

GUIDES ET NORMES

Initier une mesure diagnostique et
thérapeutique chez une personne qui
présente des signes et symptômes
d'une pharyngite-amygdalite

Rapport en soutien au protocole médical
national

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Initier une mesure diagnostique et
thérapeutique chez une personne qui
présente des signes et symptômes d'une
pharyngite-amygdalite

Rapport en soutien au protocole médical national

Rédaction

Marie-Pierre Rousseau

Collaboration

Marie-Chloé Boulanger

Renée Charpentier

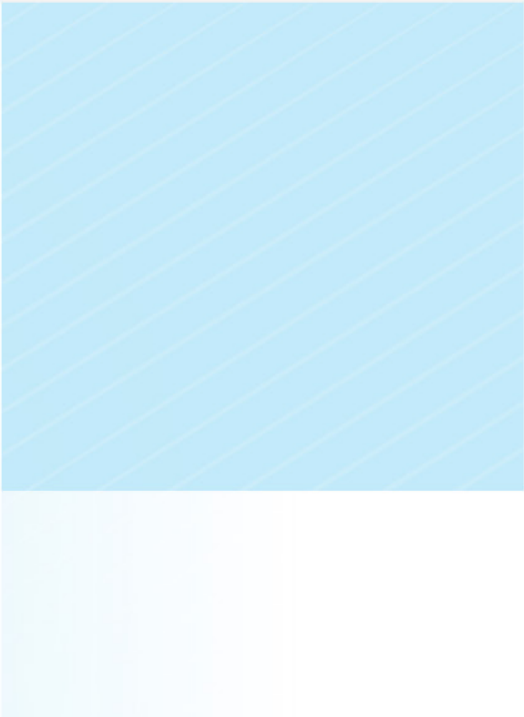
Coordination scientifique

Frédéric St-Pierre

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Marie-Pierre Rousseau, B. Pharm., M. Sc.

Collaboratrice interne

Marie-Chloé Boulanger, Ph. D.
Renée Charpentier, inf. clin., consultante

Coordonnateur scientifique

Frédéric St-Pierre, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. adm.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Soutien administratif

Laura Guiol

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Gilles Bordage, révision linguistique
Mark Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-555-01228-8 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Initier une mesure diagnostique et thérapeutique chez la personne qui présente des signes et symptômes d'une pharyngite-amygdalite. Rapport en soutien au protocole médical national rédigé par Marie-Pierre Rousseau. Québec, Qc : INESSS; 2025. 33 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

D^r Samuel Boudreault-Larochelle, médecin de famille, Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Saint-Charles-Borromée, Lanaudière

D^r Michel Cauchon, médecin de famille, GMF-U Maizerets, Québec

M^{me} Fany Dumont, pharmacienne communautaire et au GMF de Rouyn-Noranda

D^r Frédéric Faucher, pédiatre, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Susan Imhoff, conseillère en prévention et contrôle des infections, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie

D^r Philippe Morency-Potvin, microbiologiste-infectiologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

M^{me} Anne-Marie Nadeau, conseillère cadre clinicienne, CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

D^r Jesse Papenburg, infectiologue-pédiatre, Hôpital de Montréal pour enfant

D^r Christian Renaud, microbiologiste-infectiologue, Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine

M^{me} Annie Zaor, pharmacienne d'établissement, présidente du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) de la Montérégie, CISSS de la Montérégie Centre

Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

D^{re} Émilie Vallières, microbiologiste-infectiologue, CHU Sainte-Justine

M^{me} Cynthia Patry, pharmacienne, GMF Maska et GMF Saint-Mathieu-de-Beloeil, Montérégie-Est

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier la personne suivante qui a contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

M^{me} Nadia Bordeleau, infirmière clinicienne, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Déclaration d'intérêts

Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ces documents. Les membres de l'équipe de projet déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Les parties prenantes qui ont déclaré des intérêts et des rôles susceptibles de les placer en situation de conflit sont mentionnés ci-dessous.

D^r Frédéric Faucher : co-auteur d'une étude d'évaluation de la qualité de l'acte médical sur la prévalence et la prise en charge de l'infection à streptocoque du groupe A au sans rendez-vous pédiatrique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) (avril 2024).

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES	VI
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS	3
1.1 Méthodologie sommaire	3
1.2 Description des documents retenus	4
2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	5
2.1 Protocole médical national	5
2.1.1 Situation clinique et indication à l'application du protocole	5
2.1.2 Contre-indications à l'application du protocole.....	7
2.1.3 Appréciation de la condition de santé	10
2.1.4 Prélèvement et analyse.....	13
2.1.5 Conduite thérapeutique	15
2.1.6 Informations à transmettre	17
2.1.7 Limites ou situations qui exigent une consultation médicale.....	18
2.2 Modèle d'ordonnance collective	19
2.2.1 Exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance.....	19
2.2.2 Exemples de limites ou de situations qui exigent une consultation médicale.....	20
FORCES ET LIMITES	21
CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX	22
MISE À JOUR.....	23
RÉFÉRENCES	24
ANNEXE I	25
Méthodologie détaillée.....	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Score de Centor modifié.....	10
Tableau I-1	Critères de formulation des recommandations	31

RÉSUMÉ

Introduction

La pharyngite et l'amygdalite, virales ou bactériennes, sont une cause fréquente de consultation en première ligne au Québec. Les services de détection des streptocoques du groupe A (SGA), les principales bactéries en cause dans les pharyngites-amygdalites bactériennes, sont offerts à la population dans certains points de service locaux ainsi que dans certaines pharmacies sur le territoire. L'élaboration d'un protocole médical national (PMN) et d'un modèle d'ordonnance collective (OC) associé a pour objectif de favoriser une pratique uniforme à l'échelle provinciale et de fournir les outils nécessaires aux professionnels de première ligne pour prendre en charge la pharyngite-amygdalite à SGA.

Méthodologie

Le PMN et l'OC associée ont été rédigés dans le contexte d'une publication existante de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux sur la pharyngite-amygdalite, mise à jour en 2017. Les recommandations du PMN reposent donc principalement sur ce document, ainsi que sur une recension sommaire des recommandations récentes des sociétés savantes en Amérique du Nord et sur un processus de consultation de parties prenantes dans les domaines d'expertise pertinents, soit la microbiologie et l'infectiologie, la pédiatrie, la médecine familiale, les soins infirmiers et la pharmacie.

Résultats

Au terme du processus de triangulation de l'information recueillie des documents retenus et des données issues des consultations, les constats et messages clés suivants ont été reconnus comme porteurs pour soutenir l'harmonisation de la pratique clinique et faciliter la prise en charge des personnes qui présentent des signes d'une pharyngite-amygdalite à SGA.

Distinguer la pharyngite-amygdalite à SGA

Le protocole médical national vise les personnes de 3 ans et plus qui présentent un mal de gorge, mais ne devrait pas être appliqué chez certaines personnes qui présentent certains signaux d'alarme et qui devraient donc être orientées vers les soins médicaux appropriés, notamment en cas de fièvre avec une atteinte de l'état général, ainsi que les personnes pour qui un prélèvement dans le pharynx est contre-indiqué selon les méthodes de soins informatisées.

La pharyngite-amygdalite à SGA se présente généralement avec au moins une des manifestations cliniques suivantes : des ganglions cervicaux antérieurs sensibles ou enflés, un exsudat ou une enflure des amygdales et de la fièvre supérieure à 38 °C. La présence de ces symptômes n'est toutefois pas spécifique à une infection à SGA, et une

infection virale est tout de même probable. Par conséquent, le calcul du score de Centor modifié est recommandé pour identifier, parmi les personnes qui présentent ces symptômes, celles qui sont plus susceptibles d'avoir une infection bactérienne à SGA. Un test de détection du SGA devrait être effectué en cas de score de Centor modifié de 3 ou plus, afin de confirmer la nature bactérienne de l'infection et d'éviter d'administrer des antibiotiques inutilement en cas de pharyngite virale. Bien qu'un test de détection du SGA soit utile pour confirmer une impression clinique, le calcul du score de Centor modifié n'est toutefois pas nécessaire chez les personnes qui présentent des signes de scarlatine, étant donné que cette condition est caractéristique d'une infection au SGA.

Plusieurs tests de détection du SGA sont disponibles : la culture bactérienne, le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) et le test rapide de détection antigénique du SGA. En l'absence de facteurs de risque de complication de la pharyngite à SGA, n'importe lequel de ces tests peut être utilisé, selon les disponibilités locales. Toutefois, étant donné sa sensibilité inférieure, un résultat négatif à un test rapide de détection des antigènes du SGA devrait être confirmé par une culture sur un deuxième prélèvement chez les personnes de moins de 15 ans, les personnes qui ont des antécédents de complication d'une pharyngite à SGA et les personnes qui résident dans une communauté autochtone. Lorsqu'aucun test de détection n'est disponible et que le score de Centor est supérieur ou égal à 3 chez une personne qui réside dans une communauté autochtone, le traitement antibiotique devrait toutefois être initié empiriquement vu le risque plus élevé de complication chez cette personne.

