait être considérée pour améliorer les soins aux patients. Il serait peut-être pertinent d'équiper les cabinets de plus de micro tests tels que la CRP capillaire.

Une étude similaire en France me semblerait intéressante et à envisager.

Enfin, quant à la réglementation du TDR en pharmacie appliquée à partir de janvier 2020, elle n'est encore pas bien connue des médecins et souvent décriée. Le sens clinique du pharmacien est remis en cause. En effet, pour les médecins cela reste une consultation à part entière avec prise en charge du patient dans sa globalité. Les médecins recevant les patients avec TDR positif préalablement réalisé en pharmacie referont le test et beaucoup estiment indispensable de voir le patient pour prescrire et d'autant plus lorsqu'il s'agit d'instaurer une antibiothérapie.

## 2. Points forts de l'étude

Notre étude a été réalisée avec une méthode qualitative, par entretiens semi-dirigés, choix qui nous a paru le plus adapté pour recueillir les opinions des différents médecins généralistes sur le sujet. L'introduction de l'étude précisait le caractère anonyme des entretiens afin de laisser les médecins se sentir le plus libre possible de parole.

L'entretien semi-dirigé était réalisé au sein du cabinet médical de chaque médecin afin qu'il se sente dans un lieu familier propice à la discussion.

Nous avons donc par ailleurs ainsi pu limiter au maximum le biais d'intervention. Le type d'étude choisi était en adéquation avec l'objectif principal. Pour rappel, celui-ci était de savoir si les médecins généralistes utilisaient ou non le TDR, comment et les



raisons de sa non ou sous- utilisation. Cette étude a montré les éléments entrant en compte dans le choix diagnostique et thérapeutique du médecin. Les avantages et freins à l'utilisation du TDR ont été expliqués.

Lors des entretiens nous avons posé des questions les plus ouvertes possibles afin de ne pas influencer les médecins par nos propres représentations. La saturation des données a été obtenue.

Nous avons pu avoir un échantillonnage raisonné et équilibré sur l'âge, le sexe le lieu et la durée d'installation (cabinet solo, cabinet de groupe, permanence médicale) afin de cibler au maximum les différents types d'exercice des médecins.

### 3. Limites générales de l'étude

Concernant notre méthodologie, pour l'analyse des résultats nous pouvons regretter que l'analyse thématique des entretiens n'ait pas été faite par la méthode dite de « triangulation des données », le principe étant qu'une à deux autres personnes procèdent également à cette analyse ce qui aurait renforcé la validité des résultats. L'absence de triangulation des données faisant émerger un biais d'interprétation.

En sélectionnant seulement des médecins généralistes exerçant en ville ou zone urbaine cela a pu générer un biais de recrutement.

L'échantillon faible de l'étude n'est pas représentatif de la population médicale mais une étude qualitative a pour objet de comprendre un phénomène et non de le quantifier et malgré le nombre peu important de participants la saturation des données a été acquise.

Un manque d'expérience de l'enquêtrice par des comportements ou possibles mimiques a peut- être pu influencer le médecin, ainsi que certaines relances lors de l'entretien.

Les entretiens effectués souvent entre deux consultations du médecin ont pu parfois expliquer la faible durée de ceux-ci (en moyenne quinze minutes) et donc le manque d'argumentation.

La mise en place d'un système d'enregistrement a également pu limiter les médecins dans leur liberté d'expression pouvant entraîner une gêne et donc un biais de réponse. En effet, cela reste une enquête déclarative.

#### 4. Perspectives

Les médecins utilisateurs du TDR sont d'accord sur le fait que cet outil est une aide diagnostique et peut être un appui dans l'argumentation à la non prescription d'antibiotiques face aux patients.

Pourtant les médecins généralistes n'en commandent pas assez et ne les utilisent pas assez. Une proposition d'un système d'indemnisation, de valorisation du geste inciterait peut-être plus les médecins à réaliser ces tests selon les recommandations.

Par ailleurs, le score de Mac Isaac est très largement inutilisé par les médecins. L'antibiothérapie reste dans certains cas, d'emblée prescrite ou même en cas de négativité du test. Le terrain du patient, ses antécédents, notamment cardiaques pulmonaires ou tout simplement le caractère récidivant de l'angine, son état général et le retentissement sur sa vie quotidienne semblent primordiaux pour les médecins de là à primer sur le résultat du TDR. Une amélioration du score de Mac Isaac avec une inclusion d'autres éléments cliniques ou antécédents serait intéressante à mon sens.

La relation médecin-malade a une part non négligeable dans la décision du médecin généraliste. Nous avons aussi constaté qu'il existait encore des craintes venant du médecin mais aussi du patient : par exemple l'idée que les angines peuvent facilement se compliquer, que ces tests ne seraient pas fiables ou pas assez discriminant d'une origine bactérienne. Ce sont des points qu'il faudrait peut-être reprendre au décours de formations tout comme la précision des facteurs liés à l'antibiorésistance, et leurs conséquences.

En ce qui concerne la contrainte de temps avancée par certains médecins, mener des interventions auprès d'eux, au cours de séances de formation continue par exemple,

pour leur proposer une réorganisation de leur consultation, de les convaincre de prendre plus de temps pour l'écoute, le dialogue et l'éducation de leurs patients pourrait être une aide. Des formations de promotion du TDR afin d'inciter plus les médecins à les réaliser et des campagnes plus poussées d'information pour les patients pourraient être répétées mais cela n'est pas évident à mettre en place et je doute sur son efficacité, l'habitude de certains médecins étant bien ancrée.

L'un des médecins nous a évoqué la possibilité d'avoir des assistants de santé. Ceux-ci pourraient aider les médecins préalablement à la consultation dès l'arrivée du patient en prenant les constantes et dans le cas d'une suspicion d'angine effectuer le TDR mais cela me semble difficile à mettre en place et engendrerait un coût supplémentaire de santé.

*« Tu sais en ce moment on parle beaucoup des assistants de santé qui feraient les tests, prendraient la tension etc. mais bon ça nécessite d'avoir une petite salle pour eux, un Sas. » M8*

Actuellement le deuxième prélèvement en laboratoire type culture ou la réalisation d'une CRP capillaire ne font pas partie des recommandations. Y aurait-il une utilité dans certains cas où le TDR reviendrait négatif malgré une forte suspicion clinique de les intégrer dans les recommandations comme cela est fait pour la culture aux Etats-Unis ? Cela me semblerait intéressant de l'étudier et cela aurait peut-être un impact sur la prescription inappropriée d'antibiotiques en France.

## Conclusion

L'hypothèse de cette étude à savoir que le TDR n'est pas utilisé de manière suffisante ou mal utilisé par les médecins généralistes s'est révélée exacte. Certains médecins exprimant encore une certaine méfiance à son égard.

Malgré une diminution de prescription d'antibiotiques depuis l'émergence des tests cela reste insuffisant, ce qui nous a amené à réaliser cette enquête afin de relever et d'approfondir les raisons de sous- utilisation de ces tests mais aussi de mettre en évidence les déterminants à la prescription d'antibiotiques et le regard que porte les médecins sur l'antibiothérapie et l'antibiorésistance.

Nous avons constaté que ces tests sont parfois encore sous-estimés par les médecins. La présomption clinique prime encore pour certains médecins, ceux-ci indiquaient que même s'ils réalisaient ces tests, si les résultats n'allaient pas dans leur sens ils n'en tiendraient pas compte. Certains médecins ont même renoncé à les utiliser, puisque les solutions étant de se fier à leur présomption clinique et expérience ou à défaut et dans l'incertitude, de réaliser des examens complémentaires comme un bilan biologique complémentaire ou une culture en laboratoire et de traiter par précaution. En effet, lorsqu'il existe une incertitude diagnostique, la tendance est plutôt la prescription d'une antibiothérapie.

Pour ce qui est des déterminants à la prescription d'une antibiothérapie, à la présomption clinique propre à chaque MG, s'ajoutent d'autres critères extra cliniques qui peuvent les influencer ; le terrain fragile du patient, ses antécédents, l'état général du patient notamment chez les enfants...En effet, les MG exprimaient la difficulté qu'ils ont de ne pas prescrire d'antibiotiques en fin de consultation face à certaines situations , une certaine empathie face à une symptomatologie bruyante avec la crainte d'une mauvaise évolution par exemple.

Certains médecins estiment ne pas pouvoir se permettre de réaliser ces tests lors d'une consultation, cinq minutes sont considérées trop longues. Cette contrainte de temps selon moi n'est pas recevable pour une durée de consultation de quinze à vingt minutes. Il suffit de réorganiser son temps de consultation. En effet, dès l'arrivée du patient se plaignant d'odynophagie il suffit de poser les questions essentielles,

l'installer directement et de réaliser le test selon les critères avant de poursuivre son examen physique complet et d'approfondir si besoin son interrogatoire, temps durant lequel le produit réagit.

Les risques qu'une telle méfiance soulève à l'égard de ce test, notamment en termes d'observance, rend les résultats de cette étude d'autant plus intéressants qu'ils sont utiles à une adaptation de nos pratiques futures. L'objectif est d'améliorer la prise en charge de nos patients et d'avoir une attitude thérapeutique la plus adaptée et justifiée possible.

Ce travail a mis en avant les difficultés qu'ont les MG à mettre en pratique les outils d'aide à la décision diagnostique et thérapeutique. Nous avons constaté que les pratiques des MG sont difficilement modifiables.

Une étude quantitative ou qualitative par Focus Groupe pourrait venir compléter de façon plus détaillée et à plus grande échelle les différents points d'inquiétude soulevés par cette analyse.

Enfin, quelques MG nous expliquaient devoir répondre dans l'immédiat à la plainte d'un patient qui consulte et lui éviter de revenir à nouveau pour le même motif.

Mais est-ce vraiment ce qu'attendent les patients, une réponse immédiate et un traitement immédiat ? N'y a-t-il pas un décalage entre les véritables attentes des patients et ce que croient les médecins de ces attentes ? Est-il contraignant pour eux de revenir pour réévaluer leur état plutôt que de leur prescrire un traitement ? Il serait intéressant d'approfondir cette question pour explorer le ressenti des patients : qu'attendent-ils d'une consultation ?

## Bibliographie

1. CMIT. ECN PILLY: maladies infectieuses et tropicales. Place of publication not identified: MED-LINE EDITIONS - EDUC; 2017.
2. Item 146 (ex item 77) : Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant. :28.
3. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie. 2019.
4. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Recommandations de bonne pratique Novembre 2011
5. Reconnaître une angine [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/angine/definition-symptomes-diagnostic>
6. Philippe Cavalié et Karima Hider-Mlynarz. Rapport ANSM janvier 2017 [Internet]. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/188a6b5cf9cde90848ae9e3419bc3d3f.pdf](https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/188a6b5cf9cde90848ae9e3419bc3d3f.pdf)
7. Consommation d'antibiotiques et antibiorésistance en France en 2018 [Internet]. Disponible sur: [/les-actualites/2019/consommation-d-antibiotiques-et-antibioresistance-en-france-en-2018](https://les-actualites/2019/consommation-d-antibiotiques-et-antibioresistance-en-france-en-2018)
8. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC-Net). <https://ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/esac-net>
9. Couloigner PV, Jean P, Treluyer M. AINS et infections ORL pédiatriques. :49.

10. dataset\_\_contenu\_metier\_infections\_respiratoires\_hautes.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/dataset\\_contenu\\_metier\\_infections\\_respiratoires\\_hautes.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/dataset_contenu_metier_infections_respiratoires_hautes.pdf)
11. 20190214-refere-S2018-3239-pertinence-prescription-antibiotiques.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/20190214-refere-S2018-3239-pertinence-prescription-antibiotiques.pdf>
12. Résistance aux antibiotiques [Internet]. Inserm - La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/resistance-antibiotiques>
13. Bonfigli S. LES TESTS DE DIAGNOSTIC RAPIDE: REVOLUTION DANS LA CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES DANS L'ANGINE [Thèse d'exercice]. [France]; 2001.
14. Boule B. « Les antibiotiques c'est pas automatique »: impact de la campagne de communication de l'Assurance Maladie sur la prescription des antibiotiques au cours des angines : résultats de l'Assurance Maladie à 12 mois [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2004.
15. Mourichon C. Antibiotiques et médecine générale: perception du phénomène de résistance bactérienne et pistes d'amélioration de la prescription antibiotique : étude observationnelle dans le département de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
16. Muller A. Bon usage des antibiotiques: résultats d'actions dans différents types d'établissements de santé [Thèse de doctorat]. [France]: Université Bourgogne Franche-Comté; 2017.
17. Podevin C. Campagne d'information et de formation sur l'antibiothérapie: utilisation au cabinet d'un test de diagnostic rapide du streptocoque bêta hémolytique du groupe A : mesure de la participation des médecins généralistes

et impact sur les prescriptions [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2006.

18. Allais C. Les angines à streptococcus pyogenes: de la clinique à l'utilisation du test de diagnostic rapide [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2016.
19. Ferrié M. Qu'est-ce qu'une angine ? : définition et signes cliniques de l'angine selon les médecins généralistes et les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées en 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
20. Dal Pozzolo J. Perception d'une abstention d'antibiothérapies dans les angines à streptocoques par des médecins généralistes: étude qualitative réalisée auprès de 11 médecins généralistes de Moselle [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2016.
21. Eschermann J. Evaluation de l'usage du test de diagnostic rapide de l'angine à streptocoque en soins primaires sur l'Ille et Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2007.
22. Brenot-Marchal A-L. Utilisation du strepto-test face à une angine en pratique courante de médecine générale: étude auprès de 230 médecins généralistes de Franche-Comté [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2009.
23. Poline C. Utilisation du test de détection rapide dans l'angine chez les moins de 3 ans: analyse de pratiques d'un cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
24. De Marchi H, Birebent J. Les déterminants de la prescription d'antibiotiques dans le traitement de l'angine lorsque le test de diagnostic rapide (TDR) est



négatif ou non réalisé: étude observationnelle auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. France; 2018.

25. Balasubramanian S, Amperayani S, Dhanalakshmi K, Senthilnathan S, Chandramohan V. Rapid antigen diagnostic testing for the diagnosis of group A beta-haemolytic streptococci pharyngitis. *Natl Med J India*. 2018;31(1):8.
26. HAS. Fiche Mémo: Prise en charge de la fièvre chez l'enfant. Octobre 2016. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2674284/fr/prise-en-charge-de-lafievre-chez-l-enfant](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2674284/fr/prise-en-charge-de-lafievre-chez-l-enfant).
27. Société Française d'ORL. Recommandation pour la pratique Clinique : Complications locorégionales des pharyngites. Texte long. 2009. <http://www.orl-France.org>.
28. Thomas M, Del MC, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract* 2000;50:817-20. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
29. Rao A, Berg B, Quezada T, Fader R, Walker K, Tang S, et al. Diagnosis and antibiotic treatment of group a streptococcal pharyngitis in children in a primary care setting: impact of point-of-care polymerase chain reaction. *BMC Pediatr*. 16 2019;19(1):24.
30. Jaggi P, Leber A. Molecular Testing for Group A Streptococcal Pharyngitis: To Test or Not To Test, That Is the Question. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society* [Internet]. 27 avr 2018 Disponible sur: <https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/pix106/4989308>
31. Tanz RR, Zheng XT, Carter DM, Steele MC, Shulman ST. Caution Needed: Molecular Diagnosis of Pediatric Group A Streptococcal Pharyngitis. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*. 17 août 2018;7(3):e145-7.

32. Norton LE, Lee BR, Harte L, Mann K, Newland JG, Grimes RA, et al. Improving Guideline-Based Streptococcal Pharyngitis Testing: A Quality Improvement Initiative. *Pediatrics*. juill 2018;142(1):e20172033.
33. Brennan-Krohn T, Ozonoff A, Sandora TJ. Adherence to guidelines for testing and treatment of children with pharyngitis: a retrospective study. *BMC Pediatr* [Internet]. 9 févr 2018 18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5807738/>
34. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris: GM Santé ; CNGE; 2011.
35. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.
36. Signature de l'avenant 18 sur les TROD de l'angine [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/signature-de-lavenant-18-sur-les-trod-de-langine>
37. Angine : état des lieux de l'ANSM sur les TROD disponibles en pharmacie [Internet]. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/23998/angine-etat-des-lieux-de-l-an-sm-sur-les-trod-disponibles-en-pharmacie/>
38. OMS | Les antibiotiques sont-ils encore "automatiques" en France? [Internet]. WHO. World Health Organization; Disponible sur: <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/11-030111/fr/>

# Annexes

## Annexe 1 : Score de Mac Isaac

---

Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes

---

### ANNEXE 1

#### SCORE DE MAC ISAAC A UTILISER CHEZ L'ADULTE

- Fièvre > 38°C = 1
- Absence de toux = 1
- Adénopathies cervicales sensibles = 1
- Atteinte amygdalienne = 1  
(↑ volume ou exsudat)
- Age :
  - 15 à 44 ans = 0
  - ≥ 45 ans = -1

Les patients ayant un score de Mac Isaac < 2 ont au maximum une probabilité d'infection à SGA de 5%. Un tel score, chez l'adulte, permet de décider de ne pas faire de TDR et de ne pas prescrire d'antibiotique.

## Annexe 2 : Population de l'étude

Tableau descriptif des Médecins Généralistes :

MG	Sexe	Age	Durée d'installation / mode d'exercice	Nombre de patients par jour/ Durée d'une consultation (min)	% consultation Pédiatrique	Durée de l'entretien (min)	Usage antérieur / actuel du TDR
M1	H	39	12ans/Cabinet de groupe en ville	30p/ 15	20%	13	Oui/oui
M2	H	46	13 ans cab groupe + solo rural + urbain	20p/20	5%	18	Oui/oui
M3	H	62	36 ans cabinet de groupe urbain + rural	30p/15	<5%	23	Non/oui
M4	F	35	2 ans cabinet de groupe	20p/15	20%	20	Oui/oui
M5	F	30	1 an cabinet de groupe rural	25p/15	20%	17	Oui/oui
M6	F	45	14 ans cabinet solo	30p/15	16%	17	Non
M7	F	47	20 ans Cabinet de groupe urbain	25p/20	30%	22	Non
M8	F	55	17 ans	20p/20	10%	28	Oui/non
M9	F	34	6 ans permanence médicale ville	40p/15	60%	18	Oui
M10	H	30	6 mois permanence médicale	40p/15	30%	13	Oui
M11	H	73	45 ans Cabinet de groupe urbain	20p/20	5%	23	Non

### Annexe 3 : Guide d'entretien évolutif

#### 1. Parlez- moi de l'angine

Si vous aviez un étudiant avec vous au cabinet que lui diriez-vous ?

#### 2. Comment jugez-vous l'instauration de l'antibiotique ?

- Utilisez-vous des scores ?

- Utilisez-vous le TDR systématiquement ?

- Selon les recommandations pas de TDR pour les enfants de moins de trois ans respectez-vous ces recommandations ? si non comment faites-vous en pratique ?

- Les antécédents du patient ou la présence de comorbidités auraient elles un impact dans votre réflexion thérapeutique ? impact sur réalisation ou non du TDR OU si réalisation du test, et test négatif ?

- Et en ce qui concerne l'intensité des symptômes et l'antériorité des symptômes ?

- Il y aurait-il à l'examen physique ou interrogatoire un élément qui vous inquiéterait plus ? Et si test négatif cela influencerait -il votre prise en charge ?

- Vous arrive t- il de mettre un antibiotique si la clinique est parlante même si le test revient négatif ?

- Vous arrive-t-il de mettre un antibiotique par crainte de complications que vous ayez fait le test ou non ?

- L'heure de la consultation dans la journée ou semaine (fin de journée ou veille de week-end) change-t-elle votre démarche diagnostique (réalisation du TDR ?) et thérapeutique (introduction d'une antibiothérapie ?)

- Vous arrive t- il de confirmer le prélèvement par un autre en laboratoire ?

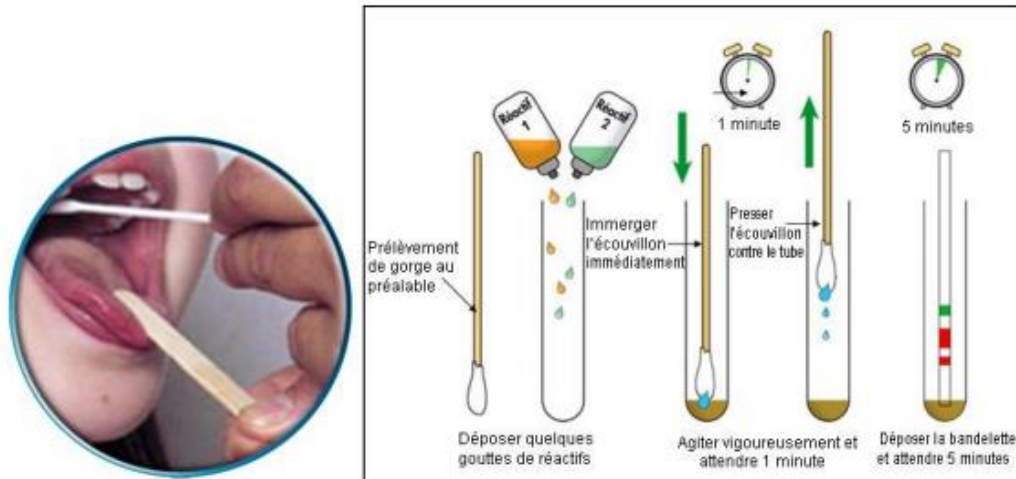
#### 3. Que pensez-vous du TDR ?

- Facilité de réalisation ?
- Temps de réalisation ?
- Fiabilité : faites-vous confiance aux résultats du test ?
- Quels seraient pour vous les avantages et inconvénients du test ?
- Quelle est la réaction des patients face au test ? subissez-vous une pression des patients malgré tout pour mettre en place un antibiotique ?

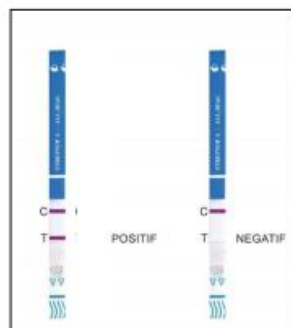
4. D'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2020, le TDR sera remboursé par l'assurance maladie et les complémentaires ce qui incitera plus le pharmacien en officine à le réaliser, volonté de l'assurance maladie de désengorger les consultations de médecine générale et d'économie de santé, qu'en pensez-vous ?

## Annexe 4 : Réalisation du TDR

### **Protocole suivi par le médecin pour la réalisation du test TDR**



**Lecture des résultats : s'il y a apparition de deux bandes, le test est positif et il y a présence de streptocoque A.**



## Annexe 5 : Recommandations HAS

*Contexte : adulte > 15 ans*

*Remarque : posologie établie pour un adulte à fonction rénale normale*

### **ANGINE À STREPTOCOQUE : Traitement de 1re intention**

Devant une angine **ERYTHEMATEUSE OU ERYTHEMATO-PULTACEE** :

pratiquer un test de diagnostic rapide (TDR) chez les adultes ayant un score de Mac-Isaac  $\geq 2^*$  :

- **seul un TDR positif confirme l'étiologie à streptocoque du groupe A (SGA) et justifie du schéma antibiotique proposé ci-après ;**

- un TDR négatif ne justifie pas de contrôle supplémentaire par culture, ni de traitement antibiotique

*\*Score Mac-Isaac : Fièvre > 38°C = 1 ; Absence de toux = 1 ; Adénopathies cervicales sensibles = 1 ; Atteinte amygdalienne (volume ou exsudat) = 1 ; Âge 15 à 44 ans = 0,  $\geq 45$  ans = -1*

#### **1. Traitement recommandé**

**Amoxicilline : 1g x 2 /j pendant 6 jours**

**2. En cas d'allergie certaine** aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines

Céfuroxime axétil : 250 mg x 2 /j pendant 4 jours

ou Céfotiam Hexétil : 200 x 2 /j pendant 5 jours

ou Cefpodoxime proxétil : 100 mg x 2 /j pendant 5 jours

**3. En cas de contre-indication** aux bêta-lactamines

Josamycine : 1 g x 2 /j pendant 5 jours

ou Clarithromycine : 250 mg x 2 /j pendant 5 jours

Ou Azithromycine : 500 mg en une prise/j pendant 3 jours

*Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#), août 2013, p.2  
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS*



*Contexte : enfants de 3 à 15 ans*

*Remarque : posologie établie pour un enfant à fonction rénale normale*

### **ANGINE A STREPTOCOQUE : traitement de 1<sup>re</sup> intention**

Devant une angine **ERYTHEMATEUSE OU ERYTHEMATO-PULTACEE** :

pratiquer un test de diagnostic rapide (TDR) chez tous les enfants à partir de 3 ans :

- **seul un TDR positif confirme l'étiologie à streptocoque du groupe A (SGA) et justifie** du schéma antibiotique proposé ci-après ;
- un TDR négatif ne justifie pas de contrôle supplémentaire par culture, ni de traitement antibiotique.

#### **1. Traitement recommandé**

**Amoxicilline : 50 mg/kg/j** en 2 prises pendant **6 jours** (sans dépasser 2 g/jour)

**2. En cas d'allergie certaine** aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines

Cefpodoxime proxétilel : 8 mg/kg/j en 2 prises (soit 1 dose poids x 2 /j) pendant 5 jours (sans dépasser 200 mg/j)

**3. En cas de contre-indication** aux bêta-lactamines

Josamycine : 50 mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours (sans dépasser 2 g/j)

OU Clarithromycine : 15 mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours (sans dépasser 500 mg/j)

OU Azithromycine : 20 mg/kg/j en 1 prise pendant 3 jours (sans dépasser 500 mg/j)

*Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#), août 2013. p.1  
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS*

*Contexte : enfant < 3 ans*

### **ANGINE chez enfant < 3 ans : traitement de 1<sup>re</sup> intention**

#### **Pas d'antibiothérapie**

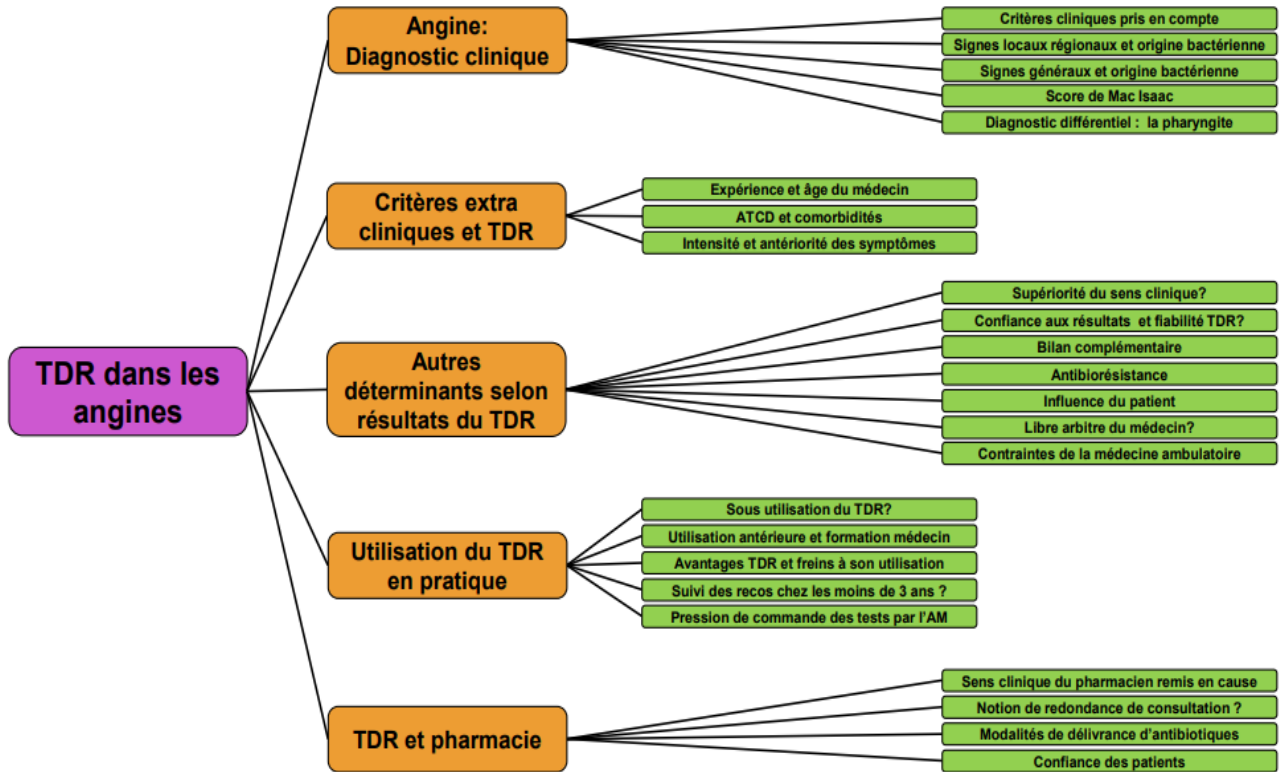
Pas de test de diagnostic rapide (TDR)

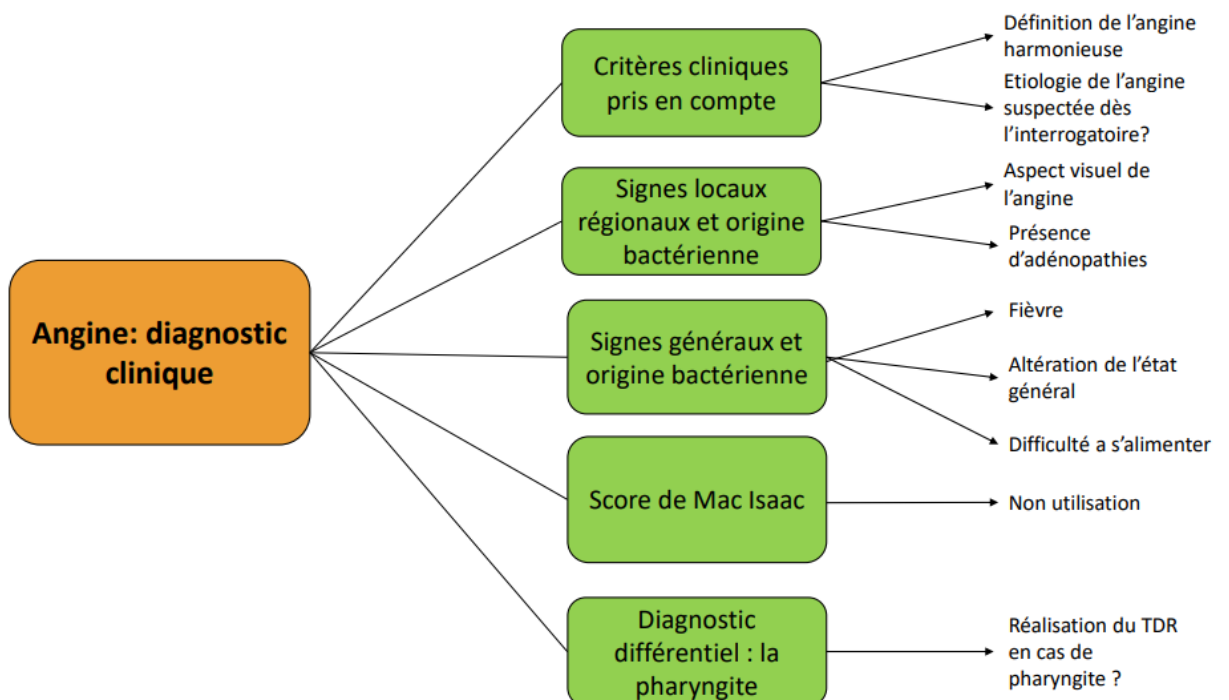
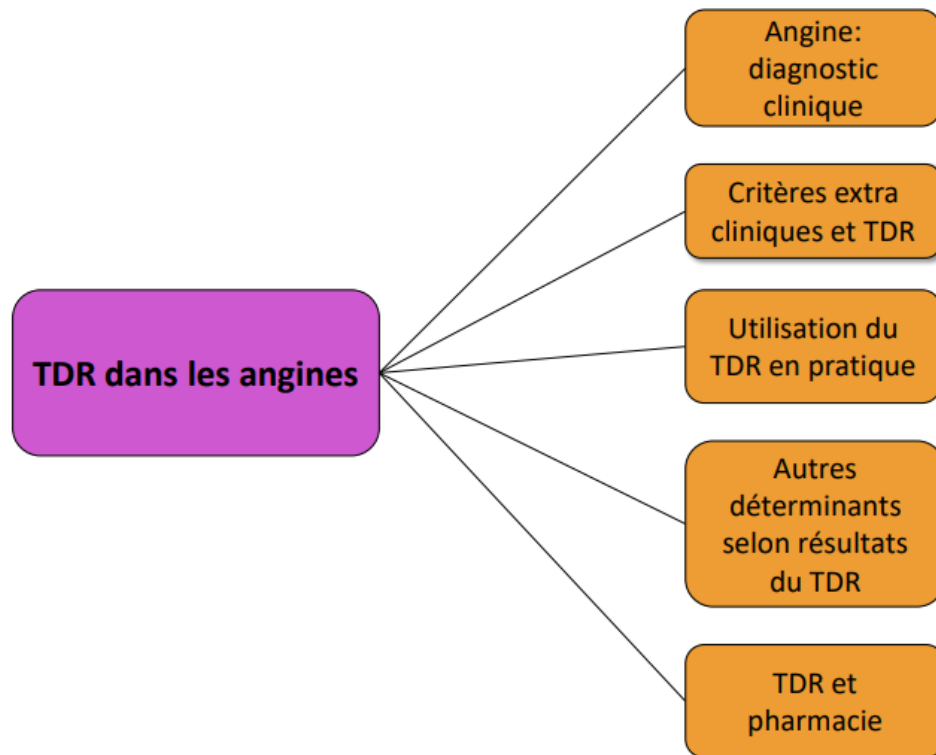
NB : l'angine à SGA est plus rare et ne se complique pas de complication immunologique

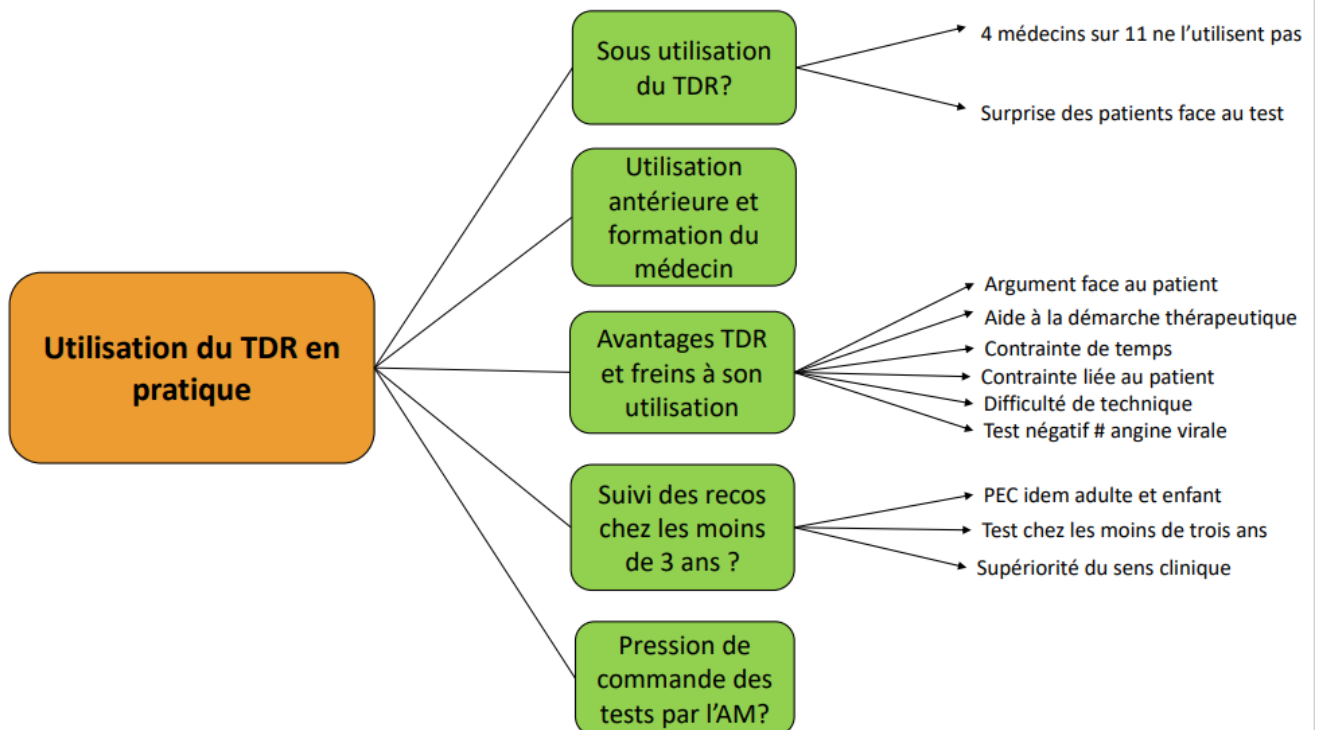
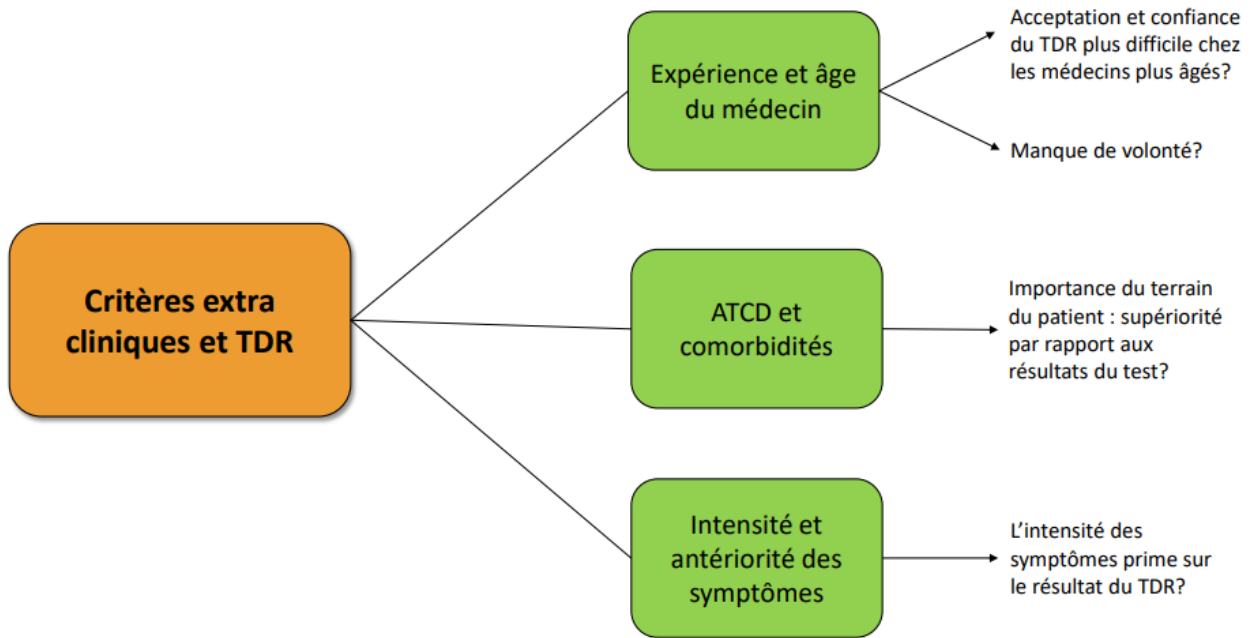
(NB: modifier le diagnostic en angine virale)