Traiter l'infection à SGA confirmée

La pénicilline V est le traitement de premier choix de la pharyngite-amygdalite à SGA chez l'enfant et chez l'adulte. Toutefois, l'amoxicilline pourrait être envisagée comme option alternative, notamment lorsque la personne ne peut avaler les comprimés de pénicilline V. Cependant, comme des antécédents d'allergie aux antibiotiques de la classe des β lactamines sont souvent rapportés, mais que plusieurs de ces cas ne constituent pas de réelles allergies, toute allergie médicamenteuse rapportée devrait être évaluée et documentée avant de considérer l'administration d'une option alternative à la pénicilline ou à l'amoxicilline. Pour clarifier cette démarche, l'algorithme d'aide à la décision détaillé dans le guide d'usage optimal de l'INESSS publié en 2017 a été ajouté en annexe du protocole médical national. Cet algorithme précise notamment les situations où la pénicilline V ou l'amoxicilline peuvent être prescrites avec prudence ou doivent être évitées, tout en proposant différentes options alternatives qui peuvent être considérées selon la situation, dont la céphalexine et le céfadroxil, ou encore la clarithromycine, l'azithromycine ou la clindamycine lorsqu'une β lactamine ne peut être administrée.

Conclusions

La publication de ce PMN pour la prise en charge de la pharyngite-amygdalite à SGA devrait donc contribuer à favoriser une prise en charge rapide et adéquate de ce type d'infection et à uniformiser la pratique des différents milieux et des différents professionnels de la santé. Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique dépendront toutefois notamment de la diffusion du PMN et du modèle d'OC, ainsi que de l'adhésion aux changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés.

Mise à jour

La pertinence de mettre à jour le PMN et le modèle d'OC associé sera évaluée lors de la prochaine mise à jour du guide d'usage optimal de l'INESSS sur la pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte et selon les besoins du réseau de la santé et des services sociaux.

SUMMARY

Initiating a diagnostic and therapeutic measure in a person with signs and symptoms of pharyngitis/tonsillitis

Introduction

Pharyngitis/tonsillitis, viral or bacterial, is a frequent reason for consultations in primary care in Québec. Services for detecting Group A streptococci (GAS), the main pathogens responsible for bacterial pharyngitis/tonsillitis, are available to the population at some local points of service and at certain pharmacies in the province. The aim of developing a national medical protocol (NMP) and related collective prescription (CP) template is to promote a uniform practice across the province and to provide front-line professionals with the necessary tools for managing GAS pharyngitis/tonsillitis.

Methodology

The NMP and related CP were drafted in connection with an existing Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) publication on pharyngitis/tonsillitis that was updated in 2017. The recommendations in the NMP are therefore based on this report, as well as on a brief review of recent recommendations from learned societies in North America and on consultations with stakeholders in the relevant areas of expertise, namely, microbiology, infectious diseases, pediatrics, family medicine, nursing and pharmacy.

Results

Upon completion of the triangulation of the information gathered from the selected publications and the data from the consultations, the following key findings and messages were considered to have the potential to support the harmonization of clinical practice and to facilitate the management of persons with signs of GAS pharyngitis/tonsillitis.

Distinguishing GAS pharyngitis/tonsillitis

The national medical protocol applies to people 3 years of age and older with a sore throat but should not be applied to certain people with warning signs and who should therefore be referred for the appropriate medical care, in particular, those with fever and impaired general health, or to those in whom taking a throat swab is contraindicated according to the computerized nursing methods.

GAS pharyngitis/tonsillitis usually manifests with at least one of the following: tenderness or swelling of the anterior cervical lymph nodes, tonsillar exudate or swelling and fever above 38 °C. However, the presence of these symptoms is not specific to SGA infection, and a viral infection is quite likely. Consequently, the modified Centor score calculation is recommended for identifying, among those people with such symptoms, those who are

more likely to have a bacterial GAS infection. A GAS detection test should be performed if the modified Centor score is 3 or higher in order to confirm that the infection is bacterial in nature to avoid administering antibiotics needlessly to a person with viral pharyngitis. Although a GAS detection test is useful for confirming a clinical impression, it is not necessary to calculate the modified Centor score in people with signs of scarlet fever, given that this condition is characteristic of GAS infection.

A number of GAS detection tests are available: bacterial culture, nucleic acid amplification test (NAAT) and rapid GAS antigen detection test. In the absence of risk factors for complicated GAS pharyngitis, any of these tests can be used, depending on local availability. However, given its lower sensitivity, a negative rapid GAS antigen detection test result should be confirmed with a culture on a second specimen in people under the age of 15 years, people with a history of GAS pharyngitis complications and people who live in an aboriginal community. However, when no detection test is available and the Centor score is 3 or higher in a person living in an aboriginal community, antibiotic therapy should be initiated empirically, given their higher risk of complications.

Treating confirmed GAS infection

Penicillin V is the treatment of first choice for GAS pharyngitis/tonsillitis in children and adults. However, amoxicillin may be considered an alternative, especially when the person is unable to swallow penicillin V tablets. However, a history of allergies to the class of β -lactam antibiotics is often reported, but since many of these cases are not true allergies, any drug allergy reported should be assessed and documented before considering administering an alternative to penicillin or amoxicillin. To clarify this process, the decision support algorithm presented in INESSS's optimal use guide published in 2017 has been included in an appendix to the national medical protocol. Among other things, the algorithm indicates situations where penicillin V or amoxicillin can be prescribed with caution or should be avoided and proposes different alternatives that can be considered according to the situation, such as cephalexin and cefadroxil, or clarithromycin, azithromycin or clindamycin when a β -lactam cannot be administered.

Conclusions

Publishing this NMP for the management of GAS pharyngitis/tonsillitis should therefore help promote prompt, appropriate management of this type of infection and standardize the practice of the different facilities and health professionals. However, upgrading and harmonizing the practice will depend mainly on the dissemination of the NMP and related CP template, and on adherence to the changes and the uptake of the recommendations by the health professionals concerned.

Update

The advisability of updating the NMP and related CP template will be determined during the next update of INESSS's optimal use guide on GAS pharyngitis-tonsillitis in children and adults and on the basis of the health and social services system's needs.

SIGLES ET ACRONYMES

AGREE-II	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation</i>
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DNSSI	Direction nationale des soins et services infirmiers
EBM reviews	<i>Evidence-based Medicine Reviews</i>
GMF	Groupe de médecine de famille
GPC	Guide de pratique clinique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Ordonnance collective
PIPOH	Population, intervention, professionnels, paramètres d'intérêt (<i>outcomes</i>), contexte de l'intervention (<i>health care setting</i>)
PMN	Protocole médical national
RAA	Rhumatisme articulaire aigu
SGA	Streptocoque du groupe A
UOM	Usage optimal du médicament

INTRODUCTION

Problématique

Le mal de gorge et la pharyngite représentent plus de 2 à 5 % de toutes les visites ambulatoires de première ligne des populations adulte et pédiatrique [MSSS, 2024a]. Globalement, le streptocoque du groupe A (SGA) est responsable de 20 à 30 % des pharyngites ou amygdalites chez l'enfant et de 5 à 15 % des pharyngites ou amygdalites chez l'adulte [CDC, 2024]. Les virus sont responsables de la majorité des pharyngites-amygdalites [Sauve *et al.*, 2021] et la pharyngite virale est habituellement autorésolutive [MSSS, 2024a]. En cas de pharyngite ou d'amygdalite bactérienne, l'antibiothérapie permet de prévenir les complications et la transmission de l'infection de personne à personne [INESSS, 2017a]. Au Québec, certains points de service locaux offrent le service de détection du SGA. Toutefois, les ordonnances collectives pour initier une mesure diagnostique et une mesure thérapeutique pour la pharyngite-amygdalite à SGA varient d'un réseau territorial des services de santé et de services sociaux (RTS) à l'autre. Parmi les ordonnances collectives repérées, la majorité s'adresse aux infirmières, mais certaines d'entre elles, notamment dans les régions de la Montérégie et de Lanaudière, permettent aux pharmaciens communautaires d'effectuer le prélèvement pour faire la détection rapide de l'antigène du SGA et de prescrire la thérapie médicamenteuse appropriée.

Contexte de l'amorce des travaux

Afin d'améliorer l'accès aux services de santé préventifs pour la population, le ministre de la Santé a annoncé en avril 2024 que la détection du SGA serait désormais offerte dans de nombreux points de service locaux au Québec [MSSS, 2024b]. Pour soutenir le MSSS et Santé Québec dans l'objectif d'offrir ce service à l'ensemble de la province et d'harmoniser les pratiques, l'INESSS a amorcé des travaux visant l'élaboration d'un protocole médical national (PMN) et d'un modèle d'ordonnance collective (OC) associé permettant aux infirmières et aux autres professionnels habilités d'initier une mesure diagnostique et une mesure thérapeutique pour la pharyngite-amygdalite à SGA.