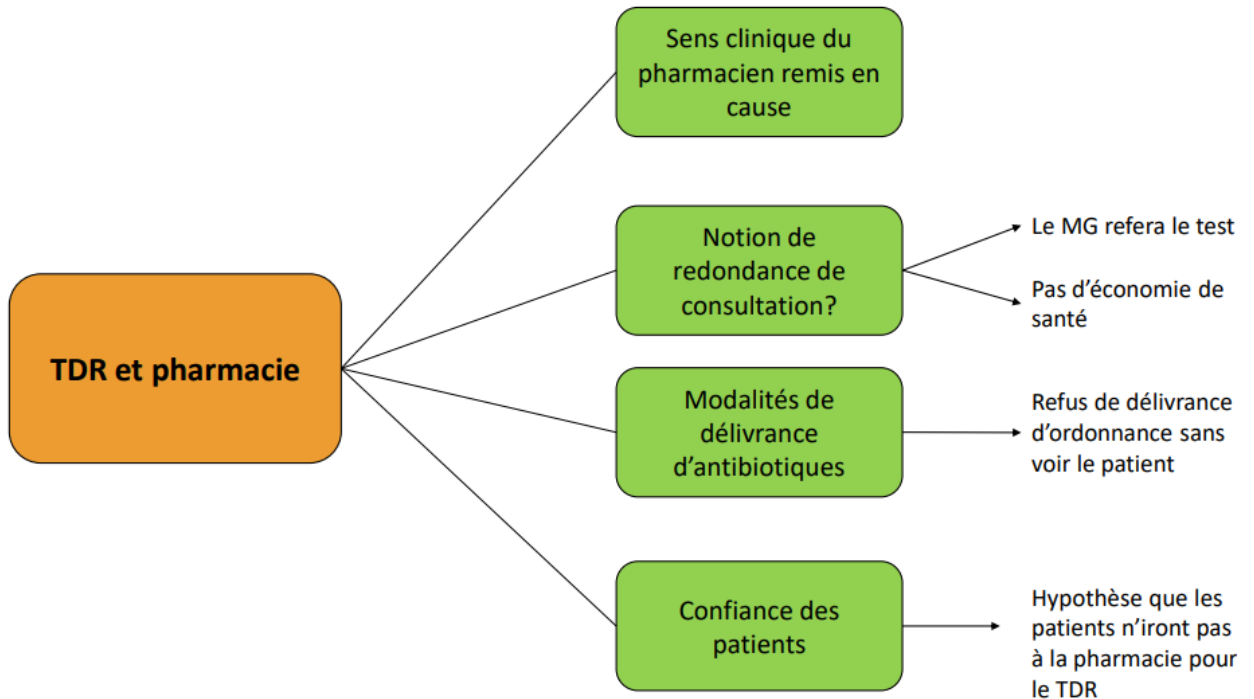
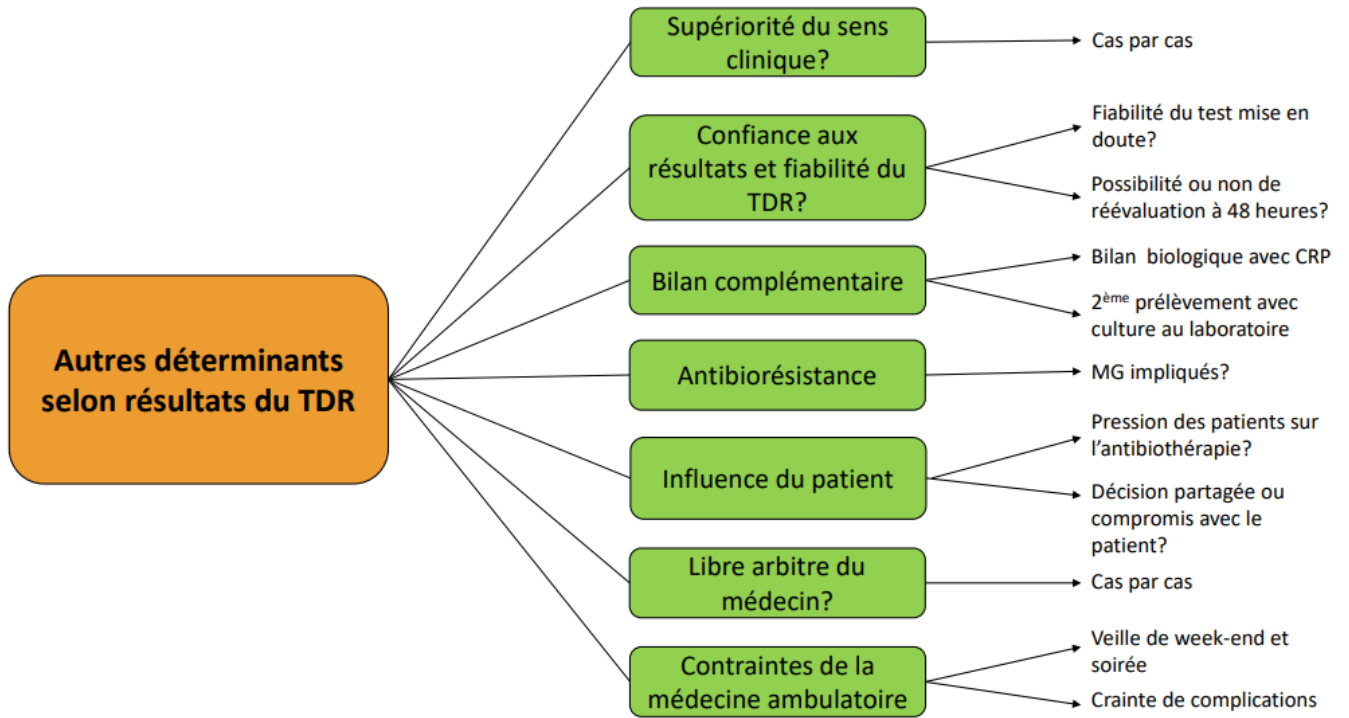
*Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#), août 2013. p.1  
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS*

Annexe 6 : Arbres









## Verbatims

### **M1 durée de l'entretien :13min32**

*Age 39 ans /sexe homme/ durée installation 12 ans / zone urbaine cabinet de groupe/ nbre consultations en moyenne/j 25 à 35 durée de consultation 15 min / 20% pédiatrie*

#### *1. Parlez-moi de l'angine, ce que vous en savez*

*« Je demande si c'est arrivé brutalement s'il y a un syndrome viral fièvre/frissons/courbatures s'ils en font de manière répétitive et déjà ça permet de s'orienter, déjà ta une présomption si c'est plutôt viral ou bactérien et après tu as le test qui t'aide si tu arrives à le faire. Il y a des cas où je n'arrive pas à le faire, problème de positionnement de langue heu y'en a tu es incapable de le faire. Puis sur des gamins parfois c'est compliqué aussi quand ils ne veulent pas ils ne veulent pas. Dans ces cas-là moi je donne 24h d'antiinflammatoire maximum et en fonction on réévalue je demande à la maman de me rappeler et on voit ce qu'on fait quoi »*

*« Les angines rouges c'est plutôt viral les angines blanches ça peut être viral aussi après des angines de Vincent c'est franchement rare on n'a pas une population ici dans le quartier à avoir ça peut arriver et c'est le piège du strepta test d'ailleurs. Par contre si j'ai déjà une angine avec un torticolis ou quoi que ce soit non tu ne fais pas le test tu envoies directement à l'hôpital. Rire »*

#### *2. Comment jugez-vous l'instauration d'AB ?*

*« Si le test est positif humm tu mets ta pas le choix après si le test n'est pas positif c'est une photographie a l'instant t ça ne veut pas dire que ça ne va pas dégénérer. On peut très bien avoir une angine virale et après avoir une surinfection donc après il faut toujours réévaluer. Donc si je mets des antiinflammatoires pour enlever le côté viral je dis bien 24 - 48 h Max si ça ne passe pas si y a toujours une douleur si ça devient vraiment unilatéral c'est qu'il y a un truc qui ne va pas et là il faut des antibio ; Après ça dépend des personnes que tu as en face de comment il peut s'autogérer quoi. »*

*Il y a-t-il selon vous un élément clinique sans faire le test qui peut pencher dans l'instauration d'une antibiothérapie ?*

*« Le côté unilatéral et qu'il n'y ai pas de symptômes associés : l'odynophagie unilatérale quoi »*

*Est-ce que vous utilisez les scores ?*

*« non non »*

*L'antériorité des symptômes a-t-elle un impact sur votre utilisation du TDR ?*

*« Je fais le test quand même « si test négatif ? « Ça dépend des autres symptômes si ça fait une semaine qu'il a de la fièvre heu à mon avis ce n'est pas l'angine hein »*

*Si le test est négatif mais que la clinique est parlante ça vous arrive de prescrire un antibiotique ?*

*« Oui »*

*En visite à domicile ?*

*« Je ne fais pas de visites à domicile pour des angines »*

*Chez les enfants de moins de trois ans ?*

*« Alors je sais que ce n'est pas la peine de le faire ce n'est pas dans les recommandations mais il y a des gamins c'est tellement facile de le faire chez eux que tu le fais-tu en profites on ne va pas mettre des antibiotiques pour rien quoi donc si je peux le faire je le fais » c'est arrivé d'avoir tests positifs moins de trois ans ? « Bien sûr évidemment d'ailleurs ça avait choqué mon stagiaire qui était en 5 -ème ou 6 -ème année de l'avoir fait à un gamin de moins de trois ans et ça peut être très utile dans les suspicions de scarlatine quand ta des épidémies de scarlatine ou ta des scarlatines pas franches au niveau éruption tu fais le test alors là ça réagit mais en deux secondes là t'attend pas une minute hein donc ça, ça aide »*

*3. Quel est votre ressenti du TDR en pratique ?*

*Fiabilité du test « je pense que c'est fiable ouais ouais , ouais ça aide ça aide dans le raisonnement il y a des fois ou je suppose que c'est plutôt viral et ça m'arrive d'avoir des séries sur quelques jours d'avoir des strepto test qui sont tous positifs et pourtant*

à chaque fois j'aurai eu la présomption de dire non ce n'est que viral il y a eu fièvre frissons courbatures il y a eu heu côté un peu brutal et hop le test est positif donc ça m'aide je serai passe a côté et vice versa et tu vois bien qu'il y a des périodes il y a des périodes où tous tes tests sont positifs puis après il y a des périodes où ce ne sont vraiment que des angines virales enfin il y a vraiment des phases »

Faisabilité du test « je badigeonne des deux côtés les deux amygdales j'attends une minute j'essaie de le faire en début de consultation parce que je le fais voilà une minute tu mets le bâtonnet mais ça peut prendre du temps avant d'avoir la capillarité les deux petits traits là, parfois je les ai en fin de consultation ça m'arrive « « si ça avait été plus simple de pas avoir à mélanger deux produits et mettre qu'un seul produit voilà ça serait mieux ça serait une question de rapidité » « ça peut m'arriver de pas l'utiliser quand je suis en fin de journée et quand tu vois le patient et que tu vois que tu vas avoir du mal à faire le test »

Limites du test : « le patient, les enfants »

Confiance aux résultats « comme je t'ai dit ça m'aide donc heu je pense que c'est vraiment un bon outil »

Avantages du test « c'est de pas mettre d'antibios à trop de monde pour rien déjà, ça permet d'éduquer le patient aussi sur la prise en charge ; voyez là c'est plutôt viral donc je vous mets deux jours d'antiinflammatoires mais heu ça permet d'éduquer le patient mais après c'est tout hein »

Inconvénient « la perte de temps »

Facilité de Commandes et réception « ça aucun problème en cinq jours on les reçoit ça ne nous coûte rien »

### 3.test en pharmacie

« catastrophe (avant même de finir ma question )catastrophe, pourquoi parce qu'ils n'auront pas le discours de dire c'est une photographie à l'instant t ça peut dégénérer reconsulter si c'est une angine de Vincent que ça redevient négatif ils vont partir sans antibiotos ça va être une catastrophe ouais ouais et puis il peut y avoir des symptômes associés il peut avoir mal à la gorge mais il y a autre chose il peut y avoir des aphtes



*il peut y avoir n'importe quoi il peut y avoir une herpangine, y a pas d'examen clinique du coup pour moi c'est vraiment catastrophique »*

*Dans la Littérature j'ai lu que 40% des Med G ne commanderaient pas de TDR, qu'en pensez-vous ? « ça ne me choque pas ou plutôt ça ne m'étonne pas »*

*Avez-vous d'autres tests au cabinet ?*

*« On avait des BU mais en fait on ne les utilisait jamais, elles étaient tout le temps périmées mais c'est vrai qu'on n'a pas d'autres tests »*

## **M2 durée de l'entretien : 18min22**

*Age 46 ans /sexe homme/ durée installation 13 ans (2 ans à Marseille, 9 ans en cabinet de groupe rural en Bretagne, 2 ans en Martinique milieu semi urbain seul /médecin coordinateur (astreintes USLD) /nombre de consultations /jour en moyenne : une dizaine + Visites à domicile, temps de consultation 20 min / 5% de pédiatrie*

### *1 Parlez-moi de l'angine*

*« Hein (grimace) l'angine ?! qu'est-ce que ... je vais faire un cours sur l'angine ? (Rires). Une personne qui vient en général pour une angine vient parce qu'il a mal à la gorge, il a une ODYNOPHAGIE (sourire) heu et la première chose qu'on fait c'est qu'on l'installe on l'interroge bien sûr et ensuite on l'installe et la première chose qu'on doit faire quand une personne vient pour une douleur de gorge d'ailleurs c'est ce que je disais à mes internes quand j'étais médecin coordinateur enfin maitre de stage la première chose que tu fais tu regardes la gorge parce que comme tu vas faire un test après ça va te prendre cinq minutes donc tu fais d'abord ça (rires) bon après et bah une fois qu'on a mis en évidence une angine qu'elle soit érythémateuse ou érythémato pultacée bah on va pouvoir faire le test »*

### *2. Enfants et TDR*

*« non moi je commence en général je vire tous les enfants de moins de six ans sauf vraiment le gamin tu lui as demandé d'ouvrir la bouche : ouvre la bouche aaah il a fait ça, puis heu il dit rien, ceux-là on peut les tester on peut essayer à cinq/six ans le*

*gamin très calme sinon tant qu'ils n'ont pas la capacité réellement de se contrôler c'est même pas la peine de le faire hein je pense que c'est inutile et effectivement là je suis d'accord je pense que ça réduit de manière importante la fiabilité du test parce qu'on le fait pas dans les bonnes conditions, dans les conditions avec lequel il a été testé »*

*« C'est pour ça moi je vois les pédiatres qui le font à trois ans et demi mais c'est n'importe quoi parce quand on a raclé la moitié de la bouche du nez quand on est passé par derrière, parce que le gamin il bouge c'est débile il faut avoir la possibilité d'atteindre les amygdales .si on racle l'amygdale le palais la langue etc. heu les dents ça n'a aucun intérêt »*

*Mauvaises conditions du test ?*

*« Une personne qui n'a pas la capacité de laisser les amygdales libres de telle sorte qu'on puisse aller faire l'écouvillonnage voilà c'est ça les mauvaises conditions »*

*Et selon le type d'angine ?*

*« Alors c'est marrant ça c'est uniquement les angines présentant des amygdales avec un fond érythémateux seul OU avec enduit purulent parce que tout ce qui est Her angines les angines de Vincent heu les angines diphtériques mais ça de toute façon au final on est quand même obligé de le faire parce qu'on ne peut pas avoir de diagnostic immédiatement mais donc oui les angines de ce type- là oui »*

*Si la clinique est parlante ?*

*« Test systématiquement à part si je suspecte un phlegmon amygdalien, une mastoïdite (rires) où là non je ne vais pas le faire donc heu oui c'est systématique oui »*

*Scores ?*

*« Les scores non m'en fous non non non je fais pas de scores bah les scores ont été faits justement pour pas avoir à utiliser le test au final donc heu comme on fait le test heu ... après alors oui chez les moins de six ans mais je crois que les scores ne s'appliquent pas sur les moins de six ans si ? non je sais plus enfin moi je me souviens pas mais je les connais pas très bien de toute façon heu et puis heu faut jamais oublier historiquement pourquoi on donne des antibiotiques au cours des angines quoi heu hein c'est pour éviter les complications de l'angine et non pas pour traiter l'angine donc heu voilà alors on baisse la quantité de prescription d'antibiotiques suffisamment de*

*manière importante moi je pense pour toutes les personnes qui sont entre huit et quatre-vingt ans quoi (raclage de gorge) et son objectif est enfin ce pourquoi il a été créé est bon quoi rien qu'en faisant comme ça à mon avis hein »*

*Recherche risque de complications ou Risque de RAA ?*

*« Non on ne va pas demander à chaque personne parce que dans ces cas-là il faut poser beaucoup de questions hein(rires)) alors est ce que vous avez .... L'encyclopédie de la médecine alors ça ? non Ça ? non »*

*Comment jugez-vous l'instauration d'antibiotique ?*

*« moins de trois ans on sait que toutes les angines sont virales alors on ne traite pas par antibiotique, de trois à six/sept ans si j'ai pas fait de streptotest et que je considère que c'est une angine je mets des antibiotiques systématiquement et au-delà de sept/huit ans enfin tous ceux à qui j'ai fait le test, soit le test est positif et donc je vais mettre des antibiotiques, soit le test est négatif et je ne mettrai pas d'antibiotique même si la clinique est parlante parce que la clinique elle est un peu pourrie enfin je veux dire heu .. Si tu as une angine virale tu as 40 de fièvre heu voilà ta une gueule comme ça heu puff voilà. Alors ça m'est arrivé une fois d'avoir un test négatif pour une suspicion d'angine et trois/quatre jours après la clinique n'a pas changée, bon à ce moment la mise sous antibiotique oui parce que tu te poses des questions quand même heu mais encore une fois pas forcément d'une infection bactérienne tu sais plus très bien tu te dis quand même ce n'est pas normal au bout de trois/quatre jours quand même l'acmé est passée ça devrait s'améliorer et ça ne l'est pas donc tu te poses des questions voilà »*

*Antériorité des symptômes /impact sur réalisation du TDR*

*« Ça peut arriver. il m'arrive parfois quand j'ai un doute sur une angine, l'amygdale est légèrement érythémateuse, un peu œdématiée mais pas tellement on se demande si c'est pas plus une rhinopharyngite ou une irritation liée à la respiration du Calc qui a pu générer le truc donc du coup à ce moment- là si j'ai un doute je fais quand même un test ça fait quatre jours donc normalement en trois/quatre une angine elle est développée OUI mais en antériorité non parce que la plupart du temps c'est associé souvent à un coryza donc avoir un mal de gorge parce qu'on a le nez bouché c'est normal quoi voilà »*

### *Pression des patients*

« Plus trop maintenant sur l'angine pas tellement, sur les bronchites oui puis après on sélectionne ses patients hein (rire) »

### *Si TDR négatif /clinique douteuse*

« ça peut influencer mais peu voilà alors c'est peut être un tort mais heu les centaines de strepto test que j'ai pu faire heu il s'est révélé que une fois la personne est revenue trois/quatre jours après avec une clinique tendancieuse et j'ai appliqué même chez des personnes présentant des adénopathies cervicales douloureuses, de la fièvre à 39 une amygdalite avec un enduit purulent bien évident que le test est négatif j'ai pas mis d'antibiotique et au bout d'une semaine comme d'habitude c'est passé donc voilà jusqu'à présent j'ai pas eu de surprise et pas de RAA dans les suites voilà (rire) j'ai pas eu de patient voilà docteur l'angine super mais j'ai une cardiopathie ah non rires »

*Pourcentage de tests positifs* « Je ne sais pas je dirai un test sur trois qui deviennent positifs c'est ce que j'aurai dit hein au feeling »

### *En visite à domicile ?*

« Ah bah la en visite à domicile je n'ai pas le test avec moi donc bon du coup on traite systématiquement »

### *Fiabilité du test*

« Je pense que c'est un bon test j'ai confiance aux résultats et je pense qu'il est facile à réaliser et puis ça ne pose pas de problème à partir du moment où on s'organise correctement »

### *Limites du test*

« Le temps d'exécution, le fait qu'il faille écouvillonner l'amygdale donc qui réduit la capacité chez certains patients ce qui est rare chez les adultes et extrêmement fréquent chez les enfants heu voilà les deux limites du test après le reste ça ne pose pas trop de problème »

### *Commande des tests*

*« Ça pour ça l'assurance maladie pour une fois (rire) est un système qui fonctionne bien tout à fait (rires) »*

*TDR en pharmacie*

*« (soufflement) pourquoi pas heu je suis pas opposé à ce qu'on fasse des tests en pharmacie heu après je m'étonne toujours que des pharmaciens qui ont fait six mois d'externat heu tout au plus au contact de patients, puisse développer un sens clinique important voilà c'est la seule chose qui m'étonne toujours c'est, ils voient des patients pendant leurs études une fois ou deux et heu mais alors en contact plus rapproché et on leur confie des choses qui sont de plus en plus cliniques ? voilà est ce que c'est vraiment leur formation ? est-ce qu'on est pas en train de faire un mélange de genres quoi ? alors c'est toujours pareil ce que je dis au fur et à mesure les pharmaciens vont faire plein de choses alors je vais me mettre à vendre des médicaments tu vois heu (rires) parce que ma fois y a pas de raison je prends mon petit stock et puis ...et ça arrangerait vachement les patients d'ailleurs si on étaient tous pro pharmaciens et en plus on pourrait donner exactement ce qu'on veut voilà heu je suis pas opposé heu après les pharmaciens prendront leurs responsabilités aussi lorsqu'ils fuiront leur test et puis que la personne se retrouvera avec une glomérulonéphrite post strepto ou une endocardite après avoir hein c'est toujours pareil c'est à dire que les pharmaciens veulent ouvrir leur pratique à la clinique mais sans se rendre compte qu'un jour ou l'autre ils s'en prendront plein la gueule donc heu (rires) au risque de procès . C'est tout c'est toujours pareil mais pourquoi pas je veux dire la médecine ça s'apprend hein voilà » Longue Pause*

*« (Soufflement) je ne sais pas je me pose la question. Donc on veut étendre le strepto test pour finalement réduire la prescription d'antibiotiques, bon on sait que la prescription d'antibiotique c'est l'amoxicilline, que actuellement l'objectif de réduction d'antibiotiques est en cours et a bien fonctionné sur cette thérapeutique hein et dans le cadre des SARM puisqu'on voit une réduction des SARM actuellement donc très bien pourquoi pas on veut faire plus ok faisons plus mais est ce que le pharmacien faisant le test va quoi prescrire les antibiotiques après ? non il va envoyer chez le médecin traitant alors pourquoi le faire puisque le médecin traitant va le faire ?! voilà Est-ce que c'est pas redondant ? »*

*Réduction du temps de consultation ?*

« Oui peut être chez les personnes qui ne parlent pas avec leurs patients (rire) mais moi je crois que ça ne changera rien hein »

40% des médecins généralistes ont commandé les tests en 2017 qu'en pensez-vous ?

« oui c'est possible bah mon confrère en fait jamais par exemple (rire) en plus bah je sais pas je pense que c'est parce que peut-être il y a encore un monde, nos doyens (sourire) qui comment dire ne veulent pas le réaliser par peut-être parce qu'ils n'ont pas confiance en ces tests c'est possible parce qu'il faut voir AUSSI qu'il y a pas mal de médecins qui ont plus de cinquante/soixante ans aussi qui ont connu hein les RAA, les endocardites etc. et les dégâts que ça a pu causer alors ils sont peut être très méfiants de ça c'est possible aussi, et que ils ont un doute quant à la fiabilité du test, c'est pas étonnant mon père était médecin et lui il est parti avant que ça se mette en place il l'aurait fait je pense mais il aurait eu du mal parce que il a connu tous les patients qui arrivaient avec une insuffisance cardiaque à quarante-deux balais parce qu'ils avaient fait un RAA quand ils étaient petits hein donc c'est pour ça après Ya peut être de la mauvaise volonté aussi peut être le temps que ça prend donc ça réduit la possibilité de voir plus de patients je sais rien il y a peut-être une partie de ça à mon avis hein et il y en a d'autres qui sont réfractaires à toutes nouvelles avancées technologiques ou thérapeutiques je sais pas hein voilà. Il y a ceux qui font leur tambouille dans leur coin qui sont les meilleurs du monde qui n'ont pas besoin de recommandations que ça sert à rien etc... Peut-être qu'avec les jeunes médecins qui sont plus formés à ça heu ça se fera plus probablement »

### **M3 durée de l'entretien : 23min05**

Age 62 ans /sexe homme /durée installation 36 ans /lieu d'exercice (océan indien milieu semi urbain/ Marseille en cabinet de groupe, jamais solo) : médecin de santé tropicale et du voyage /nombre de consultations par jour 50, temps de consultation 15 min/ très peu de pédiatrie : moins de 5 %

Parlez-moi de l'angine

« Consultation d'angine c'est odyndrophagie oui bah on en SAISON on en voit qu'est-ce que je fais heu depuis un an et demi je fais le strepto test systématiquement parce

*qu'en fait ça me rend service hein, ça me permet d'étayer ma prescription, de la justifier. AVANT pas l'habitude ça me gonflait je pensais que c'était une perte de temps et puis j'ai vu mes jeunes associés l'utiliser et je me suis dit tiens après tout pourquoi pas et en fait c'est vrai que c'est un outil pour justifier l'absence de prescription d'antibiotique donc heu je m'y suis mis et en fait j'ai adopté et je le fais même un peu plus que... même quand je sais que ce n'est pas une angine je le fais. »*

*Formé par vos confrères ?*

*« Non parce que moi j'étais médecin référent pour la grippe donc les écouvillonnages ça ne pose pas de problème je l'ai fait pendant vingt ans pour la grippe. »*

*Type d'angine/impact sur la réalisation du test « non pas du tout parce qu'en fait ce n'est pas prédictif donc heu on voit bien quand on fait le strepto test qu'en fait il y a des angines heu même des pharyngites qu'on pensait non bactériennes qui le sont et puis des angines EP classiques j'allais dire explosives qui n'en sont pas nan il faut le faire systématiquement ou pas le faire »*

*Impact de la clinique sur réalisation du test ? Un élément clinique qui influencerait sa réalisation ?*

*« non maintenant je le fais systématiquement quand les gens se plaignent d'odynophagie avant oui je faisais et je pensais quand c'était des grosses amygdales rouges quand je pensais que c'était une angine clinique comme comment on nous la décrit comme on nous apprend à la fac et en fait je me suis rendu compte que c'était absolument pas prédictif et donc heu et c'est un peu pareil que quand je faisais pour la grippe aussi je faisais des tests pour la grippe pour des troubles digestifs simples fébriles et en fait heu je trouvais des gripes donc avait pas de signes ORL donc ça c'est un peu pareil soit on le fait systématiquement soit on le fait pas »*

*« Si test négatif et clinique parlante ? « Pas d'antibiotique systématique non »*

*Antériorité des symptômes /impact sur réalisation du test*

*« NON je le fais aussi, non je fais le test et c'est le test qui guide mon antibiothérapie »*

*Scores ?*

*« Pas du tout je n'utilise pas non »*

*Antécédent et comorbidités du patient /impact sur Antibiothérapie*

*« Le seul cas où je vais passer outre le test c'est si j'ai des valvulopathies ou des trucs comme ça si y a une comorbidité à risque essentiellement les valvulopathies. Avant je faisais aussi pour le diabète systématiquement mais j'ai arrêté heu non c'est le seul cas vraiment »*

*Comment jugez- vous l'instauration d'antibiotiques ?*

*« S'il est positif je mets un antibiotique s'il est négatif je ne mets pas d'antibiotique sauf en cas de comorbidité flagrante et vraiment risquée heu je ne mets pas d'antibiotique »*

*Quel est votre ressenti du test ?*

*« Je trouve ça super franchement ça a changé du tout au tout ma pratique hein c'est sûr avant c'était l'intensité des symptômes qui me guidait et en fait je me suis rendu compte que ça n'avait pas de rapport donc il a vraiment fallu que je fasse le test pour que je me convainque que ça n'avait pas de rapport. Avant quand c'était érythémato-pultacé c'était systématiquement des antibiotiques et si vraiment ils avaient une gorge framboise enfin des amygdales surtout gonflées framboises je les traitais quand même par antibiotique avant que je me suis rendu compte qu'il y a des pharyngites qui sont bactériennes même si y en n'a pas beaucoup y en a quelques- unes donc je fais pour pharyngites je le fais aussi »*

*Fiabilité du test ?*

*« Ah ça je ne sais pas. Mon sentiment personnel c'est qu'il est fiable mais après je n'ai pas le moyen de le juger donc heu je fais confiance »*

*Qu'elles seraient les limites du test ?*

*« Bah non pas vraiment enfin je veux dire heu si la limite c'est la personne à qui on ne peut pas le faire parce qu'il y a quand même quelques personnes qui ont vraiment un réflexe nauséux trop important et que rien que de s'approcher ils vomissent déjà donc ceux-là c'est vraiment compliqué alors pour le test pour la grippe on pouvait le faire par écouvillonnage nasal mais là on ne peut pas donc heu enfin je ne sais pas je ne pense pas. »*



*TDR chez les enfants de moins de trois ans ?*

*« Chez tout le monde s'ils se laissent faire. Mais j'en fais plus beaucoup des enfants de moins de trois ans hein j'ai fait le ROSP hier et je me suis rendu compte que j'en avais que cinq...donc ça ne fait pas partie de ma pratique »*

*Impact sur votre temps de consultation ?*

*« Non parce que la première chose que je fais quand quelqu'un se plaint d'odynophagie c'est le test je leur dis je vais vous faire un test d'emblée je le fais et je fais ma consultation et non ça ne me retarde pas du tout non c'est une question d'organisation »*

*Facilité de commande des tests*

*« Ah c'est très facile puis comme on est nombreux ici dans le cabinet s'il en manque je vais en piquer aux autres enfin on n'est jamais en rupture de test hein ça n'arrive pas »*

*TDR en pharmacie*

*« Je trouve que c'est une connerie mais bon. parce que heu enfin je fais pas confiance heu au sens clinique, pas la réalisation du test c'est technique donc ça s'apprend donc c'est pas un problème mais après qu'est-ce qu'ils vont en faire ? heu c'est pas que je pense que c'est un détournement de patientèle ça je m'en fous j'ai plein de patients... mais c'est que je pense que heu il me semble que ils ont perdu heu... c'est vrai que il me semble quand ils ont commencé ils faisaient hein les pharmaciens il y a trente ans, maintenant ils en font moins ils ont perdu un peu ça et ils sont trop commerçants si vous voulez donc ils vont placer des produits qui vont être des produits conseils ça va coûter la peau des fesses au patient et ça ça m'énerve quoi donc au lieu de donner le même produit remboursé et pas cher ils vont donner non remboursé et cher donc heu c'est plutôt ça qui me contrarie après ils peuvent retrouver le sens clinique heu je pense que c'est de la technique c'est pas très compliqué de traiter une angine hein .mais pour le patient c'est pas une bonne chose financièrement parlant »*

*Si test négatif mais clinique parlante ?*

*« Je réévalue je ne mets pas d'antibiotique »*

*Vous avez beaucoup de tests positifs ? « j'ai pas calculé mais ce n'est pas fréquent je dirais comme ça globalement je dirai un sur cinq, entre un sur cinq et un sur dix en fait ça m'a beaucoup diminué ma prescription d'antibiotiques hein énormément dans l'angine. »*

*En visite à domicile ?*

*« Nan j'ai des patients grabataires donc chez des patients grabataires je vais avoir l'antibiothérapie facile de toute manière donc je n'utiliserai pas le test je ne le ramène pas »*

*Pression des patients ?*

*« je subis moins de pression pour deux raisons ; d'abord parce que je pense que je suis un vieux médecin et que donc que les patients je les impressionne un peu hein et puis ensuite parce que je fais moins de pathologies aiguës comme ça, mes consultations sont des consultations qui sont plus denses de cancéro, de maladies dégénératives, de trucs comme ça et tout ce que moi j'appelais, nous les vieux médecins les consultations de 'répit' c'est à dire l'infection urinaire, l'angine, les trucs simples, la petite bronchite en fait ils vont voir ceux qui sont disponibles plus rapidement que moi donc de ce côté- là j'ai un biais de recrutement » « mon autorité j'allais dire naturelle, mon autorité due à mon âge fait que les patients ne discutent pas même si ils sont pas d'accord je leur dis vous reviendrez dans quelques heures toute façon ils vont pas en mourir donc heu et puis si ils sont pas bien ils reviennent dans quelques heures et là on réévalue la situation. Non ça ce n'est pas vraiment un problème, je conçois ça l'a été pour moi hein quand j'étais jeune médecin pendant longtemps hein c'est vrai que c'était pour moi un vrai problème mais c'est fini ça c'est le privilège de l'âge ! (sourire, rire) »*

*« en dehors du test je pense qu'on devrait mettre plus à disposition des médecins des outils comme par exemple les tests rapides heu je sais que dans certains pays ils peuvent faire des biologies rapides ça pourrait rendre service, il y en a même qui font heu bah en Afrique notamment j'ai vu ça donc on pouvait faire des numérations on pouvait avoir des hémoglobines enfin je sais qu'il y a d'autres possibilités je les connais pas mais il y en a d'autres et je pense qu'on pourrait avoir plus facilement à disposition dans des cabinets de groupe comme ça . Après médecin seul financièrement ça doit*

être pas gérable mais sur des gros cabinets de groupe comme ça on pourrait être équipés »

« à l'époque il y avait les médecins qui étaient pro pharmaciens, c'est un médecin qui prescrit et qui délivre des médicaments dans des zones isolées, il y a pas de pharmacien, la pharmacie est à 80 km ou 100 km et donc moi ça m'est arrivé, je consultais en montagne notamment, donc le médecin pro pharmacien avait pas de conflit d'intérêt je veux dire heu il avait pas de la parapharmacie il faisait que de la pharmacie... pourquoi le médecin pourrait pas être pro biologiste ? tu vois, quand il est isolé ou quand on a de gros cabinets de groupe tu vois on pourrais être pro biologiste pour des biologies simples et je pense que dans les déserts ça donnerait plus envie à des médecins heu un peu costauds et qui aiment un peu le risque d'être un peu autonome . Moi je suis capable de faire un frottis heu à la recherche de paludisme heu, de parasitose sanguine je sais le faire ça, ça s'apprend ce n'est pas compliqué ! au départ j'en faisais à Marseille j'avais un microscope »

J'ai lu qu'en 2017 40% des médecins généralistes avaient commandé les tests, qu'en pensez-vous ?

«Ca m'étonne pas, en 2017 j'aurai dit la même chose »

#### **M4 durée de l'entretien : 20min32**

Age 35 ans /sexe femme /durée d'installation deux ans /lieu d'exercice Marseille en cabinet de groupe/ nombre de consultations par jour en moyenne 20 (travaille à mi-temps) durée d'une consultation 15 minutes /20% de pédiatrie

Parlez-moi de l'angine

« Pour moi c'est la douleur pharyngée qui peut être fébrile typiquement il y a quand moins de chance qu'il y ait d'autres symptômes qui accompagnent heu cette douleur pharyngée donc pas de rhinorrhée pas de toux souvent. Heu théoriquement enfin si l'angine est enfin sauf si elle est virale, c'est fréquent comme maladie avec l'examen qui se fait facilement avec notamment les aires ganglionnaires au niveau cervical et en examinant la gorge »

Voyez- vous différents types d'angine ?

« Ouais bah y a pas mal d'angines vésiculeuses, d'angines virales on en voit pas mal surtout chez les petits heu après oui parfois il y a des atteintes uni ou bi amygdaliennes heu voilà des angines on va dire accompagnées de peu d'autres symptômes heu généraux ou d'autres symptômes ORL c'est vrai que ça fait plutôt orienter vers quelque chose de viral ou de bactérien voilà, pour ça le streptotest ça aide bien ».

Comment jugez-vous l'instauration d'antibiotique ?

« c'est vrai que le test je le fais quasiment tout le temps heu parfois même quand j'ai des doutes par exemple là ce matin j'avais une patiente qui avait des grosses douleurs pharyngées avec des difficultés à la déglutition, elle avait des amygdales qui étaient rosées hein elles étaient pas franchement rouges il n'y avait pas de dépôt rien d'autre bon après elle avait en effet des ganglions qui étaient sensibles quand même augmentés de taille au niveau cervical, elle était quand même très gênée, je lui ai fait le test et en effet il était positif donc voilà oui je l'ai mise sous amoxicilline, elle était gênée bon c'est vrai que ça faisait un moment que ça trainait la symptomatologie donc c'était peut être possible aussi que les signes cliniques étaient peut être moins francs mais bon pour éviter les complications je préférais la traiter »

En cas de simple pharyngite cela vous arrive de faire le test ?

« Bah normalement non heu je ne fais pas trop sauf si le patient est un peu demandeur d'antibiotiques (rires) »

Ressentez-vous encore une pression des patients ?

« Ah oui ça arrive souvent oui, mais après l'angine encore ça va sur l'angine je peux comprendre que l'antibiothérapie peut se poser ce n'est pas comme la rhinopharyngite (rire discret) où en effet heu... y a pas du tout d'indication enfin mais oui il y a un peu de pression de la part des patients. »

« Oui je peux ne pas le faire s'il n'y a pas d'angine déjà (rires) mais c'est vrai peut être plus pour me rassurer j'aime bien le faire en fait à partir du moment où y a une angine je préfère être sûre enfin même si en effet heu si on revoit après les différents scores là de Mac Isaac on n'est pas tout le temps dans les clous »

Utilisez-vous les scores ?

*« Bah en fait je les connais mais je n'utilise pas spécifiquement je ne cote pas mais après dans ma tête j'ai quand même mon score dans ma tête et puis après c'est un peu en fonction de l'aspect de l'amygdale, de la gêne mais c'est vrai que j'ai plutôt tendance dès qu'il y a une angine à faire le streptotest »*

*Cela vous arrive-t-il de ne pas faire le test par exemple pour les angines érythémato-pultacées ?*

*« non parce que je sais qu'il y a pas mal d'angines virales qui ont cet aspect là heu après je sais aussi qu'il y a des angines bactériennes mais qui sont pas à strepto donc avec un test qui est négatif enfin j'ai entendu pas mal de recommandations qui sont différentes en ce qui concerne les strepto tests enfin il y a certains ORL qui commencent à dire qu'il faut traiter toutes les angines d'allure bactérienne heu voilà heu bon après c'est vrai que j'ai plus tendance à me référer aux résultats du strepto test heu sauf parfois en effet quand il y a vraiment une symptomatologie très heu invalidante heu avec en effet une clinique heu une angine pas belle même avec un strepto test négatif oui je mettrai quand même un antibio »*

*Cela vous est arrivé que le test soit négatif avec une clinique douteuse de mettre malgré tout un antibiotique ?*

*« Oui oui c'est ça parce que bon il y a de la fièvre heu le patient est vraiment mal il a du mal à s'alimenter heu donc c'est vrai que dans le doute je préfère parfois traiter si vraiment le patient est embêté »*

*Ça arrive que beaucoup de tests reviennent négatifs alors que la clinique est parlante ?*

*« Non il n'y en a pas tant que ça »*

*Beaucoup de tests reviennent positifs ?*

*« Non pas tant que ça »*

*Il y aurait-il un élément clinique pour vous qui serait plus en faveur d'une introduction d'antibiotique ?*

*« Non c'est plus voilà un ensemble d'arguments heu en fonction de l'état général, de l'aspect visuel de l'amygdale, de la gêne fonctionnelle, de signes comme de la fièvre*

*ou quoi qui heu si vraiment les symptômes sont tous très marqués j'aurai plutôt tendance à préférer le mettre sous antibiotique »*

*L'antériorité des symptômes a-t-elle un impact sur la réalisation du test ?*

*« Pff bah je vais faire le test et je verrai ce que me dit le test »*

*« Bah si ça fait sept jours que les symptômes ne sont pas très francs on n'a pas très envie de penser à une angine. Dans le sens où quand même quand on est vraiment gêné on va consulter de suite heu après si en effet il y a une angine cliniquement, dans le doute je ferai le test »*

*En visite à domicile ? « Je ne fais pas de visite à domicile »*

*Que pensez-vous du test ?*

*« Bah pfff je le trouve plutôt fiable après en effet on ne vise que le streptocoque, pas les autres heu bactéries heu mais bon à priori avec le streptocoque c'est là où c'est vraiment important de traiter l'angine. Alors je le trouve quand même utile hein je trouve que c'est un bon outil pour nous aider à raisonner et puis bon ça nous permet aussi parfois d'avoir une preuve scientifique (sourire) au patient (rires) pour la mise sous antibiotiques »*

*« Je suis confiante à l'absence de strepto B si le test revient négatif enfin de strepto A heu mais hmmm après ce n'est pas pour autant que voilà si vraiment il y a des symptômes trop invalidants je pourrais quand même être tentée voilà enfin ça reste exceptionnel hein de mettre sous antibiotique ou alors si les symptômes sont assez importants mais on peut quand même tenir un peu... je vais demander de reconsulter d'ici deux/trois jours si vraiment ça ne s'améliore pas »*

*Quels seraient les avantages du test ?*

*« Ça serait oui plus par rapport à la prise de choix par rapport à l'antibiothérapie »*

*Et les inconvénients ?*

*« Bah ça prend un petit peu de temps à faire heu je sais aussi qu'il y a aussi des faux positifs on peut aussi avoir un portage de strepto B heu qui peut être asymptomatique enfin qui peut être hors contexte d'angine. Bah après oui ça ne détecte pas d'autres*

*angines après savoir s'il faut vraiment les traiter ou pas ça c'est un peu une autre question »*