Objectifs

Ces travaux ont comme objectif de recenser les meilleures pratiques cliniques concernant la détection du SGA en vue d'élaborer un PMN et un modèle d'OC qui permettront :

- d'outiller les professionnels de première ligne et ainsi d'améliorer la détection et la prise en charge de cette infection bactérienne;
- de favoriser une pratique harmonisée à l'échelle provinciale quant aux modalités de détection et de traitement de cette condition.

Livrables

- Protocole médical national
- Modèle d'ordonnance collective
- Rapport en soutien aux outils cliniques
- Tutoriel

Aspects exclus

- Activité réservée sans ordonnance non liée à l'application de la présente ordonnance;
- Recension de données scientifiques ou de normes portant sur des aspects liés à l'implantation et au déploiement des PMN et du modèle d'OC associé;
- Recension de données scientifiques, de normes ou de recommandations portant sur des aspects économiques et organisationnels.

Certaines considérations ou enjeux en lien avec ces aspects exclus seront toutefois relevés à l'occasion des consultations auprès des différentes parties prenantes et, le cas échéant, seront intégrés au rapport sous forme de pistes d'amélioration.

1 MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS

1.1 Méthodologie sommaire

Le protocole médical ainsi que le modèle d'ordonnance collective associée ont été rédigés dans le contexte d'un guide d'usage optimal existant sur la pharyngite-amygdalite. L'objectif était de réaliser une recension sommaire des données publiées et de mobiliser les savoirs clés afin de soutenir les professionnels de la santé et des services sociaux à l'aide d'un protocole à l'échelle provinciale. Ainsi, les constats et les recommandations qui en découlent ne reposent pas sur un repérage exhaustif des données publiées, mais sur un processus de consultation. La méthodologie complète pour mener à terme ces travaux est décrite à l'[annexe I](#) du présent document.

Question décisionnelle : Quelles sont les modalités de bonne pratique relatives à la confirmation de l'origine bactérienne et au traitement pharmacologique des pharyngites-amygdalites?

Sources de données : L'élaboration du protocole médical national et de l'ordonnance collective associée s'appuie principalement sur l'information et les recommandations contenues dans le guide d'usage optimal (GUO) sur la pharyngite-amygdalite mis à jour par l'INESSS en 2017 [INESSS, 2017a]. Par ailleurs, une recherche manuelle de la littérature grise a été réalisée pour repérer les guides de pratique clinique (GPC) les plus récents en Amérique du Nord sur la prise en charge du mal de gorge et de la pharyngite à SGA en consultant, entre autres, les sites Web des sociétés savantes, des organismes gouvernementaux et des associations professionnelles. Des outils cliniques (p. ex. protocoles, ordonnances collectives, ordonnances individuelles préimprimées) élaborés par des établissements de santé au Québec et disponibles sur Internet ou recueillis par courriel auprès d'infirmières ont été recensés.

Consultation de parties prenantes : Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ces travaux. Un comité consultatif a été mis sur pied au démarrage du projet. Le comité était composé principalement de médecins spécialistes en microbiologie-infectiologie et en pédiatrie, ainsi que de médecins de famille, de professionnels infirmiers et de pharmaciens. Les discussions ont permis de comparer l'information recensée à celle issue de la pratique clinique québécoise, puis d'obtenir de l'information permettant de répondre à des questions d'évaluation, absente des documents retenus ou partielle. Les barrières et facteurs facilitants de l'implantation de ce PMN ont également été colligés auprès des parties prenantes consultées, tout comme les enjeux éthiques et sociétaux associés à l'objet des présents travaux. Le protocole médical national, le modèle d'ordonnance collective et le rapport en soutien ont été envoyés à deux lecteurs externes pour qu'ils évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale de ces documents. Enfin, une consultation de futurs utilisateurs potentiels de différentes régions du Québec a été réalisée par le biais d'un sondage en ligne afin de recueillir leurs commentaires sur les outils.

1.2 Description des documents retenus

Le guide de pratique clinique de la Société canadienne de pédiatrie publié en 2021 et le guide de pratique clinique américain des U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publié en ligne en 2024 ont été retenus, ainsi que la mise à jour 2017 du GUO de l'INESSS sur la pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte. Le guide du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur la prévention et le contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec ainsi que les méthodes de soins informatisées sur le prélèvement des voies respiratoires supérieures ont également été consultés.

2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

2.1 Protocole médical national

Les sous-sections suivantes présentent la synthèse des données sur lesquelles s'appuient les recommandations à la base du protocole médical national (PMN) et du modèle d'ordonnance collective (OC) associée.

2.1.1 Situation clinique et indication à l'application du protocole

La pharyngite est une condition fréquente qui se traduit par une inflammation de l'oropharynx. Elle est appelée amygdalite s'il y a une atteinte des amygdales. Bien que les pharyngites-amygdalites soient majoritairement d'origine virale [Sauve et al., 2021], elles peuvent également être d'origine bactérienne, principalement par une infection par le streptocoque du groupe A (SGA). Les documents retenus mentionnent que la pharyngite-amygdalite à SGA survient rarement chez les enfants de moins de 3 ans [CDC, 2024; Sauve et al., 2021]. Certains signes et symptômes peuvent caractériser la pharyngite-amygdalite à SGA, notamment un début abrupt des symptômes, la présence d'adénopathies cervicales antérieures sensibles, d'exsudats amygdaliens et de fièvre [CDC, 2024; Sauve et al., 2021; INESSS, 2017a]. D'autres signes et symptômes peuvent suggérer la présence d'une pharyngite à SGA, toutefois ils sont moins spécifiques [CDC, 2024; Sauve et al., 2021; INESSS, 2017a] :

- Douleur à la déglutition;
- Inflammation des amygdales et du pharynx;
- Maux de gorge importants;
- Nausées;
- Pétéchies palatines;
- Rash scarlatiniforme;
- Vomissements et, parfois, douleurs abdominales, particulièrement chez les enfants.

À l'inverse, un début graduel des symptômes, l'absence de fièvre et la présence de rhinorrhée ou de toux suggèrent généralement qu'il s'agit plutôt d'une infection virale [INESSS, 2017a].

Les membres du comité consultatif appuient l'information présentée ci-dessus et soulignent que le protocole devrait viser les personnes de 3 ans et plus qui présentent un mal de gorge. Ils ajoutent que l'objectif est de traiter un épisode aigu et que le délai de 9 jours après l'apparition des symptômes est plutôt long, considérant que la condition pourrait être en voie de guérison. Toutefois, étant donné que cette recommandation provient de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et qu'elle est mentionnée dans le GUO de l'INESSS, les membres du comité consultatif sont d'avis de conserver le délai

de 9 jours par souci d'uniformisation. Ils sont également d'accord pour inclure dans l'indication à l'application du protocole les personnes ayant au moins un des signes et symptômes suivants : des adénopathies cervicales antérieures sensibles, des exsudats amygdaliens ou de la fièvre supérieure à 38,0 °C. Toutefois, il est mentionné qu'une difficulté à qualifier la sensibilité des adénopathies cervicales est perçue sur le terrain. Puisque la seule présence d'adénopathies ne peut être considérée comme un critère pour repérer une pharyngite bactérienne, certains membres du comité consultatif proposent d'ajouter un critère de taille de l'adénopathie (p. ex. plus d'un centimètre) ou de remplacer le terme « sensibles » par « douloureuses ». Par souci d'uniformité et de clarté, les membres du comité consultatif s'accordent pour reprendre dans le PMN les termes utilisés par la SCP, soit « ganglions lymphatiques cervicaux antérieurs sensibles ou enflés », plutôt que les termes du GUO de 2017, c'est-à-dire « adénopathies cervicales antérieures sensibles » [Sauve *et al.*, 2021]. Par ailleurs, les membres du comité sont d'accord pour inscrire que la mesure de la température corporelle devrait être faite par voie buccale, rectale ou axillaire, mais il est mentionné qu'il serait préférable d'exclure les mesures de températures par voie cutanée, car elles sont généralement moins fiables.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – situation clinique et indication à l'application du protocole

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et à la suite du processus itératif avec les personnes consultées, les recommandations contenues dans le PMN devraient s'adresser aux populations suivantes :

Situation clinique ou clientèle :

Personne de 3 ans et plus qui présente un mal de gorge depuis moins de 9 jours.

Indication à l'application de ce protocole :

Personne qui présente au moins un des signes et symptômes suivants :

- des ganglions lymphatiques cervicaux antérieurs sensibles ou enflés;
- un exsudat ou une enflure des amygdales;
- de la fièvre supérieure à 38,0 °C (température buccale, rectale ou axillaire).