*Chez les enfants comment faites- vous en pratique ?*

*« bah entre oui deux ans et demi/ trois ans dans le doute je préfère faire quand même le strepto test parce que bon trois ans c'est une barrière après bon il peut toujours y avoir voilà un petit peu de heu enfin une petite variabilité qui peut se faire de quelques mois enfin ça me choquerait pas d'avoir une angine heu bactérienne à deux ans dix mois enfin voilà donc oui dans certains cas je peux le faire en fonction de la clinique mais après sinon pour les autres enfants c'est vrai que je le fais assez systématiquement le strepto test enfin je crois que c'est d'ailleurs ce qui est recommandé chez les adultes voilà, c'est plus l'histoire de Mac Isaac qui fait qu'on peut faire le strepto test ou non heu voilà »*

*Les tests sont-ils faciles à commander ?*

*« Aucun soucis »*

*J'ai lu qu'en 2017 40% des médecins généralistes commandaient ces tests qu'en pensez-vous ?*

*« (sourire) bah après je sais que par exemple par rapport à mes autres associés (sourire) je pense en faire plus qu'eux de ce que j'ai un peu comme retour de leur part. Je peux comprendre en effet que pour certains médecins ça prend du temps de faire ce test du coup que ça peut être un frein ou alors qu'ils privilégient leur sens clinique à la réalisation du test heu c'est vrai que je pensais qu'il y en avait peut-être un petit peu plus après c'est vrai que je sais pas si... c'est une question de génération ? heu »*

*TDR en pharmacie*

*« D'accord. Mais ça sera pris en charge par la sécu ? heu d'accord pourquoi pas mais après qu'est ce qui se passe, c'est eux qui prescrivent les antibiotiques ? »*

*Enquêtrice : « Alors normalement ils sont censés envoyer vers le médecin traitant »*

*« D'accord bah ça peut être pas mal en effet par rapport à l'accès aux soins chez le médecin et du coup ça peut permettre d'envoyer chez le médecin tous les patients qui ont besoin d'être mis sous antibiotiques après heu voilà c'est aussi... faut les éduquer bah comment on fait le test, dans quelles conditions, une formation oui .bah après c'est*

*vrai qu'on est peut-être un peu habitués à voir heu comment dire le rôle de clinicien et enfin on a un rapport particulier avec nos patients et c'est toujours bizarre de devoir déléguer certains actes médicaux à d'autres professionnels de santé. Pourquoi pas... »*

**M5 durée de l'entretien : 17min22**

*Age 30ans /sexe femme / durée d'installation un an / zone rurale en cabinet de groupe/ 25 consultations par jour en moyenne, durée d'une consultation 15 minutes /20% de pédiatrie*

*Parlez-moi de l'angine*

*« Les consultations d'angine elles sont toutes un peu similaires les patients savent à peu près ce qui leur arrive ils nous disent tout de suite qu'ils ont mal à la gorge, peuvent même suspecter eux même l'angine, après c'est bien dans un premier temps de bien les interroger après on les examine et selon les signes cliniques streptatest ou non. Je ne le fais pas forcément systématiquement si je vois que c'est plus une odynophagie qui est due à une pharyngite ou une rhinopharyngite je ne vais pas leur faire de test et si j'ai le moindre doute je fais le strepta test. Il m'arrive aussi de faire le streptatest face à des patients qui veulent absolument des antibiotiques et qui ne comprennent pas que je ne leur donne pas. Donc je le fais pour leur prouver que ce n'est pas bactérien sachant que je m'en doutais fortement et comme ça je peux argumenter face à eux en disant que non il n'y aura pas d'antibiotiques »*

*Il y a-t-il beaucoup de tests qui reviennent positifs ?*

*« Non je pense qu'il y a peut-être un tous les trois mois donc heu sachant que j'en utilise en période d'épidémie au moins trois par jour mais sinon oui on va dire en moyenne un tous les trois mois »*

*« Si la personne n'a pas de fièvre, pas de ganglions que ses amygdales ne sont pas particulièrement atteintes et que je me rapproche plus d'une rhino classique je leur explique bien le traitement et je leur dis que ce n'est pas une angine quoi, que ce soit autre chose »*

*L'antériorité des symptômes a-t-elle un impact sur la réalisation du TDR ?*



*« Ah non jamais ça. Heu non même si ça fait sept jours ça peut être une rhino pharyngite qui traîne depuis sept jours et qu'il ne fait pas bien son traitement avec les lavages de nez donc je l'examine, et non la durée des symptômes ne m'influence pas sauf si je l'ai déjà vu une fois en consultation avant éventuellement là je ferai plus facilement le test »*

*Et l'intensité des symptômes ?*

*« Oui plus, s'il y a de la fièvre, s'il me dit que vraiment il peut plus manger, là oui peut être éventuellement si c'est des signes cliniques très handicapants et très intenses là je le ferai plus systématiquement même si cliniquement ça ne me semble pas bactérien je le ferai peut-être un petit peu plus »*

*Il y aurait-il un élément clinique plus qu'un autre qui vous pousserait plus à la réalisation du test ?*

*« La fièvre assez intense et qui dure un petit peu et l'autre, c'est l'aspect très érythémateux voir critique des amygdales mais ça c'est plus mon ressenti je pense mais c'est surtout la fièvre »*

*Et en ce qui concerne l'instauration d'antibiotique ?*

*« Ah non quoi qu'il arrive je ferai le test. après si j'ai d'autres signes cliniques type un rejet postérieur sale quelqu'un qui me dit que ça fait cinq jours qu'il est à 39 et que ça a des difficultés à baisser avec le doliprane, si je suspecte un petit début de sinusite maxillaire ou que voilà c'est quelqu'un que je connais et que je sais qu'il fait bien son traitement symptomatique avec lavages de nez habituellement ,que je vois qu'il a de la fièvre et des ganglions qu'il y a un aspect sale bah là oui ça m'arrive de pas faire le TDR et de mettre les antibiotiques »*

*Les antécédents ou comorbidités du patient ont-ils un impact sur l'instauration d'antibiotiques ?*

*« Peut-être que je ne vais pas mettre plus facilement les antibiotiques mais je ferai plus facilement le TDR à un patient fragile type cancer BPCO quelqu'un qui a une insuffisance respiratoire ou qui prend de la Ventoline de temps en temps, quelqu'un qui a des comorbidités respiratoires je pense que je ne mettrai pas forcément les antibiotiques mais c'est sûr que j'ai plus le TDR facile »*

*Et si clinique parlante, que le TDR revient négatif avec comorbidités ?*

*« Ah non, non alors il me faut un autre signe type sinusite ou surinfection de BPCO quitte à les revoir 48 à 72 h après si j'ai une vraie inquiétude »*

*Avez-vous une crainte concernant l'apparition de complications par exemple chez un patient avec antécédent de surinfection et que faites-vous concernant l'antibiothérapie ?*

*« Non après heu non ça je ne fais pas ça m'arrive mais dans d'autres circonstances type des enfants que je sens vraiment abattus, bah de temps en temps je mets des antibiotiques tout en sachant que c'est probablement viral ou je les mets sur l'ordonnance et je dis à la famille vous réévaluez d'ici 48 h et là je leur explique les signes à réévaluer. Chez les adultes, je ne le fais pas, je préfère qu'ils reviennent dans 48 -72 h et que là je vois qu'effectivement il y a une aggravation mais chez les adultes non... et pour justement éviter les risques de complication avec une angine je ne mets jamais d'AINS chez les angines ou même la rhino tout ce qui est ORL je ne mets jamais d'AINS. La cortisone ça ne m'arrive pas vraiment, l'angine heu pff non pas l'angine. Pour l'angine non après si c'est quelqu'un qui a des signes un peu respiratoires qui a des antécédents d'asthme je suis plus à discuter avec eux de pas hésiter à réinstaurer la Ventoline ou éventuellement si je sens qu'ils sont vraiment très inflammatoires à mettre un petit peu de corticoïdes mais heu l'angine en elle-même non jamais »*

*En ce qui concerne du coup les enfants, que faites-vous notamment chez les moins de trois ans ?*

*« Non. Chez les moins de trois ans je ne fais pas le test. Plus de trois ans ça dépend mais pas vraiment. Je trouve que c'est difficile d'examiner la gorge de façon sereine à un enfant et de voir correctement si en plus je lui mets un bâtonnet heu je suis sûre que la consultation suivante il me laissera plus l'examiner. Donc les enfants je ne le fais pas. En dessous de trois ans je ne mets pas d'antibiotique après ça a dû m'arriver quand vraiment je les sentais abattus mais que je pensais à autre chose que l'angine. et heu sinon non c'est vraiment dans la majorité des cas je vois pas de signes d'atteinte amygdalienne vraiment intenses qui me font penser aux antibiotiques... c'est plus ça m'arrive plus quand je vois qu'il y a autre chose que je les trouve vraiment abattus*

*qu'ils ont du mal à récupérer de la fièvre dans ce cas-là je mets les antibiotiques et j'explique aux parents pour les quarante-huit heures de battement en leur disant que c'est probablement viral mais que si ça s'aggrave ou si ça stagne trop qu'ils peuvent commencer mais dans quarante-huit heures »*

*Utilisez-vous des scores ?*

*« Les scores ? heu non ça ne me dit rien moi j'utilise Antibioclic quand j'ai un doute. Je ne savais même pas qu'il y avait un score »*

*Enquêtrice : « Mac Isaac ça ne vous parle pas ? »*

*« Ah si mais je ne l'utilise pas non je ne l'utilise pas » (sourire)*

*Que pensez-vous du test ?*

*« Je pense que c'est bien pour les angines qui traînent quand on a un heu... au niveau clinique qu'on voit que ça a vraiment... que ça s'améliore pas que les gens ça fait une semaine dix jours éventuellement là je le ferai même si je pense que c'est viral heu je pense que c'est bien comme test mais qu'il faut pas oublier la part heu clinique pure avec l'observation du patient, l'histoire de la maladie, l'interrogatoire donc je l'utilise assez facilement mais c'est vrai que je l'utilise aussi de temps en temps comme argument pour pas mettre les antibiotiques donc je m'en sers un peu dans les deux sens »*

*Quelles seraient pour vous s'il y en a les limites du test ?*

*« L'utilisation chez les enfants, est ce que je le réalise bien heu oui je pense mais on ne sait jamais. A part ça non l'accessibilité du test c'est facile, les patients acceptent facilement le test ils sont même heu plutôt contents qu'on fasse un geste technique supplémentaire mais sinon à part les enfants heu non je n'en vois pas particulièrement. Ça ne me prend pas particulièrement de temps heu ça m'évite même du temps d'explication quand je ne mets pas d'antibiotiques justement, ils voient eux même que le test est négatif donc c'est du temps d'explication finalement et d'argumentation qui est en moins donc pour moi non c'est aussi rapide que le stéthoscope et regarder dans le fond de la gorge »*

*Faites-vous confiance aux résultats du test ? Le test est-il selon vous fiable ?*

*« oui je pense après je me suis pas renseignée sur le sujet mais j'ai plutôt confiance donc pour moi oui ... »*

*« Si le test est négatif mais je trouve que les amygdales elles sont hyper rouges hyper gonflées que j'ai un rejet postérieur sale que la personne a vraiment beaucoup de fièvre bon bah là je dis peut être qu'il y a un début d'autre choses que , si la personne est abattue éventuellement si j'ai le moindre doute sur autre chose peut être que la oui je les instaure heu sans le test mais en pensant à autre chose en fait »*

*En ce qui concerne la commande de ces tests ?*

*« Hyper facile ouais généralement une semaine dix jours ça arrive après quand on en fait la commande »*

*J'ai lu qu'en 2017 40% des médecins généralistes commandaient ces tests cela vous choque ?*

*« (soufflement) , bah ça me... c'est pas que ça me choque, à la fois ça m'étonne quand même 40% mais après je suis jeune médecin donc heu peut être que quand ça fait vingt ans qu'on connaît sa patientèle et que on a l'habitude et qu'on sait comment ils réagissent les patients peut être qu'on le fait moins... et sachant que la moyenne d'âge des médecins actuellement est de cinquante-cinq ans donc ça veut dire qu'il y a quand même une grosse partie des médecins qui connaît bien sa patientèle heu non c'est pas que ça me choque je pense que ça serait bien qu'on le fasse un peu plus mais ça me choque pas je pense que ça serait bien qu'on le fasse plus . Mais ... je comprends voilà »*

*TDR en pharmacie*

*« Alors moi je pense que ce n'est pas une bonne idée parce que le pharmacien il a un rôle essentiel mais il doit rester dans son rôle. Le médecin a un rôle essentiel et il doit rester dans son rôle. Donc heu c'est le pharmacien qui fait le test heu (souffle) pourquoi pas mais après s'il y a besoin d'antibiotiques heu il va devoir nous l'envoyer ... je pense pas qu'un médecin prescrira des antibiotiques sans voir le patient donc ça se fera pas par téléphone et c'est pas dans ce sens-là que les jeunes médecins veulent fonctionner heu donc ça fera double frais pour la sécu parce que le test sera utilisé une fois plus une seconde fois heu pour la même personne et nous on a eu un cas dans notre ville notre pharmacienne qui bien avant l'autorisation l'a fait , a mis le patient*

*sous AINS et on l'a récupéré sous phlegmon donc ça c'est une histoire de stat ça compte pas dans les vrais stats et les vrais études mais n'empêche que je l'ai en tête et que heu et que ... bah en fait le patient est allé voir la pharmacienne et elle a commencé en fait à faire des tests à sa pharmacie alors que c'était pas heu encore validé et donc elle a mis le patient sous ibuprofène qui a fini avec un phlegmon donc heu qui a donc pas vu le médecin qui a pas été examiné. De toute façon si le test est fait en pharmacie moi il est hors de question que mon patient m'appelle et me dise je peux avoir les antibiotiques ? donc en fait quoi qu'il arrive le test je vais le refaire et je vais voir si moi je juge qu'il faut mettre les antibiotiques ou pas donc pour moi ça va être une perte de temps, une perte d'argent et peut être une confusion des rôles dans l'esprit du patient. Parce que le patient il va dire bah le pharmacien il peut gérer les angines. Bah je ne suis pas sûre moi je pense que le rôle du pharmacien est essentiel mais que ce n'est pas celui-là. »*

*Enquêtrice : Si formation des pharmaciens ?*

*« Bah heu pfff alors heu ça ne me rassurait pas parce que je pense que je préférerais qu'il fasse une formation sur la promotion des vaccinations et de l'arrêt de l'homéopathie plutôt qu'ils s'occupent des angines donc il y a d'autres choses à faire avant qu'ils fassent une formation pour l'angine. »*

*« Le TDR il est bon pour les strepto mais il y a d'autres types de bactéries de temps en temps donc ça m'est déjà arrivée de croiser d'autres types de bactéries qui vraiment heu qui finalement se sont réglées au bout de quinze jours avec les antibiotiques mais sur les quinze jours mon test était négatif et le patient avait pas forcément heu de fièvre ou des choses comme ça donc heu oui voilà le strepto test il est bien mais c'est pour le streptocoque après bon c'est quand même rare hein. Une angine classique ça reste une angine classique donc viral »*

#### **M6 durée de l'entretien : 17min48**

*Sexe Femme /âge 45ans/ durée d'installation 14 ans / Médecin SSR puis cabinet solo qu'en milieu urbain/nombre de consultations en moyenne par jour 30 (durée 15 minutes). % de pédiatrie 16 %.*

*Parlez-moi de l'angine.*

*« d'accord bah on peut dire qu'effectivement il y'en a deux différentes virales et bactériennes (sourire) déjà (rires) mais bon là on est orientés par ce qu'on sait déjà heu après on peut dire que en fonction c'est une infection basée essentiellement sur les amygdales donc heu après voilà on peut détailler les signes heu mal de gorge difficulté à la déglutition de la fièvre altération de l'état général heu voilà je parle pas trop des complications en général pendant la consultation d'autant que les phlegmons il y en a quand même très peu. »*

*Voyez-vous différents types d'angine ?*

*« c'est souvent les mêmes types et puis j'allais dire c'est un petit peu en fonction des personnes je sais pas après pourquoi il y a des personnes à rhinopharyngite et des personnes à angine voilà alors heu après par la suite hein c'est l'expérience qui fait que humm on arrive un peu à déterminer les patients ou souvent ils arrivent « j'ai mal à la gorge alors tout de suite ils arrivent j'ai l'angine...alors ça souvent angine pas forcément donc heu voilà après c'est en les examinant qu'on arrive à leur dire non plutôt rhino plutôt angine ou plutôt rouge , après j'ai l'angine blanche ça effectivement c'est déjà les patients qui se connaissent déjà bien (sourire)qui sont allés voir avec le miroir un petit peu des fois et effectivement ceux qui ont un petit peu des connaissances ou leur expérience se sont déjà auto diagnostiqués la plupart du temps »*

*Comment vous jugez-vous l'instauration d'antibiotique ?*

*« Souvent les angines blanches je les traite par antibiotiques voilà d'ores et déjà. Après heu voilà on peut avoir des amygdales assez rouges assez enflées si pas de fièvre j'attends un peu je leur dis par contre on essaye un traitement sur 48 heures pas d'antibiotique et vous me rappelez au bout de 48 heures voilà. Du coup je fais du Surgam ou carrément du Solupred après si heu la personne heu peut avoir des signes respiratoires voilà. Traitement probabiliste le temps éventuellement qu'ils me rappellent qu'ils me disent un petit peu où ils en sont mais heu la plupart du temps heu quand j'ai un doute là où le test pourrait m'indiquer peut-être... ce que je fais du coup je les laisse me rappeler et très souvent on va dire peut-être dans 90% des cas ils ne me rappellent pas. »*

*Il y aurait-il pour vous un élément clinique plus qu'un autre qui pourrait être en faveur de l'instauration d'antibiotiques ?*

*« Une angine blanche ou les patients qui ont des amygdales assez cryptiques voilà donc ça effectivement ça peut être un argument, un petit trou, un peu ponctiforme voilà. Heu ceux qui ont eu dans l'enfance beaucoup d'angines ont gardés souvent des amygdales assez grosses donc heu ils ont tendance effectivement à refaire rapidement des angines. Après des fois j'essaye de ne pas me laisser entrainer par le 'oui mais je fais des angines et ça ne passa jamais sans antibiotiques' mais parfois effectivement on a tendance chez les personnes qui savent systématiquement que ça va dégénérer on les traite plus facilement par antibiotique, pour certains profils. Après ça dépend aussi des antécédents quelqu'un qui a un diabète qui a un 100% pour un diabète ou des problèmes cardiaques voilà ça peut m'orienter plus facilement sur une antibiothérapie ou quelqu'un qui a de l'asthme ou antécédents pulmonaires »*

*Donc les antécédents du patient ou comorbidités ont un impact sur votre instauration d'antibiotiques ?*

*« Oui tout à fait même si c'est une angine pas particulièrement blanche »*

*Et l'antériorité des symptômes ?*

*« Oui quelqu'un qui me dit j'ai essayé spray doliprane qui me dit ça fait sept jours que ça traîne ça ne va pas je peux plus avaler là oui je mets un antibiotique. »*

*Et l'intensité des symptômes ?*

*« Pas forcément, si vraiment ça vient de démarrer pas forcément, je réévalue. »*

*Avez-vous peur des complications ?*

*« Pff non c'est plus la clinique qui va parler »*

*Utilisez-vous des scores ? Comment faites-vous chez les enfants ? Quelle est du coup votre démarche ?*

*« Non j'utilise pas. je fais pareil. je juge comme si c'était humm un adulte voilà je ne fais pas de distinguo en fait. »*

*Et le TDR ? vous ne le faites pas du coup ? pourquoi ? Pensez-vous qu'il n'est pas fiable ?*

*« Ce n'est pas que je ne le fais pas trop c'est que je le fais pas du tout. J'ai dû en faire peut-être un ou deux au début de mon activité, ça j'allais dire c'est quand j'avais le temps... après j'ai l'impression que je me suis un peu laissée entrainée dans une espèce de spirale en me disant finalement heu le bâtonnet machin ça prend un peu de temps heu bon pour un résultat qui est pratiquement prévisible heu à mon sens et heu et donc j'ai abandonné la technique. Après j'ai la sécu qui me dit de temps en temps « vous les utilisez ? » alors je leur dis des fois je les commande ce qui est vrai et puis je me dis toujours je m'y remettrai. Ce n'est pas forcément de la mauvaise volonté et puis ça n'arrive pas à rentrer dans une routine quoi. Ça prend trop de temps c'est ça c'est tout... Un test vraiment prêt à la seconde heu je serai prête à le faire ya pas de soucis après voilà heu (sourire) je sais que je ne suis pas jugée là-dessus mais heu je pense que ça pourrait amener vraiment quelque chose ce n'est pas par manque de confiance je pense que ça pourrait amener quelque chose à ma pratique, voilà. Je suis prête à me remettre en question (rires) »*

*Avez-vous eu une formation sur le test ?*

*« Non. Avec la notice tout simplement. »*

*Le moment de consultation, par exemple veille de week-end ou fin de journée a-t-il un impact sur votre décision thérapeutique ?*

*Hochement de tête +++.* « si par exemple je dis je vous réévalue dans les 48 heures mais effectivement à la veille d'un week-end ou un week-end prolongé ou quelque chose comme ça OUI je pourrais les mettre sous antibiotiques en leur disant j'ai pas le moyen de vous revoir heu je sais que ça va les embêter au maximum hein appeler SOS heu les centres médicaux sont là aussi mais heu voilà je leur faire pas perdre du temps parce que ils seraient pas très contents 'heu ca a pas marché votre traitement du coup heu j'ai été obligé le dimanche d'aller trouver un médecin en catastrophe donc oui. Mais si ça reste dans des jours de semaines où 48 heures après je peux les revoir là non donc plutôt veille de week-end ou de congés. »

*En Visite à domicile ?*

*« Pareil je réévalue »*

*Ressentez- vous une pression de la part des patients ? Cela vous arrive encore de céder à leur demande ?*



*« J'essaye la plupart du temps de leur expliquer mais il y a un facteur pression quand même. Oui angine, état général effectivement c'est possible oui »*

*J'ai lu qu'en 2017 40% des médecins généralistes commandaient ces tests qu'en pensez-vous ?*

*« Je ne sais pas. Peut être effectivement par rapport à la fiabilité, par peur peut être d'avoir des résultats discordants par rapport à ce qu'ils auraient pensés humm possible. »*

*Réalisation du TDR en pharmacie*

*« D'accord. Bah alors s'ils sont à la pharmacie c'est que (rires) alors soit le pharmacien se substitue à nous en gros c'est ça l'idée ? »*

*« Et le pharmacien va être prescripteur derrière ? ou alors comment on pourrait envisager les choses le pharmacien fait le test et appelle le médecin derrière pour la prescription ? dans tous les cas ça passerait quand même par le médecin ...j'ai toujours du mal à prescrire des antibiotiques chez quelqu'un que je ne vois pas ...(grimace) ne serait- ce que trente secondes voilà. J'ai toujours du mal à faire des prescriptions sans voir les gens...antibiotiques encore plus parce que on est sur la sellette par rapport voilà à l'antibiorésistance heu par rapport que ça devient un biais aussi pour éviter le médecin pour avoir une prescription heu ça me gêne franchement ça me gêne .Après je dis pas que je le ferai pas hein parce que effectivement on a tous la pression de gagner du temps il y a des urgences tous les jours déjà sur un planning qui est déjà plein et voilà peut-être que dans quelques cas ça pourrait dépanner les gens sans avoir besoin de passer. Et puis faut faire confiance au pharmacien, peut être pff mais j'aurai du mal ...après s'il me l'envoie pour le revoir pas de problème, après on retourne sur une consultation classique. »*

*Avez-vous un cas qui vous a marqué dans votre pratique ?*

*« J'ai eu une fois un patient en visite à domicile pour une angine et il s'était automédiqué effectivement il faisait partie des patients heu c'était 'Monsieur angine' hein donc il en faisait très régulièrement et puis il avait toujours une boîte d'antibiotiques donné par sa maman au cas où et donc dans un week-end il a pris les antibiotiques il s'est rendu compte que lundi matin il arrivait plus à ouvrir la bouche et quand je suis allée à son domicile il avait un vrai trismus, avait un vrai phlegmon. Il*

*avait pris de l'Augmentin. Du coup j'ai appelé un ORL pour voir un petit peu qu'elle était la marche à suivre il m'a dit non direction Urgences Conception. Ils l'ont opéré. »*

**M7 durée de l'entretien : 22min41**

*Sexe femme /âge 47 ans/durée d'installation 20 ans cabinet de groupe en milieu urbain/durée d'une consultation 20 minutes moyenne de consultations par jour 25/% de pédiatrie 30%.*

*Parlez-moi de l'angine*

*« C'est une infection de la gorge qui peut être virale ou bactérienne voilà, fréquente, notre quotidien. J'en vois plein des angines rouges, des angines blanches, des pseudo membraneuses, des phlegmons »*

*Utilisez-vous des scores ?*

*« Du tout. Je regarde la gorge je regarde l'état clinique et voilà. Je traite. Le test je ne m'en sers JAMAIS parce que je pense qu'il n'est pas fiable heu parce que ça dépend où tu passes le coton tige quoi hein en fait tu ne peux pas avoir de strepto à un endroit et en avoir juste à côté. D'abord chez les enfants déjà pour voir une gorge c'est compliqué alors quand t'imagines heu enfin pfff ce n'est même pas la peine ! heu du coup tu passes à toute vitesse tu n'as même pas le temps d'attraper quoi que ce soit. L'adulte nan je me fies à la clinique : l'état général et la fièvre même des ganglions je pense que cinq jours de Clamoxyl ça n'a jamais tué personne (rires). »*

*Comment faites-vous chez les enfants ?*

*« Pareil selon la clinique et l'état général, tu sais on voit vachement de trucs hein là on a une glomérulonéphrite suite à une angine mal soignée chez un enfant et là justement je cherchais un dossier d'une patiente qui est allée voir trois médecins généralistes différents qui lui ont fait chacun (sourire) le test elle a fini en réanimation a vingt-cinq ans quoi ! Le test avait été fait trois fois et était négatif, trois médecins différents »*

Enquêtrice : « Mais les tests étaient négatifs sur le strepto c'était probablement une autre bactérie non ? »

« Alors heu je sais plus non je crois que c'était un streptocoque il faut que je retrouve parce que c'était juste avant les vacances j'ai voulu montrer à ma consœur parce qu'elle était à fond avec ces tests de merde et pour lui montrer que ça peut aller loin pour une petite angine, elle a fait une défaillance multiviscérale heu elle a fini, elle a fait trois médecins généralistes hein en disant je ne suis pas bien non non mais on recommence... Le test bon...heu-moi si elle était venue avec ça 'J'ai une angine est ce que vous mettez les antibiotiques ?' ben oui (rires). C'est vrai que ce test il te dit voilà c'est négatif pour le streptocoque mais il y a autre chose quoi hein. Heu donc après ils te les foutent sous anti inflammatoires et tu te retrouves souvent avec un phlegmon. Je pense qu'on fait n'importe quoi et après tu mets des putains d'antibiotique alors heu double antibiothérapie. Enfin moi c'est vrai que je suis pas du tout test »

Dans ce cas il y aurait-il un élément plus qu'un autre à la clinique en faveur de l'instauration d'antibiotiques ? Comment faites-vous ?

« Déjà ouais quand c'est des angines heu pff moi je le sais je le vois, c'est au feeling en fait ce n'est peut-être pas bien hein. Déjà les gens ici ils ne viennent pas pour rien, ils attendent deux jours heu ça dégonfle déjà ils se sont déjà mis sous cortisone eux même parce qu'ils ont l'habitude heu ils ont pris leur doliprane leur machin leur pastille donc quand ils arrivent c'est que ce n'est pas passé quoi »

L'antériorité et intensité des symptômes a-t-elle un impact sur votre prescription ?

« Ah ouais, là je mets, l'intensité des symptômes aussi bah je me dis que ça ne coûte rien hein après il y a des antibiorésistances certes mais enfin quelqu'un qui prend une fois des antibiotiques dans l'année, ça ne va pas le tuer quoi hein ! Nan je pense que ça évite des complications, parce qu'on a trop utilisé ce test et on a trop de complications qu'on n'avait pas il y a cent ans quoi. J'en vois hein, là j'ai une glomérulonéphrite heu et cette femme-là ça fait chier hein défaillance multiviscérale choc septique réa ...mais je trouve plus son dossier »

En ce qui concerne les antécédents du patient et ses comorbidités ?

« Ah bah les diabétiques cardiaques c'est évident hein j'y vais à fond quoi. Je n'attends pas moi, non. »

Enquêtrice : Donc vous ne faites pas le test. Pourquoi ?

« Ce n'est pas forcément viral ce n'est pas du streptocoque quoi on dit c'est viral non ce n'est pas viral ce n'est pas du streptocoque quoi. »

Enquêtrice : Que faudrait-il faire ?

« Bah rien faire ou un prélèvement de gorge au labo quoi. Ça j'en fais parfois ouais heu quand j'ai des doutes je préfère, mais pas le test. J'ai eu mes enfants aussi avec de la fièvre, mon mari les a emmenés chez le pédiatre, elle a fait le test c'était au début des tests, tests négatifs c'est viral il y a rien etc. Deux jours après il les a ramenés heu et c'était bactérien le test était encore négatif elle a dit vous allez au labo maintenant je mets des antibiotiques et le labo a dit positif en streptocoque donc ils ont passé deux jours septiques quoi ! et puis quand on discute avec les ORL enfin moi j'ai une amie ORL heu elle l'utilise pas quoi bah ils voient les angines qui sont compliquées au stade où nous les tests étaient négatifs... les ORL mettent beaucoup d'Augmentin Solupred sur les angines blanches c'est leur passion hein, moi quand c'est vraiment moche ça m'arrive ou Augmentin Flagyl donc au lieu de te prendre cinq jours d'amoxicilline tu te retrouves avec dix jours d'Augmentin Flagyl quoi...ça va c'est de l'Amox quoi hein ... après moi je suis à fond antibiotiques pas à fond mais je les prescris facilement quoi une bronchite qui traîne depuis dix jours c'est sale j'attends pas la pneumonie quoi. Nous vraiment ici quand ils viennent ils ne viennent pas pour rien quoi. Après nous ce qu'on fait parfois c'est qu'on met des antibiotiques sur l'ordonnance si ça ne va pas mieux dans 48 heures parce qu'ils n'ont pas envie de venir trois fois pour une angine ou pour un rhume faire la queue pendant dix ans quoi ; t'a pas forcément le temps d'être évalué deux fois par ton médecin la même, d'attendre une heure dans la salle d'attente, les gens ils n'ont pas envie hein »

Les consultations la Veille de week-end ou en soirée changent- t- elles votre démarche thérapeutique notamment sur l'instauration d'antibiotiques ?

« Les veilles de week-end oui le soir non parce que le lendemain on est là quoi »

Y a-t-il une pression des patients pour les antibiotiques ?

« Mais nous c'est biaisé parce que je ne sais pas je t'ai dit on a quand même des patients qui viennent au bout d'un moment ils n'arrivent pas dès que... quand ils viennent c'est soit qu'ils sont vraiment malades, s'ils ne viennent pas ils passent par la pharmacie la case Strepsil machin Doliprane ils viennent quand ça traîne que ça ne passe pas. Nous nos patients ils ne sont pas demandeurs hein mais quand ils viennent ils viennent le chercher parce que tout a échoué quoi. »

Donc pas d'avantages à la réalisation de ce test pour vous ?

« Non. Pour moi il n'y a pas d'avantages. »

J'ai lu qu'en 2017 40% des médecins généralistes commandaient ces tests qu'en pensez-vous ?

« Non moi ça ne me choque pas comme je l'ai dit au mec de la sécu je les commande pour lui faire plaisir (rires). Ils viennent nous voir une fois par mois et nous demandent. Mais à partir de maintenant je vais en commander comme ça ils sont contents. Donc ça ne m'étonne pas »

Réalisation du TDR par les pharmaciens

« Encore mieux ! (Rires) bah c'est encore pire parce qu'il y a pas de clinique quoi il y a pas d'antécédents donc je pense que c'est de la merde quoi. Quelqu'un qui a un problème valvulaire et que le test est négatif ils vont rien mettre quoi ? après ils le font comme nous hein c'est pas ça mais après qu'est-ce qu'ils vont en faire ? le test est négatif ok mais... après le mec s'il a cent vingt de pouls heu enfin je veux dire tu vois hein quand c'est septique. Moi j'ai besoin de voir et d'examiner (rires) je ne peux pas prescrire sans voir donc je ne prescrirai pas l'antibiotique au pharmacien sans voir le patient. En termes d'économie de santé ou d'aide aux médecins généralistes ça me paraît débile (rires) »

Avez-vous un exemple de consultation qui vous a marqué ?

« Une belle angine vue par un généraliste qui a mis des antiinflammatoires en disant c'est viral heu et si je te montre l'angine que j'ai vu quelques jours après... bonjour ! elle m'a appelée elle avait de la fièvre elle a fini sous Augmentin Flagyl super. Pareil si un gamin a... putain fais un bilan au moins une PCR tu vois si tu as envie de faire bien moi la PCR était à 200 donc si tu te dis c'est viral à ce moment-là tu vas jusqu'au

*bout quoi ! Moi si j'avais la PCR après tu vas pas faire piquer chaque angine mais sur une angine septique dire prenez de l'Advil c'est viral il faut être culoté quoi ! nous on a un labo qui fait les PCR et ça c'est super intéressant on s'en sert énormément chez les enfants c'est génial quand ils ont une fièvre et que tu trouves rien...il y a beaucoup de gens hein même des médecins qui se disent le test est négatif c'est viral alors que NON c'est pas viral c'est pas du streptocoque quoi ! Les jeunes ils doivent le faire mais ça va pas, enfin tu suis les recos comme ça mais moi j'en peux plus des recos ... je supporte pas les recos au niveau des antibiotiques ça marche pas on le sait heu par exemple les infections urinaires alors la heu le Monuril ça va chez la femme jeune première cystite mais là on a un remplaçant qui pendant les vacances a mis du Monuril à une femme de 90 ans qui a un antécédent de pyélonéphrite... qu'est-ce que tu veux que ça marche ? non elle est revenue me voir quoi...et c'est dans les recos hein mais ça ne marche pas jamais ça revient quinze jours trois semaines après c'est sûr, à chaque fois qu'on a des remplaçants je revois après les patients trois semaines après ... j'utilise pas mal Antibioclic »*

**M8 durée de l'entretien : 27min51**

*Sexe femme/âge 59 ans /durée d'installation 17 ans : trois ans, a travaillé pour une mutuelle, a travaillé en Guadeloupe dans un service / 20 consultations en moyenne par jour, temps d'une consultation 20 minutes/ 10% de pédiatrie*

*Parlez -moi de l'angine*

*« C'est une infection des amygdales ça peut être viral ou bactérien heu c'est souvent confondu avec une pharyngite heu voilà c'est tout...il y a des ganglions cervicaux et de la fièvre.je vois beaucoup d'angines rouges parfois des angines érythémato-pultacées je vois parfois des angines avec des gros ganglions et avec des symptômes généraux »*

*Utilisation de scores ?*

*« Je ne sais pas ce que c'est (rires). »*

*Du coup que faites-vous ?*

*« Heu ça dépend de l'âge et du terrain et ça dépend des signes généraux, s'il y a beaucoup de fièvre et que ça dure et que l'angine est très moche avec des dépôts blanchâtres ou verdâtres ou quand c'est rouge très vif et très gonflé, que les gens se plaignent beaucoup heu je mets sous antibiotiques. Après si c'est dans un contexte de rhume et de moins de 37.8 de fièvre chez un enfant heu je mets des sprays locaux et du doliprane et lisopaine. Le test je le fais de moins en moins je l'ai fait au début je n'ai jamais eu de positifs je crois que j'en ai eu un de positif (rires) et j'en ai eu un de négatif sur une monstrueuse angine humm à points blancs avec de la fièvre et tout ça, que comme c'était négatif je l'ai envoyé faire un prélèvement c'est revenu positif mais je ne me rappelle pas à quoi c'était, un jeune homme allergique à la pénicilline je l'avais mis sous céphalosporine. »*

*Comment faites-vous chez les enfants ? Chez les adultes, les antécédents ou comorbidités des patients ont-ils un impact et lequel ?*

*« Non un diabétique je vais mettre plus facilement sous antibiotiques, un jeune asthmatique allergique je sais que dans trois jours il va revenir ça aura flambé sur les bronches, les vieux ils font rarement des angines voilà, si c'est un mauvais terrain je vais mettre plus facilement sous antibiotiques, si bien sûr ils sont heu sous immunosuppresseurs ou autre chose en chimio heu voilà. Chez un enfant de moins de trois ans c'est la gueule de l'angine et l'état de l'enfant qui va me faire mettre sous antibiotiques souvent les angines d'été heu pff je ne saurai pas bien faire la différence entre les moins de trois ans et les moins de dix ans heu c'est souvent l'été en juin qu'on a des angines pures assez moches. Moins de trois ans je vais mettre sous antibiotiques si sa gorge est rouge et s'il a aussi un nez qui est sale depuis plus d'une semaine et qu'il tousse même si je n'ai rien à l'auscultation parce qu'il n'est pas bien et que la maman me dit 'je n'y arrive pas ça ne passe pas', si je le trouve très très bien à l'auscultation, je dis attendez encore un jour et je mets une ordonnance à part avec un antibio »*

*L'antériorité des symptômes a-t-elle un impact sur votre démarche diagnostique (test) et thérapeutique ?*

*« je peux faire le test quand je trouve vraiment rien si ça fait une semaine qu'ils viennent et qu'ils ont vraiment rien et que en plus ils veulent un arrêt de travail (sourire) je vais faire le test et leur dire vous voyez il n'y a rien heu c'est un virus ça va passer, pour lui montrer que c'est pas grave. et je le fais aussi quand au contraire je veux mettre un enfant sous antibiotique, que les mamans demandent et que le test est négatif et dans ces cas- là je mets une ordonnance à part et je dis vous n'hésitez quand même pas à le mettre. Je trouve que c'est difficile chez les enfants de faire ce test même chez les adultes hein, c'est compliqué d'aller toucher une amygdale avec deux mains déjà hein parce qu'il y a une main qui tient l'abaisse langue une autre la lampe enfin je mets la lampe gynéco en général pour faire ça et bah les gens ils ont envie de vomir quoi c'est tout hein... »*

*Et L'intensité des symptômes ?*

*« Non bah s'il a beaucoup de fièvre, je veux dire un enfant qui arrive avec une gorge rouge et 39 de fièvre c'est vrai que je vais avoir tendance à le mettre directement sous antibiotiques. Je prends la température par contre je ne fais pas les tests mais je prends la température en rectal chez les enfants (sourire) »*

*Si vous ne faites pas le test quel(s) élément(s) à la clinique vous permettent de juger d'une instauration d'antibiotiques ?*

*« Les angines érythémato-pultacées vraiment sales, vraiment dégoûtantes et une angine unilatérale aussi comme une angine de Vincent. Après quand il y a de gros ganglions chez un enfant qui est fatigué je me dis c'est une mononucléose mais bon c'est rare hein »*

*Que pensez-vous du test ?*

*« Je le trouve beaucoup trop difficile et beaucoup trop long à réaliser. Ça prend plus de cinq minutes, bon même six à huit minutes. Même les adultes c'est difficile à faire. Moi je pense que c'est pas fiable c'est pour ça que j'ai arrêté... ben il y a eu les histoires de mon associée qui avait des enfants avec des tests négatifs et ils ont fini par avoir une pneumonie deux jours après et elle aussi et hospitalisée quand même ! je trouve que c'est pas un test précis c'est difficile vraiment d'avoir touché l'amygdale et d'avoir vraiment tourné l'écouvillon sur une partie blanche c'est heu difficile tu peux pas rester deux secondes quoi hein avec le truc dans la bouche. je ne suis pas convaincue. »*



*Il y aurait-il malgré tout des avantages du test ?*

*« C'est oui de convaincre quelqu'un que ce n'est pas grave...c'est surtout ça et de me convaincre moi aussi quand j'ai un doute »*

*En ce qui concerne les consultations en fin de journée ou veille de week-end comment faites-vous ?*

*« Oui, heu avant un weekend je mets toujours une ordonnance à part avec un antibio pour qu'ils n'appellent pas SOS médecin ou qu'ils n'appellent pas le samedi matin ma collègue mais on est dans un quartier où les gens sont assez éduqués où on connaît bien notre clientèle et heu la plupart du temps ils ne les prennent pas les antibiotiques.il y a quand même un gros battage médiatique contre les antibiotiques actuellement hein »*

*Ressentez-vous une Pression de la part de certains patients à propos des antibiotiques ?*