2.1.2 Contre-indications à l'application du protocole

Outre le fait que les peuples autochtones sont plus à risque de rhumatisme articulaire aigu (RAA) lors d'une infection à SGA, aucune information sur des contre-indications qui seraient applicables au PMN n'a été trouvée dans les documents de la SCP et des CDC [CDC, 2024; Sauve *et al.*, 2021]. Plusieurs contre-indications à l'application du protocole ont toutefois été repérées dans les ordonnances collectives provenant de diverses régions administratives du Québec, entre autres les suivantes :

- Femme enceinte;
- Personne greffée, sous immunosuppresseurs;
- Personne pour qui un prélèvement dans le pharynx est contre-indiqué;
- Douleur ou gonflement du cou, torticolis dû à un spasme musculaire, raideur au niveau du cou;
- Gonflement visible du palais mou, de la luette ou du plancher de l'oropharynx;
- Mal de gorge unilatéral sévère;
- Dysphagie avec incapacité de boire ou de manger;
- Dysphonie ou « existence d'une voix couverte appelée voix de patate chaude » (parler comme si l'on avait un objet chaud dans sa bouche);
- Hématurie;
- Hypersalivation (sialorrhée);
- Purpura;
- Pétéchies cutanées;
- Fièvre avec atteinte de l'état général;
- Stridor ou autres signes de détresse respiratoire (p. ex. : tachypnée, dyspnée, etc.);
- Trismus (contraction involontaire de la mâchoire).

Vu le grand nombre de contre-indications potentielles, les membres du comité consultatif ont d'abord souligné, dans un souci de clarté, que la section sur les contre-indications à l'application du PMN devrait être divisée en différentes sous-sections, par exemple 1) les signes et symptômes qui nécessitent une consultation médicale, 2) les conditions pour lesquelles il est possible de faire le prélèvement, mais qui devraient ensuite faire l'objet d'une orientation vers un médecin ou une IPS, et 3) les conditions pour lesquelles il est contre-indiqué de faire un prélèvement dans le pharynx. Ils soulignent que la présence de rhinorrhée évoque fortement une infection virale dans le cadre du diagnostic différentiel, mais n'exclut pas la présence de SGA. Selon l'expérience de certaines parties prenantes, la présence de vésicules ou d'ulcérations sur les piliers amygdaliens, la luette ou le palais mou exclurait le SGA et, par conséquent, devrait être une

contre-indication à l'application du protocole. Toutefois, cet élément ne faisait pas consensus au sein des membres du comité consultatif et n'a donc pas été retenu. Il est mentionné par ailleurs que les situations cliniques où le prélèvement dans le pharynx est contre-indiqué sont déjà détaillées dans les méthodes de soins informatisées et ne devraient donc pas apparaître dans le PMN.

Les membres du comité consultatif sont d'accord avec la SCP indiquant que les peuples autochtones sont plus à risque de RAA, une complication de l'infection à SGA. Par conséquent, ils considèrent que ces populations ne devraient pas être exclues du protocole médical national, contrairement à ce qui a été repéré dans certaines ordonnances collectives locales. Toutefois, il est mentionné que les critères pour traiter une pharyngite à SGA chez une personne ayant un antécédent de RAA sont différents, car on ne devrait pas attendre un résultat de culture avant de traiter cette personne ou de consulter un médecin, surtout s'il y a déjà une atteinte cardiaque liée à son RAA; il faudrait donc s'assurer que l'application du protocole n'engendre pas de délais trop élevés dans la prise en charge de cette personne. Par ailleurs, les membres du comité consultatif sont d'avis que la personne ayant des signes de scarlatine ne devrait pas être exclue du protocole, qu'elle pourrait avoir un prélèvement de gorge, mais qu'un score de Centor ne devrait pas nécessairement être calculé (voir la section suivante sur les signes et symptômes).

Les membres du comité consultatif sont d'avis qu'en présence de signaux d'alarme, la personne devrait être orientée rapidement vers les soins appropriés. Par ailleurs, il est mentionné que les signes et symptômes suggestifs d'une épiglottite ne sont pas uniquement attribuables à cette condition et ne devraient donc pas être inclus dans les contre-indications à l'application du PMN. Dans le contexte d'un mal de gorge, les membres du comité consultatif jugent qu'il est adéquat de considérer la présence d'une raideur au cou comme un signal d'alarme pour suspecter une méningite.

Par ailleurs, ils sont d'avis que le PMN peut être appliqué chez les personnes greffées sous immunosuppresseurs, ainsi que les femmes enceintes si elles satisfont aux critères cités précédemment concernant la situation clinique et l'indication, mais elles devraient être orientées vers un médecin ou une IPS si leur test de détection du SGA s'avère négatif. Il est mentionné que l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque et la femme qui allaite ne devraient pas apparaître dans la liste des contre-indications à l'application du protocole puisque ces personnes devraient être prises en charge de la même façon que la population générale.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – contre-indications à l’application du protocole

Au terme de l’analyse de l’ensemble de l’information recueillie et à la suite du processus itératif avec les personnes consultées, les situations suivantes ont été retenues comme contre-indications à l’application du PMN :

- ▶ Personne pour qui un prélèvement dans le pharynx est contre-indiqué (selon les méthodes de soins informatisées [MSI])
- ▶ Présence d’au moins un des signes ou symptômes suivants (**signaux d’alarme**) :
 - Fièvre avec atteinte de l’état général;
 - Stridor ou autres signes de détresse respiratoire (p. ex. : tachypnée, dyspnée, etc.);
 - Douleur ou gonflement du cou, torticolis dû à un spasme musculaire, raideur au niveau du cou;
 - Gonflement visible du palais mou, de la luette ou du plancher de l’oropharynx;
 - Hypersalivation (sialorrhée);
 - Mal de gorge unilatéral sévère;
 - Dysphagie avec incapacité de boire ou de manger;
 - Dysphonie ou « existence d’une voix couverte appelée voix de patate chaude » (parler comme si l’on avait un objet chaud dans sa bouche);
 - Hématurie;
 - Purpura;
 - Pétéchies cutanées;
 - Trismus (contraction involontaire de la mâchoire);
 - Vésicules ou ulcérations sur les piliers amygdaliens, la luette ou le palais mou.

2.1.3 Appréciation de la condition de santé

2.1.3.1 Signes et symptômes

Étant donné que la majorité des pharyngites-amygdalites sont d'origine virale, la confirmation de l'origine bactérienne de l'infection, soit par l'intermédiaire d'un test rapide ou d'une culture de gorge, est nécessaire selon la SCP avant de traiter une pharyngite avec des antibiotiques [Sauve *et al.*, 2021]. Le score de Centor permet d'identifier les personnes ayant une probabilité plus élevée d'infection à SGA, en attribuant un point pour la présence ou l'absence de certains signes et symptômes spécifiques à la pharyngite à SGA (voir le [tableau 1](#)). Le score de Centor modifié, également appelé score McIsaac dans la littérature, reprend les éléments du score de Centor et y ajoute ou retire des points en fonction de l'âge de la personne [INESSS, 2017a].

Tableau 1 Score de Centor modifié

Critères	Points
Fièvre supérieure à 38,0 °C	1
Absence de toux	1
Ganglions cervicaux antérieurs sensibles ou enflés	1
Présence d'exsudat ou enflure des amygdales	1
Âge de 3 à 14 ans	1
Âge de 15 à 44 ans	0
Âge de 45 ans ou plus	-1

* Adapté du GUO de l'INESSS et du guide de pratique de la SCP [INESSS, 2017a] [Sauve *et al.*, 2021].

Les membres du comité consultatif appuient l'utilisation du score de Centor modifié pour identifier, dans le cadre du PMN, les personnes chez qui un prélèvement devrait être effectué, à l'exception des personnes qui présentent des signes cliniques de scarlatine :

- soit un rash érythémateux et granuleux au niveau du tronc rappelant l'aspect du papier sablé, parfois accompagné d'une éruption plus foncée au niveau des plis de flexion (signe de Pastia);
- soit une langue rouge et bosselée, avec ou sans enduit blanchâtre, lui donnant l'aspect d'une framboise ou d'une fraise.

Bien que la scarlatine soit le résultat d'une réaction immunologique à une toxine produite par la bactérie et constitue donc une sorte de « signature » de l'infection à SGA, les membres du comité consultatif mentionnent que le signe de Pastia n'est pas toujours présent, que le signe de langue framboisée n'est pas toujours facile à reconnaître et que le diagnostic d'une scarlatine n'est pas nécessairement évident. Ils ajoutent toutefois que, lorsque ces signes sont reconnus, il devrait y avoir peu de doutes quant à la présence d'une infection à SGA. Les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est pertinent d'effectuer un prélèvement en présence d'un des deux signes suggestifs d'une scarlatine pour confirmer l'infection à SGA, sans calculer le score de Centor. Toutefois,

ils suggèrent d'ajouter au PMN une recommandation d'orienter la personne qui présente un des signes de scarlatine vers un médecin ou une IPS si le test de détection du SGA s'avère négatif.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – appréciation de la condition de santé — signes et symptômes

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et à la suite du processus itératif avec les personnes consultées, les recommandations suivantes ont été retenues :

Un score de Centor modifié devrait être calculé chez les personnes répondant à l'indication pour l'application du PMN avant d'effectuer un prélèvement de gorge, à l'exception des personnes qui présentent un des signes de scarlatine, soit :

- ▶ un rash érythémateux et granuleux au niveau du tronc rappelant l'aspect du papier sablé, parfois accompagné d'une éruption plus foncée au niveau des plis de flexion (signe de Pastia);
- ▶ une langue rouge et bosselée, avec ou sans enduit blanchâtre, lui donnant l'aspect d'une framboise ou d'une fraise.