*« Non je trouve qu'on a quand même beaucoup moins d'angines pures que de rhinopharyngites ou de bronchites.il y a plus de pression pour les bronchites. 'Docteur vous avez vu comme je tousse ?' ' oui mais vous n'avez pas de fièvre...' après j'ai deux/trois patients que je connais aussi qui font des complications je sais qu'au début je ne l'ai pas fait et ils sont revenus deux jours après avec 40 de fièvre et l'angine monstrueuse et du coup les connaissant je leur mets et aussi pour les angines récidivantes, à mon époque c'était dans les recommandations pour les angines récidivantes. »*

*J'ai lu qu'en 2017 40% des médecins généralistes avaient commandé les tests qu'en pensez-vous ?*

*« Tu trouves que ce n'est pas beaucoup ? non ça m'étonne pas du tout je ne vois pas comment font les gens qui font des consultations en dix minutes peuvent faire le test, c'est juste impossible quoi. »*

*Enquêtrice : « Si le test est fait en début de consultation ? »*

*« Je n'ai pas pensé à le faire au tout début de consultation effectivement parce qu'en général enfin je pense aux enfants je finis par la gorge parce que sinon ils pleurent c'est difficile on ne peut plus rien faire. Chez les adultes j'avoue que je n'ai pas pensé c'est peut-être une bonne idée, de commencer par ça et d'après les examiner. Heu*

*mais je te dis je trouve que c'est rare les gens qui viennent pour une angine pure ils viennent avec d'autres signes ,en hiver là heu c'est clairement pas des angines quoi , en été plus enfin je sais pas ils disent ça aussi les autres? .... A la limite la PCR capillaire parce que ça je fais, je trouve ça beaucoup plus parlant que le test lui-même pour les enfants, bon après la CRP capillaire ça serait peut-être plus pour les pneumonies sachant qu'on entend souvent rien, une PCR et une radio. Finalement est ce qu'il y a beaucoup d'angines chez les enfants je ne suis pas sûre hein mais après je ne fais pas beaucoup les enfants »*

*Avez-vous peur des complications ?*

*« Alors moi oui parce que j'ai bossé dans un service de cardio à paris qui était jumelé avec je sais plus qu'elle ville où arrivaient tous les jeunes avec des rétrécissements aortiques, ils étaient jeunes hein ils avaient vingt ans et avaient des angines qui n'avaient pas été mises sous antibiotiques tout simplement hein donc j'ai gardé ça et il y en avait plein. Ça m'a marqué. Et les cardios le disaient c'est parce qu'ils ne consultent pas pour une angine. Il y a eu plusieurs vieux médecins qui disaient 'et ben dans quarante ans on va avoir des RAC', on en voit plus hein c'était des étrangers ce n'était pas des français mais c'est toi qui me diras ça ! (Rires)*

*Comment faites- vous en visite à domicile ?*

*« Je fais pareil qu'une consultation. Je me dis juste qu'il aurait pu se déplacer en général (rires). Parce que c'est qu'une angine virale et qu'il aurait pu venir »*

*Réalisation des TDR en pharmacie*

*« Oui SUPER super faites le (sourire) je trouve ça très bien oui oui parce que ça me fait gagner du temps comme ça on ne sera pas débordés, ils vont prendre des traitements locaux, bon ils vont râler parce que ce n'est pas remboursé. Après ils vont avoir une formation non ? je suppose... Tu sais en ce moment on parle beaucoup des assistants de santé qui feraient les tests, prendraient la tension etc mais bon ça nécessite d'avoir une petite salle pour eux, un sas. C'est vrai que ça pourrait aider hein. Après si le test est positif le pharmacien va leur dire d'aller voir le médecin mais je ne referai pas le test et s'il me demande une prescription par téléphone ça dépend quel pharmacien c'est et ça dépend quel patient c'est, je pourrais dire oui je pense, oui si je suis débordée que je connais bien que je sais qu'ils ne font pas de bêtises heu*

*mais bon ça va être extrêmement rare hein en général les pharmaciens ils nous font monter les patients. Après une angine heu ce n'est pas à deux heures près l'antibiotique hein ce n'est pas très grave on ne va pas avoir un Rétrécissement aortique sévère parce qu'il n'a pas pris son antibiotique deux heures après quoi »*

*« Je pense que les jeunes vous les faites et les vieux on les fait plus, peut être aussi parce qu'on est débordés heu... après j'ai eu un cas l'angine était blanche de partout verte même dégueulasse et le test était négatif... après ça devait être une autre bactérie non ?... Oui oui donc justement il fallait le mettre sous antibio ça ne m'aide pas beaucoup en fait à part me faire perdre du temps ça ne m'aide pas, je suis désolée. Après il y en a beaucoup c'est peut-être de la flemme aussi hein. Après les gens ils n'ont pas le temps hein ils ont autre chose à faire que de se déplacer d'aller chez le médecin ils ont trois gamins il faut en emmener un faire garder les deux autres heu d'où les ordonnances à part, moi je fais souvent sept jours d'ailleurs parce qu'on m'a toujours appris le bon antibio à la bonne dose pendant la bonne durée »*

*Que vous évoque le terme d'antibiorésistance ?*

*« Moi je pense que les antibiorésistances se développent à l'hôpital hein surtout »*

### **M9 durée de l'entretien : 18min13**

*Sexe femme/âge 34 ans/durée d'installation 6 ans, a travaillé un peu en SSR, aux urgences puis permanence médicale en milieu urbain/en moyenne 40 consultations par jour, durée d'une consultation 15 minutes/ 70% de pédiatrie.*

*Parlez-moi de l'angine*

*« Et ben c'est une infection (rires) heu des amygdales qui peut être virale ou bactérienne c'est souvent par épidémie au printemps et à l'automne, maintenant on en a tout le temps en fait heu c'est vrai que ça touche plus l'enfant que l'adulte même s'il y en a chez l'adulte. Heu voilà si c'est viral ben ça dure trois jours sauf l'angine dans la mononucléose infectieuse si c'est bactérien bah il faut des antibiotiques essentiellement du Clamoxyl et ça va mieux en 48 heures. »*

*Voyez- vous différents types d'angine ?*

« Type heu viral ou bactérien ? herpangines on en a quelques-unes mais c'est rare mais on en a quand même, on a des scarlatines, on en a quand même pas mal des scarlatines en ce moment. Moi on m'a toujours dit qu'il n'y en avait plus mais il y en a heu on a des mononucléoses infectieuses mais bon par épidémie là on en a eu en Automne »

Utilisez- vous des scores ?

« non parce que franchement moi ça m'est arrivée des patients qui n'avaient pas de fièvre et une angine bactérienne heu au strepta test dès fois ça m'arrivait aussi certains qui toussent quand il y a une toux sèche normalement c'est plutôt viral et ça m'est arrivée chez les bébés de moins de deux ans ...on l'a pas fait c'est pas moi qui les avaient vus donc on l'a pas fait parce qu'ils avaient moins de deux ans RECO et les parents sont revenus parce qu'ils avaient toujours la fièvre au bout de trois jours j'ai fait le test c'était positif donc moins de deux ans je leur fais quand même...il y a même des pharyngites qui sont bactériennes et bien tapées hein et elles sont bactériennes donc c'est vrai que heu s'ils ont très très mal ou si c'est très très rouge la pharyngite je le fais, moi-même je ne fais que des pharyngites bactériennes donc heu... »

« Non le test je le fais systématiquement, les mononucléoses infectieuses c'est des grosses angines et j'ai des patients on n'avait pas fait le test ils sont revenus parce qu'ils avaient toujours mal et on a fait le bilan c'était une mononucléose infectieuse ; l'herpangine c'est bon après l'herpangine enfin si tu connais heu cliniquement ça se reconnaît hein ça fait des vésicules quoi donc normalement tu ne dois pas faire le test eux. J'ai des patients qui ont été sous antibiotiques pour une herpangine je leur ai dit 'mais c'est une herpangine monsieur faut arrêter l'antibio ça ne sert à rien' (sourire) »

L'antériorité des symptômes a-t-elle un impact sur votre prescription ?

« c'est vrai que si ça fait pfff...des fois j'en ai qui viennent ça fait plus de sept jours qu'ils ont mal (sourire) heu alors si c'est une angine rouge et que ça fait plus de sept jours et que le test est négatif bah je leur fais faire un prélèvement ouais parce qu'une angine rouge qui dure depuis quinze jours c'est pas viral hein c'est soit une mononucléose infectieuse soit une angine blanche, normalement après...tu as toujours des exceptions mais normalement... donc c'est vrai que si c'est une angine rouge heu depuis quinze jours, je leur fais faire un test en labo et si c'est l'angine

*blanche que le test est négatif je leur fais faire heu prise de sang. Parce que ça arrive des fois ce n'est pas des streptocoques mais des staphylocoques. Donc deuxième prélèvement mais pas d'antibiotiques en systématique non. »*

*Et l'intensité des symptômes ?*

*« C'est-à-dire s'ils ont très mal ? ça ne me dit pas non plus si c'est viral ou bactérien ça non. Après il y en a des fois ils viennent pour l'antibiotique ils viennent pour ça...(grimace) donc heu je leur explique blablas après ils veulent quand même l'antibio je leur dis je vous le prescris mais pour moi ça ne sert à rien après heu... »*

*Il y a encore une pression des patients ?*

*« Ah oui heu je leur explique l'antibiorésistance tout ça, ça va les tuer dans trente ans (rires) »*

*Beaucoup de tests reviennent positifs ?*

*« Humm ouais ce n'est pas le plus fréquent quand même... »*

*Les antécédents et comorbidités du patient ont-elles un impact sur votre prescription notamment si le test est négatif ?*

*« Si le test est négatif heu non, si le test est négatif il est négatif »*

*Il y aurait-il un élément clinique plus qu'un autre qui vous inquiéterait ?*

*« La suspicion de phlegmon à priori c'est bactérien (sourire), après sinon quand c'est unilatéral en règle générale tu fais le test il est positif je le fais quand même mais allez dans 95 % des cas quand il est unilatéral c'est positif. Donc quand le patient il a mal que d'un côté et qu'il a une amygdale comme ça dans ma tête c'est que c'est bactérien mais je fais quand même le test toujours. »*

*Que pensez-vous du test, faites-vous confiance aux résultats ?*

*« je fais confiance ouais, dès fois je leur dis quand ils viennent très précocement il a mal depuis une heure ou il a de la fièvre depuis deux heures et ça nous est arrivés que le test soit faussement négatif mais parce qu'ils sont venus très précocement...moi ça m'est arrivée deux fois où quand c'est très dur à faire le prélèvement chez les enfants qui se laissent pas faire mais heu par contre, quand ça fait que une ou deux heures qu'ils ont mal je leur dis le test est négatif je leur dis par contre si vous avez encore*

*mal dans trois jours on refait le test. Ça nous arrive dès fois qu'il soit négatif initialement et qu'il se positive quand je le fais deux à trois jours après mais c'est parce que les parents nous les emmènent trop tôt en fait. Voilà. »*

*Quels seraient les avantages du test ? ses inconvénients ?*

*« ah ben ça évite une antibiothérapie qui n'est pas nécessaire, après les inconvénients bah ça te prend deux minutes à lire quoi ça te prolonge de deux minutes la consultation ça c'est pas très grave et alors après il y en a ils viennent pour l'antibiotique donc quand tu leur fais le test et que tu leur dis pas d'antibiotique après tu leur explique si c'est viral ça dure trois jours... Donc le test c'est aussi un argument. Ils sont contents qu'on fasse les tests hein quand même la plupart ils sont contents. »*

*Ils sont surpris quand on leur propose le test ?*

*« Ouais ça tout le temps 'ah c'est nouveau vous le faites depuis quand ça ?' oh ben ça fait quinze ans à peu près que je le fais, 'Quinze ans ?! mais je n'ai jamais vu...' j'ai des patients j'en ai plein qui me disent c'est nouveau ? Un patient sur deux (rires) »*

*Avez-vous peur des complications ?*

*« Non de toute façon je leur dis si le test est négatif et que ça ne va pas mieux revenez dans quatre jours pour réévaluer donc non »*

*J'ai lu qu'en 2017 40% des médecins généralistes ont commandé les tests qu'en pensez-vous ?*

*« Et ouais ...et dis toi-même les pédiatres c'est fou quand même... ah oui oui il y en a plein. Donc ça ne me choque pas non ! »*

*La consultation en veille de week-end ou tard dans la journée a-t-elle un impact sur votre prescription d'antibiotiques ?*

*« Non (hochement de tête) je le mets quand les gens partent à l'étranger. Heu surtout au Maghreb ou les pays heu l'Amérique du sud l'Asie... je leur donne mais je leur dis de pas le prendre hein je leur dis d'attendre trois jours quatre jours s'ils ont très mal si c'est une angine rouge, l'angine blanche c'est encore différent mais ouais. Alors moi j'ai un cousin qui est parti à cuba il avait une angine, je lui ai fait le test il était négatif je lui ai dit c'est une angine virale tu prends pas l'antibiotique, heu lendemain il a croisé le médecin je sais plus pourquoi le médecin lui a dit si si prends l'antibiotique, il a fait*

*une allergie, urticaire œdème à cuba il m'envoie un message à cinq heures du mat il m'envoie une photo il me dit 'qu'est- ce qu'on fait ?' je fais 'vous allez aux urgences' sauf que les urgences de cuba c'est pas comme en France tu vois il a regretté l'antibiotique...Donc non même si c'est veille de week-end non si le test est négatif c'est négatif c'est tout après on est ouverts nous. »*

### *TDR en pharmacie*

*« Ah eux aussi ?! (Sourire) bah ils vont devenir des docteurs (rires) c'est comme les vaccins ça m'énerve ! non ça ne m'énervait pas au début mais ils font tellement n'importe quoi que ça commence à m'énerver, les patients je les vaccine contre la grippe 'ah je suis encore un peu enrhumé faites pas le vaccin' on ne fait plus rien en fait 'bah non on peut faire le vaccin même si vous êtes enrhumé Monsieur sinon on ne vaccinera jamais en fait'. Et donc maintenant ils ont les droits ?! et si c'est positif ils font quoi ? envoyer chez le médecin généraliste pas donner l'antibio ? d'accord... et si c'est négatif ils font quoi ? (sourire)... bon parce qu'ils sont pas censés donner des antalgiques donc heu. Ben pff faut interroger quand même' depuis quand vous avez mal' heu enfin c'est une connerie quoi ils vont faire ça devant tout le monde ?! et le secret médical enfin je sais pas parce que quand même les interroger ça te guide un peu je te dis quand la douleur elle est unilatérale bon même si on fait toujours le test puis si il a mal depuis quinze jours, que le test est négatif faut quand même aller un peu plus loin sûrement voir si c'est pas autre chose si c'est pas une autre bactérie (pause) je pense que les patients viendront quand même voir le médecin...ils le feront peut-être à la pharmacie mais ils iront voir le docteur à la fin parce qu'ils leur font pas trop confiance des fois , les pharmaciens ils leur vendent tellement de trucs même pour des rhumes...je fais 'vous en avez eu pour combien ?' ' Quarante euros c'est bien ça sert à rien mais c'est bien ! en tout cas le pharmacien il doit être content hein de vous avoir vu !' (rires). Et puis le Monuril ,l'Amoxicilline, les pharmaciens ils donnent des antibiotiques et après ils disent au patient de venir me voir et moi je refuse bah le pharmacien il n'avait pas à le faire franchement quand ce n'est vraiment pas heu indiqué je refuse. »*

*Vous pensez qu'il y aura plus de demande de prescription par les pharmaciens ou patients avec les tests en pharmacie ?*

« Et oui c'est ça ! c'est ça aussi quoi ! et après ils vont voir le docteur pour faire l'ordonnance je leur dirai 'écoutez moi je n'ai pas fait quinze ans d'étude pour faire prescripteur sur demande en fait ce n'est pas mon rôle' donc heu mais comme les kinés hein les kinés font pareil ! »

« Moi je referai le test de toute façon ! ouais je ne vois pas trop l'intérêt là parce que tu ne sais pas comment il a fait le test le gars. Chez les enfants c'est difficile hein si t'a pas l'habitude c'est difficile et puis faut les coucher les petits tu ne peux pas faire la bouche ouverte hein quand ils sont allongés faut les bloquer non je referai de toute façon... »

Avez-vous eu un cas clinique qui vous a marqué ?

« nous on a un patient alors c'est pas moi qui l'ai vu il est sous chimio il est venu pour une angine hein on lui a fait le test je crois qu'il était négatif le test (réflexion) ... il a eu des antiinflammatoires et en fait c'était une angine à staph et il a fait une complication très rare de l'angine un abcès avec atteinte de la carotide etc. ça lui a pris tout là il a fini en réa quand même !ouais donc lui ça nous a un peu marqué quand on a reçu le courrier de la réa quand même et je connaissais pas du tout cette complication carotidienne pulmonaire c'est un syndrome je sais plus comment il s'appelle... ah le syndrome de Lemierre (regarde sur l'ordi)... septicémie post angine, une maladie rare mais grave, jeunes adultes surtout des hommes causée principalement par la bactérie *fusobacterium necrophorum*) qui est la deuxième cause d'angine bactérienne après les streptocoques hémolytiques de groupe A quand même hein voilà . Après faudrait peut-être faire un test qui cherche les deux ? Voilà le cas qui m'a marqué et il a eu des antiinflammatoires ! moi-même, même les corticoïdes hein parce que c'est vrai que les ORL sur les phlegmons ils mettent Augmentin corticoïdes moi je ne mets pas de corticoïdes c'est l'ORL qui fait c'est le spécialiste qui décide ce n'est pas moi »

**M10 durée de l'entretien : 13min59**

Sexe homme/âge 30ans/durée d'installation 6 mois en permanence médicale milieu urbain/40 consultations en moyenne par jour toutes les 15 minutes/30% de pédiatrie



*Parlez-moi de l'angine*

*« Une consultation d'angine... les gens qui arrivent et qui me disent en général j'ai très mal à la gorge ça traîne alors souvent ils viennent ça fait au moins 48 heures ils viennent pas d'entrée en général donc heu bah moi je demande depuis combien de temps heu ,est ce qu'ils arrivent à manger correctement ,est ce qu'il y a des symptômes associés hein, si il y a de la toux si ça fait plutôt quelque chose d'ORL, général ou si c'est vraiment juste centré sur l'angine heu puis après l'examen tout simplement voir si on a des amygdales si on a une gorge érythémateuse sans amygdale si on a des adénopathies heu voilà puis après en fonction évidemment le TDR si on voit des grosses amygdales on peut faire un prélèvement, un TDR »*

*Voyez- vous d'autres types d'angine comme herpangines etc. ?*

*« Non je n'en vois pas de ça »*

*Utilisez-vous des scores ?*

*« Oui le Mac Isaac pfff je l'utilise quelques fois voilà »*

*Comment jugez-vous l'instauration d'antibiotique ?*

*« bah le TDR systématiquement moi dès que je vois des amygdales c'est systématique heu puis après bon ça dépend du contexte si c'est quelqu'un qui arrive pas à ouvrir la bouche qui est très inflammé ou qui menace de vomir à chaque fois et on peut pas faire le test là je me base plutôt sur la durée, si ça traîne vraiment depuis longtemps qu'il est pas bien voilà, l'antériorité, si ça fait plus de soixante-douze heures que ça traîne heu j'aurai plus tendance à mettre des antibiotiques si c'est quelque chose d'aigu on sait pas trop non j'en mettrai pas. »*

*« Non c'est plutôt pff enfin ce qui a le plus d'impact sur moi c'est plutôt le retentissement sur son mode de vie à lui s'il a mal bon ok mais non c'est plutôt s'il arrive à manger, à boire correctement »*

*Et si le test est négatif ?*

*« En général j'ai tendance à faire confiance au test, je mets très rarement des antibiotiques sur un test négatif voilà après je ne cache pas que ça m'est arrivé s'il y a des symptômes très bruyants des grosses amygdales vraiment quelque chose de très inflammé je mets des antibiotiques mais je mets qu'en si besoin je dis vous attendez 48*

*heures si à 48 heures ça n'a toujours pas bougé avec le traitement antalgique antiinflammatoire là par contre je dis de débiter les antibiotiques »*

*Si l'angine est blanche et test négatif ? « Non je fais confiance au test »*

*Les antécédents du patient ou comorbidités ont-ils un impact sur votre prescription que le test soit positif ou négatif ?*

*« Là ça joue si le test est négatif si c'est quelqu'un qui est un peu fragile un peu à risque ouais sur un terrain cardiovasculaire ORL ou pulmonaire ça peut jouer oui, je vais être plus prudent forcément chez ces gens- là, on est un peu moins confiants à ce moment- là donc heu oui par précaution »*

*Cela vous arrive de douter des résultats du test quand c'est négatif et que la clinique est invalidante ?*

*« Bah au début je me disais ça mais en fait à force je vois tellement de trucs différents qui n'ont pas forcément de symptomatologie bruyante et des amygdales pas énormes ça revient positif ou alors des grosses amygdales ça revient négatif que non finalement je fais confiance »*

*Un médecin m'a parlé de la possibilité de deuxième prélèvement en laboratoire ou de réalisation de CRP qu'en pensez-vous ? Cela vous est-il déjà arrivé de prescrire de tels prélèvements ?*

*« Pff ça m'est arrivé une fois où j'ai vraiment eu un gros doute mais sinon c'est tout c'était quelqu'un qui avait vraiment des antécédents d'angines bactériennes sur les quatre dernières années à la même époque de l'année le test est revenu négatif grosse symptomatologie des adénopathies des énormes amygdales heu là il était bien bien , j'ai envoyé effectivement c'était justifié. »*

*Quels seraient pour vous les avantages et inconvénients du test ?*

*« Les avantages ça serait la fiabilité quand même heu je le trouve quand même assez fiable, c'est quand même assez rapide sur un temps de consultation de médecine générale heu sur une angine il n'y a pas cinq cent trucs à examiner heu donc ça va quand même heu assez vite heu les inconvénients heu bah oui bon il n'est pas fiable à 100% mais pff à part ça moi je ne vois pas beaucoup d'inconvénients c'est quand même assez pratique de faire un TDR »*

*Chez les enfants comment faites-vous en pratique ?*

*« Ouais moi moins de trois ans je ne fais jamais. Entre trois et six si j'aurai plus tendance à le faire heu voilà non je fais les recos bêtes et méchantes moins de trois ans je ne fais pas, plus de trois ans je fais »*

*Subissez-vous une pression des patients sur la prescription d'antibiotiques ?*

*« C'est plus des questions... non ce n'est pas vraiment de la pression mais ouais y'en a encore qui disent 'heu il me faut l'antibiotique' heu pas forcément que pour l'angine hein pour tout et rien aussi pour la grippe mais oui pour l'angine oui yen a beaucoup qui pensent que c'est systématique l'antibiotique »*

*Est-ce que les patients connaissent le test ?*

*« Un sur deux ouais yen a ils me disent 'qu'est- ce que vous faites ?' heu ils me voient sortir le truc faire le mélange heu qu'est- ce qu'il fait ? mais après ouais un sur deux globalement »*

*Est-ce que le moment de la consultation par exemple vieille de week-end ou en soirée a un impact sur votre prise en charge ?*

*« Heu nan j'essaye d'en tenir le moins possible compte non non ça ne change pas grand-chose »*

*J'ai lu qu'en 2017 40% des médecins généralistes avaient commandé les tests qu'en pensez-vous ?*

*« Oui je crois que je l'ai lu cet article, ça m'étonne pas trop »*

*Réalisation du TDR en pharmacie*

*« (soufflement) je suis pas trop fan hein, déléguer au pharmacien des gestes cliniques comme ça même si c'est un test rapide et basique moi c'est quelque chose qui me choque profondément voilà, moi je suis pas très très fan de ça pour moi le clinicien reste un clinicien ça reste un test clinique donc heu ouais je suis pas très très fan de ça, que chacun reste bien à sa place sans aucun manque de respect hein du tout mais voilà après si on commence à mélanger les trucs les patients ils sont perdus aussi hein alors vous pouvez aller faire ça chez le pharmacien mais ça vous le faites chez le médecin puis après enfin bref voilà et puis ça prend que dalle quoi si on est bien*

*organisé tu examines d'abord la gorge tu fais ton test tu fais le reste de l'examen pendant que c'est en train de mijoter puis voilà c'est réglé ça prend cinq minutes donc désengorger les consultations des médecins pour un petit test comme ça ....»*

*Avez-vous un cas clinique qui vous a marqué ?*

*«ouais j'avais eu un garçon de quatorze ans et il était arrivé vraiment il était pas bien ça faisait plus de 24 h qu'il mangeait quasiment rien même l'eau au bout d'un moment ça lui faisait mal, vraiment pas bien et il avait des amygdales vraiment énormes c'était érythémato-pultacé c'était vraiment le truc heu bref donc je lui ai fait le test, le test est revenu négatif voilà et c'est justement cette fois-là que j'ai envoyé au deuxième prélèvement et c'est revenu positif mais c'était pas un strepto enfin c'était une bactérie qui n'avait rien à faire là de base, rapports buccaux génitaux quoi voilà »*

### **M11 durée de l'entretien 23 min**

*Homme/âge 73 ans / durée d'installation 45 ans/type d'activité urbaine en cabinet de groupe/ consultations en moyenne par jour 20 à 25 toutes les 20 minutes/ 5% de pédiatrie*

*Parlez- moi de l'angine*

*« Bah une consultation d'angine c'est déjà quelqu'un qui vient consulter avec des troubles de la déglutition des douleurs très souvent ils font tous seul le diagnostic parce que bon à moins que ce soient des enfants ils connaissent ils ont déjà eu ils disent ah oui mais ça j'ai déjà eu c'est une angine je connais les symptômes. D'accord bon donc mal de gorge, difficulté de déglutition heu parfois accompagnée d'un phénomène rhinopharyngé pas toujours tu vois fièvre mais pas toujours non plus c'est ça qui ... bon moi je suis partisan de traiter ici on a un gros différent dans ce cabinet là- dessus bon...heu et puis à l'examen ben une gorge rouge des ganglions des fois des points blancs amygdales pas amygdales on s'en fout y'a des fois des gens opérés ça change rien au diagnostic il y a quand même une angine ou pharyngite point voilà »*

*Voyez-vous d'autres types d'angine ?*

*« Ah oui oui oui bien sur ça va de l'angine rouge à l'angine blanche avec des espèces de trucs un peu tu sais caséoux machin des trucs comme ça aussi oui »*

*Comment jugez-vous l'instauration d'antibiotiques ?*

*« moi personnellement je la juge déjà en fonction de mon intuition qui est vieille (sourire) parce que ça fait quarante- cinq ans que je suis installé cette année je me suis installé en juillet soixante-quinze t'étais pas née la...bon moi je juge une chose prioritairement l'efficacité c'est-à-dire qu'en fait moi ce que je veux c'est que les gens qui viennent me voir soient guéris rapides parce que très souvent surtout dans ce quartier où on est... c'est pas tellement des gens demandeurs d'arrêt de travail ici tu vois donc ce sont des gens qui sont dans des activités physiques des activités pardon heu professionnelles qui bougent qui vont qui viennent qui ont pas que ça à faire c'est pas des employés d'EDF qui veulent rester quinze jours à la maison et attendre voilà... donc quand je vois les symptômes, le degré de gêne qu'ils ont, l'aspect que ça a, la présence de ganglions la notion de température moi je mets un antibio j'attends pas de faire le test machin et tout voilà. Je le fais pas ça me gonfle c'est une perte de temps et très souvent en plus c'est des tests qui peuvent te dire que oui c'est viral mais tu sais comme moi que très souvent les infections virales voient venir par-dessus des germes opportunistes qui sortent deux ou trois jours après, ce qui fait que même mes collègues de cabinet font deux ordonnances ; le plan A et le plan B dans trois jours vous allez pas mieux vous faites ça etc. les gens ça les gonfle je te le dis ça les gonfle, très souvent ils respectent pas ou si ils respectent moi je te dis neuf fois sur dix ils passent au plan B et le plus terrible c'est quand ils viennent ici le samedi matin où ils repartent avec une ordonnance de doliprane après avoir attendus deux heures dans la salle d'attente je te dis pas comment ils sont contents le lundi ils ont passé un week-end pourri c'est de pire en pire et ils viennent me voir ils ont pas eu le plan B ils me disent moi je suis venu samedi matin on m'a donné du doliprane maintenant j'ai 39 regardez ma gorge j'en peux plus etc. voilà donc moi ce machin je m'en sers pas voilà. »*

*Vu que vous ne faites pas le test sur quels éléments physiques ou à l'interrogatoire vous basez-vous ?*

*« Le fait que ce soit érythémato pultacé c'est un argument direct flagrant. Je confonds toujours les données de l'examen aux données du patient parce que moi je dis toujours*

*le patient il est son premier médecin il te le dit lui il sent les choses tu vois. En plus très souvent dans les angines particulièrement ce sont des sujets qui sont souvent sujets à ça tu vois c'est des récidivistes souvent c'est rare de voir un mec de quarante ans c'est sa première angine de sa vie tu vois ...bon le mec il a trente/quarante ans il me dit ah ouais putain ça j'en ai eu une tonne quand j'avais dix-huit ans maintenant ça s'est calmé là depuis quelques années j'en ai d'autres mais je roule en moto heu tu vois bon donc ils le savent eux voilà donc et très souvent à l'inverse le mec il vient il dit 'je vous préviens moi je veux des antibiotiques hein' ouais il y en a qui te disent ça d'emblée... je dis 'bon heu on va voir' mais bon très souvent il a sonné à la bonne porte parce que moi je suis pour. »*

*Vous ressentez une pression de leur part pour l'antibiotique ?*

*« Ah non la pression pas forcément mais par contre le mec me dit 'moi je veux celui-ci' je lui dis écoutez non heu vous prenez une ordonnance vous la faites vous-même' »*

*L'antériorité des symptômes a-t-elle un impact sur votre prescription ?*

*« Oui oui...ah oui absolument encore plus ! ça me motive encore plus à le faire oui encore plus oui sept jours c'est bon il va attendre encore combien de temps une semaine ? ce n'est pas la peine »*

*Et l'intensité des symptômes ?*

*« Oui bien sûr il y en a qui me disent je peux plus avaler heu je ne peux même pas boire un verre d'eau heu oui bien sûr ! »*

*En ce qui concerne les antécédents du patient et comorbidités ?*

*« Ah oui bien sûr le mec il a une cardiopathie raison de plus je veux dire qu'il n'aille pas me faire une péricardite ou une saloperie comme ça donc je suis encore plus prescripteur la dessus bronchite chronique qui va évoluer sur un foyer respiratoire encore plus... »*

*Avez-vous peur des complications ?*

*« Non ce n'est pas une peur c'est que de toute façon s'il y a un foyer infectieux il ne demande qu'à s'étendre voilà donc un argument supplémentaire je veux dire, on traite »*

*Utilisez-vous des scores ? Vous n'utilisez pas le test du coup ?*

*« Non je ne m'en sers pas »*

*Comment faites-vous chez les enfants ?*

*« Non j'avoue que je suis assez uniforme là-dessus. Surtout quand j'ai un enfant qui arrive qui a le nez farci tu vois avec une gorge rouge qui a de la fièvre heu oui là je traite bon un petit enfant qui a le nez qui coule avec une gorge moyenne qui n'a pas de fièvre on va rester simple hein on va donner des gouttes nasales on va donner éventuellement un peu de maxilase ou un antiinflammatoire quelconque ou du doliprane bien sur la oui »*

*La consultation de veille de week-end ou tard dans la journée a-t-elle un retentissement sur votre prescription ?*

*« Oui, ça dépend un peu de la demande du patient là aussi c'est vrai que le type qui me dit 'moi demain j'ai une réunion vachement importante il faut que je sois soigné heu c'est un argument de plus pour me dire bon on y va hein »*

*Pourquoi pas de test alors ?*

*« Parce que je considère que ça ne m'apporte rien d'ailleurs ça fait perdre du temps ça prend du temps et qu'en plus je ne suis pas convaincu même si c'est viral je te dis comme je sais très bien que les infections virales dégénèrent souvent heu je pense que c'est une perte de temps. J'anticipe si tu veux parce que même les états grippaux actuels tu as vu les mecs sont quand même aux antibiotos on leur donne du Tamiflu heu ouais je veux bien mais neuf fois sur dix ça se termine avec un antibio. J'ai essayé d'en faire ça m'a gonflé et puis c'est toujours une petite agression aussi selon l'enfant tu vas lui balancer un truc et tout ça me gonfle ouais »*

*Le test est-il fiable pour vous ?*

*« Pff sans doute que c'est efficace mais l'information que ça m'apporte à moi ne m'intéresse pas »*

*Quels seraient du coup les avantages et inconvénients du test ?*

*« Moi je n'en vois aucun d'avantages si j'avais vu un avantage je l'aurais fait. Inconvénients heu la perte de temps et puis l'inconvénient je te dis je vais faire un test*

*pour faire du cinéma auprès des gens parce qu'il est arrivé qu'il y ait des gens qui me disent 'ah mais moi on me fait le test pour être sûr que... mais moi j'ai un médecin il me faisait toujours le test avant de me donner un médicament etc. etc.' je leurs dis écoutez oui moi je l'ai mais je le fais pas parce que je pense que ça sert à rien »*

*Réalisez- vous d'autres examens ?*

*« Alors ça ce qui m'arrive de faire par contre c'est qu'effectivement tu vois quelqu'un avec un aspect d'angine typique voire d'angine vraiment moche tu donnes un traitement au bout de trois/quatre jours ça ne va pas mieux tu vois heu ou alors il guérit une semaine après ils récidivent là je fais faire un prélèvement au labo carrément pour voir s'il y a une résistance ou autre voilà »*

*En visite à domicile ?*

*« Alors encore plus je vais me trimballer avec ça merci hein ! (Rire) »*

*J'ai lu qu'en 2017 40% des médecins généralistes avaient commandé ces tests qu'en pensez-vous ?*

*« alors je vais te dire alors nous on en commande on en a des tonnes le problème c'est que la sécu nous impose presque de les commander parce que en fait ils auront le sentiment que comme on les commande ça veut dire qu'on les fait et eux dans leurs statistiques avec les ROSP les machins trucs ils ont l'impression que puisqu'on les a commandé on en fait donc ils sont tous contents donc à la limite ce qu'il faudrait qu'on fasse de temps en temps c'est de les jeter tu vois c'est une aberration voilà mais eux ils me disent... d'ailleurs une fois on m'a dit 'mais vous en commandez pas beaucoup' heu parce que tu fais les commandes par internet mais il y a mes collègues 'nan mais il faut que vous en commandiez de temps en temps' pff alors j'en commande de temps en temps histoire de faire joli. Moi je suis dans un seuil haut d'antibiotiques je le sais bah oui mais bon mais moi à l'inverse je peux aussi leur retorquer que en donnant des antibiotiques j'ai peut-être moins d'arrêt de travail tu vois ce que je veux dire parce qu'avec un antibio le type en quarante-huit heures il est remis sinon il te traîne donc heu ...eux leur argument c'est qu'ils te disent les antibiotos ça crée des résistances etc.*

*Oui ok on est d'accord mais moi je veux pas non plus soigner les gens aujourd'hui comme en 1960 quoi hein voilà... avec les antibiotos les gens sont guéris beaucoup plus vite hein moi je prends mon exemple perso moi je suis sujet aux angines je me connais*



*hein, un lundi matin il n'y a pas très longtemps avant les vacances je me suis levé hm j'étais à la pharmacie je veux ça , déjà ?! oui oui je me connais bah le lendemain j'allais mieux et deux jours après j'avais quasiment plus rien et moi je sais que sinon.... quand j'étais plus jeune heu même au début de mon installation j'étais très non il faut pas en prendre etc. je me retrouvais avec des angines mais c'était l'HORREUR tu vois le truc à plus pouvoir avaler, un mal de gorge mais atroce et là je l'enraile direct hein amoxicilline je prends, et les arrêts bah les gens avec l'antibio au bout de trois jours ils peuvent aller bosser si c'est viral une semaine donc aussi bien il y a un impact aussi sur l'absentéisme »*

#### *Réalisation du TDR en pharmacie*

*« oui je te dis tout de suite j'en pense le plus grand mal parce que les gens ils iront pas ils ont pas confiance même tu sais au niveau des vaccins la grippe ils sont censés en faire ils ont dû en faire très peu hein ils ont pas confiance les gens. il y a un moment le pharmacien c'est le pharmacien le médecin c'est le médecin ici il y a quelque chose d'intime enfin je veux dire ça reste entre guillemets « un commerçant » c'est comme les gens ils disent maintenant qu'on peut avoir un examen de la peau à la pharmacie tu as vu qu'ils font ça maintenant ?ah oui oui ils ont des dermoscopes pour te dire si c'est un épithélioma ou si c'est une verrue bénigne bah oui mais les gens ça leur plait pas moi je vais pas montrer mon dos à quelqu'un que je connais pas parlons pas de parties plus intimes...hein tu vois donc non ça a pas de sens. Bon après s'il m'appelle et que ça va dans le sens de ma façon de voir c'est-à-dire s'il y a un antibio à mettre on y va mais bon de toute façon les pharmaciens ils ne feront jamais ça ils t'envoient toujours le malade »*

*Et les patients qui viennent avec une demande de prescription d'antibiotiques car le pharmacien leur a délivré ?*

*« Ah bah ça c'est totalement illégal ils n'ont pas le droit de le faire là ils sont hors normes là ils n'ont pas le droit de faire ça ça ne m'est jamais arrivé bon il se trouve que les pharmaciens là on les connaît donc jamais ils se permettront ça. Après je ne leur enlève pas les qualités qu'ils peuvent avoir au niveau du diagnostic ou autre simplement ils n'ont pas d'initiatives à prendre comme ça d'ailleurs ils ne peuvent délivrer une ordonnance tu sais ce que ça veut dire ordonnance c'est un ordre ils n'ont pas à prendre d'initiatives »*

*Avez-vous eu un cas clinique qui vous a marqué ?*

*« Je vais te raconter une histoire vraie je vois un mec que je ne connaissais pas il y a quelques années de ça, il vient me voir il me dit ' j'ai mal à la gorge mais mais vous n'allez pas me donner d'antibiotiques ?' il rentre il s'assoit il commence par ça, c'est à dire d'entrée je lui dis mais je vais vous voir et je vous dirai un peu ce dont vous avez besoin...mais c'est viral me dit-il mais comme ça je lui dis attendez on va regarder je regarde il avait une angine vraiment moche je lui dis écoutez heu moi je vous dis franchement je pense que vous avez besoin d'antibiotiques mais de toute évidence vous n'en voulez pas donc je vais vous donner autre chose c'était le lundi d'accord le mercredi j'avais une secrétaire je vous passe Monsieur machin il me dit au téléphone ' vous vous rappelez de moi...il me dit c'est là le gag je suis Président du tribunal d'Aix j'ai une session très importante de demain je peux plus parler j'aurai du vous écouter c'est pour dire l'entêtement des gens »*

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



# Résumé

**Introduction :** Les recommandations préconisent de repérer les angines streptococciques via la réalisation d'un test de diagnostic rapide (TDR) afin d'évaluer la nécessité ou non d'instaurer une antibiothérapie adaptée. Depuis 2002, les TDR sont mis à disposition des médecins par l'Assurance Maladie afin de réduire la prescription d'antibiotiques aux seules angines à streptocoque de groupe A et ainsi limiter l'émergence de résistances bactériennes. Dans cette étude nous avons voulu comprendre la place du TDR dans la prise en charge de l'angine. L'objectif principal de l'étude était de savoir si les médecins généralistes utilisaient ou non le TDR, d'identifier les freins à son utilisation et de préciser les déterminants aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

**Matériel et Méthode :** Nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés sur Marseille. Les entretiens semi dirigés individuels étaient effectués au sein de leur cabinet et enregistrés avec accord du médecin après rappel sur l'anonymat des données.

**Résultats :** Malgré les efforts de santé publique, Le TDR reste encore sous utilisé par les médecins, ses résultats seuls ne sont parfois pas jugés suffisant pour justifier ou non l'antibiothérapie. Des critères cliniques et « extra-cliniques » influencent les médecins à prescrire une antibiothérapie. La fiabilité du test est remise en doute. L'idée que le TDR ne détecte que le streptocoque et qu'il ne peut donc exclure totalement une origine bactérienne revient souvent. Un bilan biologique ou deuxième prélèvement avec culture en laboratoire est alors envisagé hors recommandations. Les habitudes ancrées de chaque médecin semblent difficilement modifiables.

**Conclusion :** Ce constat doit amener à une remise en question individuelle et collective afin d'améliorer et d'adapter notre pratique future, l'enjeux étant de réduire au maximum la prescription inappropriée d'antibiotiques limitant ainsi le phénomène d'antibiorésistance.

**Mots clés :** angine, pharyngitis, TDR, étude qualitative, antibiorésistance