2.1.3.2 Histoire de santé et médicamenteuse

La Société canadienne de pédiatrie recommande de « *confirmer la susceptibilité locale aux antimicrobiens dans la mesure du possible, en raison des taux élevés de résistance régionale* » chez les enfants présentant une anaphylaxie documentée aux pénicillines [Sauve *et al.*, 2021]. Les membres du comité appuient cette recommandation, car l'état de la situation concernant l'antibiorésistance du SGA au Québec à ce jour n'est pas bien documenté. Toutefois, il est également mentionné qu'étant donné que la pharyngite à SGA est une condition autorésolutive et que le résultat de la culture et l'analyse de la sensibilité pourraient prendre trois à quatre jours, une culture pourrait s'avérer inutile dans certains cas. Les membres du comité consultatif sont d'accord pour que la culture soit faite dans le cadre d'activités d'antibiogouvernance dans certaines régions. Cette particularité serait toutefois à ajouter dans les ordonnances collectives locales, lorsque cela est jugé pertinent.

Les membres du comité consultatif ont des avis partagés concernant l'application du protocole médical national chez les personnes ayant des allergies médicamenteuses, plus particulièrement une allergie aux pénicillines, étant donné la sensibilité moins élevée du SGA aux options alternatives à la pénicilline et le taux élevé de personnes présumées allergiques à la pénicilline qui ne sont pas réellement allergiques – sur 10 personnes qui rapportent des réactions présumées allergiques aux pénicillines, moins d'une personne recevra un réel diagnostic d'allergie à ces antibiotiques [INESSS, 2017b]. Ils soulignent que les réactions allergiques doivent d'abord être réévaluées avant de considérer l'administration d'une option alternative aux β lactamines pour traiter une pharyngite à SGA. Ils mentionnent par ailleurs que les rapports canadiens de surveillance du SGA invasif sont généralement rassurants, bien que la résistance demeure incertaine en ce

qui concerne les souches circulantes qui provoquent les pharyngites. Par ailleurs, il est mentionné qu'en Estrie, l'allergie médicamenteuse a été ajoutée parmi les limites à l'application de l'ordonnance collective régionale pour que les personnes concernées soient plutôt orientées vers un pharmacien. Cette décision aurait été prise pour faciliter la trajectoire puisque, dans le cas où le pharmacien serait en désaccord avec le choix fait par le premier professionnel de la santé (p. ex. l'infirmière), il doit légalement contacter le médecin signataire de l'ordonnance collective pour l'aviser du changement de traitement, ce qui pourrait complexifier le processus. Toutefois, il est également mentionné que le premier professionnel de la santé en contact avec la personne devrait évaluer et documenter correctement l'allergie, de façon complète, afin d'éviter d'orienter la personne vers un intervenant supplémentaire inutilement. Comme la trajectoire voulue pour ces personnes pourrait différer au niveau local, il a été convenu pour le protocole médical national de ne pas limiter la prescription d'un traitement seulement aux personnes ne présentant pas d'allergie médicamenteuse, des limitations supplémentaires pouvant être ajoutées dans les ordonnances collectives locales, lorsque souhaité.

Comme mentionné précédemment à la [section 2.1.2](#), les documents retenus mentionnent que certaines populations sont plus à risque de développer une complication de la pharyngite à SGA. Les personnes qui résident dans les communautés autochtones ainsi que les personnes ayant un antécédent de complications de la pharyngite à SGA devraient être identifiées pour que leur prise en charge soit adaptée.

Le guide d'usage optimal de l'INESSS mentionne qu'un contact prouvé dans les deux dernières semaines augmente la probabilité d'infection au SGA [INESSS, 2017]. En effet, le document des CDC mentionne que la proximité avec une personne souffrant de pharyngite est le principal facteur de risque d'infection et ajoute que les milieux bondés, y compris les garderies, les écoles et les milieux de détention, augmentent le risque de propagation du SGA [CDC, 2024]. Les membres du comité consultatif sont toutefois d'avis que le contexte épidémiologique ne change pas la prise en charge de la personne avec un mal de gorge et que le calcul du score de Centor, qui ne prend pas en considération l'épidémiologie, devrait être utilisé pour évaluer la probabilité d'une infection à SGA.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – appréciation de la condition de santé – histoire de santé et médicamenteuse

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et à la suite du processus itératif avec les personnes consultées, les éléments suivants ont été retenus pour l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait à l'histoire de santé et médicamenteuse :

Rechercher la présence des facteurs de risque de complications suivants qui peuvent changer la prise en charge :

- ▶ Antécédent de rhumatisme articulaire aigu (RAA);
- ▶ Personne résidant dans une communauté autochtone.

Rechercher les éléments suivants qui peuvent changer la conduite thérapeutique :

- ▶ Antécédent de réaction allergique médicamenteuse;
- ▶ Traitements antérieurs (dans la dernière année) pour une pharyngite à SGA.

2.1.4 Prélèvement et analyse

Un écouvillonnage des amygdales et de la paroi pharyngée postérieure est recommandé pour effectuer une culture bactérienne ou un test de détection rapide des antigènes, selon la Société canadienne de pédiatrie [Sauve *et al.*, 2021]. Sur la base de données de l'Ontario de 2015 – essentiellement une série de cas rétrospectifs – la SCP recommande de donner empiriquement un traitement antibiotique aux personnes qui résident dans une communauté autochtone lorsqu'aucun test de détection du SGA n'est disponible et que le score de Centor est de 3 ou plus, étant donné un risque plus élevé de RAA [Sauve *et al.*, 2021].

Les membres du comité consultatif sont d'accord pour recommander un prélèvement dans le pharynx chez les personnes qui répondent à l'indication et qui ont un score Centor supérieur ou égal à 3. Toutefois, il est mentionné que le seuil pour faire une culture à la suite d'un prélèvement devrait être plus bas chez les populations à haut risque de complications. Les membres du comité soulignent que le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) – par exemple le IDNow^{MD} – possède une plus grande sensibilité que le test rapide de détection des antigènes et ne nécessite pas de confirmation supplémentaire en cas de résultat négatif. En effet, la sensibilité des tests TAAN se situe autour de 98 % alors que celle des tests rapides de détection des antigènes du SGA est estimée à 85 %, ce qui pourrait entraîner des faux négatifs [Dubois *et al.*, 2021; Sauve *et al.*, 2021; Cohen *et al.*, 2020]. Les guides de pratique clinique recommandent d'ailleurs de procéder à une seconde analyse à l'aide d'une culture en cas de résultat négatif à un test antigénique chez les enfants de plus de 3 ans [CDC, 2024; Sauve *et al.*, 2021; INESSS, 2017a]; une confirmation de ce résultat n'est toutefois pas recommandée chez les adultes [CDC, 2024; INESSS, 2017a]. De plus, les membres du comité consultatif rappellent qu'un deuxième prélèvement dans le pharynx n'est pas

toujours possible chez les jeunes enfants et qu'une deuxième analyse par culture entraîne des délais supplémentaires qui pourraient être délétères chez les personnes à haut risque de complications. Il est mentionné que les laboratoires en Estrie ont demandé de retirer l'utilisation des tests rapides de détection des antigènes en raison de leur sensibilité et du potentiel de faux négatif, alors qu'en Montérégie, les tests de détection des antigènes sont disponibles et les parents d'enfants de moins de 15 ans sont avisés qu'un deuxième prélèvement pourrait être nécessaire si le résultat est négatif. Il est également mentionné qu'en principe, il ne faudrait pas complexifier le processus, limiter ou augmenter le nombre d'étapes pour faire obstacle au traitement chez les populations à haut risque de complications du SGA. Les membres du comité consultatif sont d'accord pour dire qu'un test rapide peut être effectué dans la majorité des situations et qu'en cas de résultat négatif d'un test antigénique chez une personne de 15 ans ou moins, une personne qui réside dans une communauté autochtone ou une personne qui a des antécédents de complications de SGA, une confirmation par culture devrait être obtenue. Par ailleurs, ils appuient les recommandations de la SCP indiquant que l'antibiothérapie devrait être prescrite d'emblée chez les personnes qui résident dans une communauté autochtone, en l'absence d'accès à un test rapide ou à une culture et en présence d'un score de Centor supérieur ou égal à 3.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – prélèvement et analyse

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et à la suite du processus itératif avec les personnes consultées, les recommandations suivantes ont été retenues :

Si le résultat du score de Centor modifié est de 3 ou plus :

- ▶ Effectuer un test de détection rapide du SGA (test antigénique¹ ou test d'amplification des acides nucléiques²) ou rédiger la requête appropriée pour demander une culture, selon la disponibilité locale.

! En cas de résultat négatif d'un test de détection rapide des antigènes du SGA¹, effectuer un 2^e prélèvement et rédiger la requête appropriée pour une culture, seulement pour les personnes :

- de moins de 15 ans;
- qui présentent des antécédents de complication d'un SGA (p. ex. RAA);
- qui résident dans une communauté autochtone.

- ▶ Chez les personnes qui résident dans une communauté autochtone, si aucun test de détection du SGA n'est disponible ET que le score de Centor modifié est de 3 ou plus, initier l'antibiothérapie sans faire de prélèvement (section 3.2 du PMN).

¹ Par exemple les trousses proposés par Rapid Response ou Innovacon.

² Par exemple ID Now^{MD}.

2.1.5 Conduite thérapeutique

Le traitement antibiotique de la pharyngite-amygdalite à SGA permet de réduire le risque de complication, de transmission de l'infection ainsi que la durée des symptômes [CDC, 2024]. Toutefois, le guide de l'INESSS souligne que l'antibiothérapie permet de diminuer la durée des symptômes d'environ une journée seulement [INESSS, 2017a].

La pénicilline V et l'amoxicilline sont les antibiotiques de premier choix pour traiter la pharyngite-amygdalite à SGA selon tous les guides retenus [CDC, 2024; Sauve *et al.*, 2021; INESSS, 2017a]. Les dosages recommandés de pénicilline varient quelque peu à travers les documents retenus, notamment en ce qui concerne le nombre de prises par jour et les dosages en fonction du poids en pédiatrie. La Société canadienne de pédiatrie recommande un dosage de pénicilline V de 250 à 300 mg deux ou trois fois par jour chez les enfants de 27 kg ou moins, et un de 600 mg deux ou trois fois par jour chez les enfants de plus de 27 kg [CDC, 2024; Sauve *et al.*, 2021]. Les CDC recommandent plutôt, chez l'adolescent et l'adulte, un dosage de pénicilline V de 250 mg quatre fois par jour ou de 500 mg deux fois par jour. Le guide d'usage optimal de l'INESSS recommande un dosage en fonction du poids de l'enfant, soit 50 mg/kg/j divisés en deux prises par jour, avec un maximum de 600 mg par dose et un dosage de 600 mg deux fois par jour chez l'adulte [INESSS, 2017a]. Au Québec, la pénicilline V est disponible uniquement sous forme de comprimés de 300 mg, ce qui explique pourquoi les dosages proposés par le guide américain ne sont pas applicables dans la province et pourquoi l'amoxicilline, disponible en formulation liquide, est utilisée chez les jeunes enfants incapables d'avaler des comprimés. Le dosage recommandé d'amoxicilline est identique dans tous les guides retenus, soit 50 mg/kg/j ou un maximum de 1000 mg par jour, réparti en une ou deux prises par jour [CDC, 2024; Sauve *et al.*, 2021; INESSS, 2017a]. La durée de traitement recommandée pour les deux antibiotiques est de 10 jours, toutefois les guides retenus mentionnent que la pénicilline G benzathine pour une seule dose (intramusculaire) pourrait être administrée, particulièrement chez les personnes ayant une difficulté à suivre un traitement de 10 jours [CDC, 2024; Sauve *et al.*, 2021].

Étant donné le taux élevé de personnes présumées allergiques à la pénicilline qui ne sont pas réellement allergiques, un algorithme facilitant le choix de l'antibiothérapie en présence d'une histoire d'allergie à la pénicilline avait été élaboré et intégré au GUO de l'INESSS. Cet algorithme présente le choix de l'antibiothérapie selon la sévérité de la réaction antérieure. Selon le GUO, la pénicilline V ou l'amoxicilline peuvent être prescrites avec prudence ou doivent être évitées dans certaines situations particulières, et la céphalexine et le céfadroxil pourraient être administrés dans les cas d'histoire floue d'allergie ou de réaction non sévère [INESSS, 2017a]. Toutefois, selon les trois documents consultés, ces molécules devraient être évitées chez les personnes qui ont eu une réaction allergique immédiate très sévère (choc anaphylactique) ou les personnes qui ont eu une réaction allergique retardée très sévère (p. ex. anémie hémolytique) [CDC, 2024; Sauve *et al.*, 2021; INESSS, 2017a]. Ainsi, selon l'ensemble des guides consultés, la clarithromycine, l'azithromycine ou la clindamycine pourraient être envisagées chez les personnes pour lesquelles il est recommandé d'éviter une β lactamine [CDC, 2024; Sauve *et al.*, 2021; INESSS, 2017a].

Les membres du comité consultatif sont d'accord pour conserver les recommandations de dosage, de durée de traitement et de choix de l'antibiotique en présence d'une allergie à la pénicilline, présentées dans le guide d'usage optimal de l'INESSS de 2017. Ils ajoutent que des données récentes de la littérature indiquent que la durée des traitements antibiotiques pourrait peut-être être réduite, bien qu'aucune société savante en Amérique du Nord n'ait émis de recommandation en ce sens pour le moment. Par ailleurs, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'une clairance à la créatinine en dessous de 30 ml/min et la dialyse pourraient nécessiter un ajustement de la posologie de certains antibiotiques, notamment l'amoxicilline. Il est considéré qu'un rappel devrait être ajouté sous le tableau des dosages pour s'assurer que le professionnel qui initie le traitement prend cet élément en considération.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – conduite thérapeutique

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et à la suite du processus itératif avec les personnes consultées, les recommandations suivantes ont été retenues :

Un traitement antibiotique, parmi ceux décrits dans les tableaux ci-dessous, devrait être amorcé en présence de l'une des situations suivantes :

- ▶ lorsqu'une infection au SGA a été confirmée par un test de détection rapide ou une culture;
- ▶ lorsqu'aucun test de détection n'est disponible et que le score de Centor modifié est de 3 ou plus, chez une personne qui réside dans une communauté autochtone.

CHEZ L'ENFANT				
	Antibiotique	Posologie	Dose quotidienne maximale	Durée
1 ^{er} choix	Pénicilline V ¹	50mg/kg/j PO ÷ BID ³	600 mg PO BID	10 jours
Option alternative	Amoxicilline ^{2,4}	50mg/kg/j PO ÷ BID ou 50 mg/kg PO DIE	500 mg PO BID ou 1000 mg PO DIE	10 jours
CHEZ L'ADULTE				
	Antibiotique	Posologie	Durée	
1 ^{er} choix	Pénicilline V ¹	600 mg PO BID	10 jours	
Option alternative	Amoxicilline ⁴	500 mg PO BID ou 1000 mg PO DIE	10 jours	

¹ La pénicilline V demeure l'agent de premier choix en raison de son efficacité et de son innocuité.

² Chez les enfants, l'amoxicilline peut être utilisée si le patient n'est pas capable d'avaler les comprimés.

³ Enfant de 27 kg ou moins : 300 mg PO BID; enfant de plus de 27 kg : 600 mg PO BID.

⁴ Un ajustement en cas d'insuffisance rénale pourrait être nécessaire.

! L'évaluation du statut allergique d'un patient rapportant un antécédent de réaction allergique aux pénicillines devrait être effectuée avant de considérer l'utilisation des options alternatives aux β lactamines.

- En cas d'allergie médicamenteuse documentée, suivre l'algorithme du GUO de l'INESSS sur la pharyngite-amygdalite. Brièvement :
 - la céphalexine et le céfadroxil pourraient être administrés dans les cas d'histoire floue d'allergie ou de réaction non sévère;
 - chez les personnes pour lesquelles il est recommandé d'éviter l'administration d'un antibiotique de la classe des β lactamines, la clarithromycine, l'azithromycine ou la clindamycine pourraient être envisagées. Toutefois, les sensibilités du SGA à ces antibiotiques ne sont pas connues.

2.1.6 Informations à transmettre

Deux documents mentionnent que « le retour à l'école ou en garderie est possible après 24 heures de traitement » [MSSS, 2024a; INESSS, 2017a]. De plus, ces documents soulignent qu'il est important de soulager la douleur et la fièvre par l'utilisation d'un analgésique/antipyrétique les premiers jours de l'apparition des symptômes [MSSS, 2024a; INESSS, 2017a].

Les membres du comité consultatif appuient ces recommandations, bien qu'il soit mentionné que des données de la littérature pourraient indiquer un isolement de seulement 12 heures en cas de résultat positif au SGA. Il est également mentionné que les mesures sanitaires (p. ex. lavage des mains, port du masque, distanciation) sont efficaces pour limiter la propagation des infections. Par ailleurs, il apparaît important de bien convenir avec la personne des modalités de transmission du résultat et des délais à anticiper lorsqu'une culture de gorge a été demandée pour que la personne soit bien informée de la suite des choses.

INFORMATION CLINIQUE – information à transmettre

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les personnes consultées, l'information à transmettre à la personne, son parent ou son tuteur légal est la suivante :

- ▶ Donner des renseignements concernant les façons de soulager la douleur ou la fièvre (p. ex. acétaminophène);
- ▶ En cas de culture de gorge, informer la personne des délais attendus et des modalités de transmission du résultat (et de l'ordonnance d'antibiotiques en cas de résultat positif à SGA);
- ▶ En cas de résultat positif à SGA :
 - informer la personne des modalités de transmission de l'ordonnance d'antibiotiques,
 - aviser la personne qu'elle devrait se placer en isolement,
 - informer le parent ou le tuteur légal, lorsqu'applicable, que le retour à l'école ou en garderie est possible après 24 heures de traitement, selon l'état général, et qu'une consultation avec un professionnel de la santé est nécessaire en l'absence d'amélioration ou en cas de détérioration de l'état de santé après 48 à 72 heures de traitement.

2.1.7 Limites ou situations qui exigent une consultation médicale

Des complications suppuratives de la pharyngite-amygdalite à SGA peuvent survenir en l'absence de traitement (p. ex. abcès amygdalien, adénite bactérienne) [INESSS, 2017]. Des complications non suppuratives peuvent également survenir (p. ex. la glomérulonéphrite post-streptococcique et la fièvre rhumatismale aiguë) [CDC, 2024; Sauve *et al.*, 2021]. La Société canadienne de pédiatrie mentionne par ailleurs que les communautés nordiques et autochtones sont à haut risque de développer de la fièvre rhumatismale aiguë [Sauve *et al.*, 2021].

Les membres du comité consultatif sont d'avis que le délai de 48 à 72 h pour orienter la personne vers un médecin ou une IPS en cas d'absence de réponse au traitement antibiotique est raisonnable. Ils sont également d'avis que les personnes qui ont reçu au moins trois traitements dans la dernière année ou un traitement dans les quatre semaines précédentes pour traiter une pharyngite à SGA devraient être orientées vers un médecin pour évaluer, entre autres, l'observance au traitement et la nécessité de faire une amygdalectomie. De plus, comme mentionné précédemment, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'en présence d'un résultat négatif de détection du SGA chez une personne qui présente au moins un des signes suggestifs de scarlatine, cette personne devrait être orientée vers un médecin ou une IPS pour identifier la cause de ses symptômes. Enfin, ils mentionnent qu'en présence d'une indication à l'application du protocole et d'un résultat négatif au test de détection du SGA, certaines populations

vulnérables comme les femmes enceintes et les personnes greffées sous immunosuppresseurs devraient consulter un médecin ou une IPS.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – limites ou situations qui exigent une consultation médicale

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et à la suite du processus itératif avec les personnes consultées, les situations qui exigent une consultation médicales devraient inclure les éléments suivants :

- ▶ 3 traitements pharmacologiques ou plus dans la dernière année, ou un traitement dans les 4 dernières semaines, pour une pharyngite à SGA;
- ▶ Femme enceinte avec un score de Centor de 2 ou moins;
- ▶ Résultat négatif chez :
 - une femme enceinte,
 - une personne greffée sous immunosuppresseurs,
 - une personne qui présente au moins un des signes suggestifs de scarlatine;
- ▶ Aucune amélioration ou une détérioration de la condition de santé après 48 à 72 heures de traitement antibiotique.

2.2 Modèle d'ordonnance collective

2.2.1 Exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance

Selon les membres du comité consultatif, les contre-indications à l'application de l'ordonnance collective sont les mêmes que celles décrites dans le protocole médical national.

INFORMATIONS CLINIQUES – exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance dans le modèle d'OC

L'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de dresser la liste suivante d'exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance dans le modèle d'OC :

- ▶ Mêmes contre-indications que celles spécifiées pour l'application du protocole médical national n° 888054.

2.2.2 Exemples de limites ou de situations qui exigent une consultation médicale

Selon les membres du comité consultatif, les situations qui devront mener à une consultation avec un prescripteur autorisé sont les mêmes que celles décrites dans le protocole médical national.

Comme mentionné précédemment, des limitations supplémentaires pourraient toutefois être ajoutées aux ordonnances collectives locales, lorsque cela est jugé pertinent. Par exemple, en cas d'allergie médicamenteuse, les membres du comité consultatif ont mentionné que l'ordonnance collective pourrait orienter la personne vers le pharmacien pour déterminer quel antibiotique est le plus approprié. De plus, une culture pourrait être demandée dans certains milieux pour mieux documenter la sensibilité du SGA aux antibiotiques qui n'appartiennent pas à la classe des β lactamines. Les membres du comité consultatif rappellent que les réactions allergiques doivent d'abord être réévaluées avant de considérer une culture de gorge chez une personne qui se déclare allergique à la pénicilline.

INFORMATIONS CLINIQUES – exemples de limites ou de situations qui exigent une consultation médicale dans le modèle d'OC

L'analyse de l'ensemble de l'information recueillie et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de dresser la liste suivante d'exemples de limites ou de situations qui exigent une consultation médicale dans le modèle d'OC :

- Mêmes limites que celles spécifiées pour l'application du protocole médical national n° 888054.

FORCES ET LIMITES

Les présents travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui reprend les travaux antérieurs de l'INESSS sur la pharyngite-amygdalite et les bonifie par une recherche documentaire simplifiée et concise ainsi qu'une consultation de parties prenantes engagées dans la prise en charge des pharyngites-amygdalites à streptocoques de groupe A, afin de livrer rapidement des outils aux professionnels de la première ligne.

Un comité consultatif constitué de cliniciens de différentes spécialités et expertises, y compris la médecine familiale, la pédiatrie, la microbiologie-infectiologie, la pharmacie et les soins infirmiers, a été mandaté pour valider les aspects scientifiques, fournir des éléments contextuels et la perspective clinique nécessaire aux travaux, ainsi que pour apprécier les enjeux d'acceptabilité et d'applicabilité des travaux. Par ailleurs, la validation du rapport par des lectrices externes (une microbiologiste-infectiologue et une pharmacienne) a permis de vérifier en amont de sa publication le contenu scientifique, la clarté et l'utilité des outils, et de déterminer des enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité relatifs aux recommandations transmises dans les outils cliniques. Afin de s'assurer que les outils cliniques découlant des travaux sont clairs, utiles à la pratique et adaptés à la réalité du terrain, plusieurs futurs utilisateurs potentiels pratiquant en première ligne et dans diverses régions du Québec ont aussi été consultés.

Bien que les travaux s'appuient sur des données récentes et des consultations auprès de cliniciens, des limites doivent toutefois être signalées. Tout d'abord, le processus de recherche documentaire ne repose pas sur une revue systématique de la littérature, et seules les dernières recommandations de la Société canadienne de pédiatrie et des Centers for Disease Control and Prevention ont été retenues pour bonifier les travaux de l'INESSS effectués en 2017. Il faut par ailleurs noter que, bien que ces documents aient été produits par des sociétés savantes bien reconnues, très peu d'information était disponible pour évaluer la rigueur du processus d'élaboration de ces guides, notamment par l'intermédiaire de la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II). Ensuite, les données québécoises d'antibiorésistance des souches de SGA impliquées dans la pharyngite-amygdalite ne sont pas disponibles. De plus, l'INESSS n'a pas effectué une évaluation et une appréciation des données scientifiques des études primaires sur l'efficacité et l'innocuité des traitements, mais plutôt une appréciation secondaire à la suite de l'interprétation faite par les auteurs des documents retenus. Par ailleurs, la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects économiques, organisationnels, éthiques, d'implantation et de déploiement n'ont pas été consultées et aucune analyse d'impact budgétaire concernant l'application des recommandations de traitements ou des différents tests pour faire les analyses microbiologiques n'a été réalisée. De plus, en raison de la portée des travaux qui concernent principalement les professionnels de la santé de première ligne, la perspective des personnes qui présentent un mal de gorge n'a pas été colligée, ni celle de citoyens. Enfin, la perspective des associations, fédérations et ordres professionnels, par le biais d'un comité de suivi, n'a pas été recensée dans le cadre de ces travaux.

CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

Les pharyngites ou amygdalites causées par les streptocoques du groupe A (SGA) peuvent mener à des complications, particulièrement chez certaines populations à risque. En l'attente de la mise en application du projet de loi 67, qui devrait procurer plus d'autonomie aux pharmaciens dans la prise en charge d'une personne qui présente un mal de gorge, les pharmaciens et les infirmières peuvent actuellement effectuer la détection des streptocoques du groupe A (SGA) et prescrire l'antibiothérapie appropriée par l'entremise d'une ordonnance collective. Différents milieux de soins de santé au Québec ont déjà élaboré leur propre ordonnance collective concernant la prise en charge de la pharyngite à SGA par une infirmière ou un pharmacien. Or, le contenu de ces ordonnances varie d'un milieu à l'autre. La publication d'un protocole médical national pour la prise en charge de la pharyngite-amygdalite à SGA devrait donc contribuer à favoriser une prise en charge rapide et adéquate de ce type d'infection et à uniformiser la pratique des différents milieux et des différents professionnels de la santé. Par ailleurs, la clarification et l'uniformisation des indications et des contre-indications à l'application du protocole pourraient faciliter l'orientation des personnes vers les bons professionnels de la santé (ou vers les bons services), notamment lorsqu'elles utilisent la plateforme de rendez-vous Clic Santé.

À terme, les changements et l'harmonisation de la pratique qui pourraient découler de ces travaux dépendront toutefois :

- de la diffusion du protocole médical national et du modèle d'OC;
- de l'adhésion à ces changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés;
- de l'engagement des gestionnaires de groupes de médecine familiale, des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens et des directions de soins infirmiers à adopter ou à adapter le modèle d'ordonnance collective de l'INESSS dans leur établissement, clinique médicale ou groupe de médecine familiale;
- de la mise en place de conditions gagnantes favorisant le travail interprofessionnel dans les différents milieux de soins, notamment en première ligne.

MISE À JOUR

La pertinence de mettre à jour les recommandations du PMN sera évaluée lors de la prochaine mise à jour du guide d'usage optimal de l'INESSS sur la pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte. Le cas échéant, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera réalisée afin de vérifier si de nouvelles publications pourraient avoir des répercussions sur le contenu des outils cliniques. Au besoin, les parties prenantes qui ont accompagné les travaux pourraient être consultées pour vérifier si elles considèrent les changements repérés comme étant significatifs d'un point de vue clinique.

RÉFÉRENCES

- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *J Clin Epidemiol* 2012;65(5):526-34.
- Cohen JF, Pauchard J-Y, Hjelm N, Cohen R, Chalumeau M. Efficacy and safety of rapid tests to guide antibiotic prescriptions for sore throat. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020;(6)
- Dubois C, Smeesters PR, Refes Y, Levy C, Bidet P, Cohen R, et al. Diagnostic accuracy of rapid nucleic acid tests for group A streptococcal pharyngitis: systematic review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection* 2021;27(12):1736-45.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte. Québec, Qc : INESSS; 2017a. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/Guide-PharyngiteAmygdalite.pdf>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Avis sur la standardisation des pratiques relatives aux allergies aux bêta-lactamines. Rapport rédigé par Geneviève Robitaille, Fatiha Karam et Mélanie Tardif. Québec, Qc : INESSS; 2017b.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec-Guide d'intervention, Chapitre 6. Québec, Qc : MSSS; 2024a.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Pour le patient - La détection du streptocoque du groupe A maintenant offerte dans plusieurs points de service locaux. Québec, Qc : MSSS; 2024b. Disponible à : <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pour-le-patient-la-detection-du-streptocoque-du-groupe-a-maintenant-offerte-dans-plusieurs-points-de-service-locaux-55250> (consulté le 2024-11-27).
- Sauve L, Forrester AM, Top KA. Group A streptococcal pharyngitis: A practical guide to diagnosis and treatment. *Canadian Paediatric Society*; 2021. Disponible à : <https://cps.ca/documents/position/group-a-streptococcal> (consulté le 2024-10-31).
- US Centers for Disease Control and prevention (CDC). Group A Strep Infection - About Strep Throat. Atlanta, GA : CDC; 2024. Disponible à : <https://www.cdc.gov/group-a-strep/about/strep-throat.html> (consulté le 2024-10-31).

ANNEXE I

Méthodologie détaillée

Question décisionnelle

Quelles sont les modalités de bonne pratique relatives à la confirmation de l'origine bactérienne et au traitement pharmacologique des pharyngites-amygdalites?

Questions d'évaluation

Dans le but de répondre au mieux aux besoins associés aux travaux, les questions d'évaluation ont été formulées selon les aspects cliniques à documenter. Elles l'ont été, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPOH (population à qui s'adresse l'intervention, intervention, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt [*outcomes*] ainsi que le milieu et le contexte de l'intervention [*health care setting*]).

DIMENSION CLINIQUE

Protocole médical national

Situation clinique et contre-indications

- 1) Quels sont les critères pour définir la situation clinique qui fait l'objet des travaux (détection du SGA)?
- 2) Quelles sont les contre-indications à l'application du protocole (p. ex. âge de la personne, signes ou symptômes suggestifs d'une infection virale, antécédent de RAA)?

Appréciation de la condition de santé

- 3) Quels sont les signes et symptômes à rechercher en lien avec la pharyngite-amygdalite bactérienne (lien avec la situation clinique et les contre-indications)?
- 4) Quels sont les conditions ou les antécédents médicaux à rechercher ou à documenter lors de l'appréciation de la condition de santé (p. ex. facteurs de risque)?
- 5) Quels sont les examens physiques à réaliser en lien avec la détection du SGA (p. ex. poids de l'enfant)?
- 6) Quelle est l'information liée à l'histoire médicamenteuse à rechercher lors de l'appréciation de la condition de santé (p. ex. allergie médicamenteuse)?

Test microbiologique

- 7) Quels sont les tests à effectuer pour la détection du SGA (p. ex. détection rapide d'antigène, culture)?
- 8) À quel moment ces analyses microbiologiques devraient-elles être réalisées?

Information à transmettre

- 9) Quels sont les renseignements ou les consignes à transmettre à la personne, à son proche aidant ou à l'équipe de soins (notamment à l'égard de l'isolement ou des mesures de prévention lors de l'obtention d'un résultat positif)?

Suivi

- 10) Quelles sont les modalités de suivi à prévoir (p. ex. reprise du test de détection, évaluation de l'efficacité du traitement)?
- 11) Quelles sont les situations qui exigent une attention ou des mesures particulières après l'initiation d'un test de détection ou d'un traitement pharmacologique du SGA (p. ex. absence de réponse au traitement, persistance des symptômes)?
- 12) Quelles sont les particularités liées à certaines populations (p. ex. groupe à risque) dont doit tenir compte le PMN?

Ordonnance collective

- 13) Quelles sont les situations ou les populations qui constituent des contre-indications à l'application de l'ordonnance collective?
- 14) Quelles sont les limites ou les situations exigeant :
 - a. une interaction avec l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou avec le médecin traitant?
 - b. l'orientation du patient vers une IPS ou un médecin?
 - c. l'orientation du patient vers un milieu hospitalier pour une consultation en urgence?

DIMENSION ORGANISATIONNELLE

- 15) Quels sont les enjeux organisationnels au regard du diagnostic et du traitement pharmacologique de la pharyngite-amygdalite à streptocoque du groupe A, y compris les aspects liés à l'implantation et au déploiement des recommandations?

DIMENSION ÉCONOMIQUE OU SOCIOCULTURELLE

- 16) Quels sont les impacts économiques et environnementaux de l'utilisation des tests de détection rapide, des cultures de gorge et des différents antibiotiques utilisés dans le traitement de la pharyngite-amygdalite à streptocoque du groupe A?

La méthodologie proposée pour réaliser le protocole médical national (PMN) et le modèle d'ordonnance collective (OC) associé respecte les normes de qualité de l'INESSS. Les questions d'évaluation ont été formulées selon les aspects à documenter. Pour répondre aux questions de la dimension clinique, une recherche documentaire a été réalisée et a été combinée à la collecte de savoirs expérientiels. Pour répondre aux questions des dimensions organisationnelle, économique et socioculturelle, aucune recherche de littérature n'a été effectuée et seule la collecte de savoirs expérientiels a été utilisée. L'analyse des informations a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur le savoir expérientiel des différentes parties prenantes consultées.

Méthode de synthèse de l'information clinique, des positions et des recommandations issues de la littérature

Recension manuelle de guides de pratique clinique ou de lignes directrices

L'élaboration du protocole médical national et de l'ordonnance collective associée s'est appuyée principalement sur l'information et les recommandations contenues dans le guide d'usage optimal (GUO) sur la pharyngite-amygdalite à SGA mis à jour en 2017 [INESSS, 2017a]. De plus, une recherche manuelle de la littérature a été effectuée en consultant les sites Internet d'agences d'évaluation, de sociétés savantes spécialisées dans le domaine, d'organismes de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux et paragouvernementaux aux niveaux national et international en lien avec le diagnostic et le traitement de la pharyngite-amygdalite à streptocoque du groupe A. Les mots clés suivants ont été utilisés pour effectuer cette recherche : « guideline », « sore throat », « streptococcal », « pharyngitis ». Cette recherche a permis de repérer et de retenir deux documents majeurs provenant de sources réputées du Canada ou des États-Unis :

- Le guide de pratique clinique de la Société canadienne de pédiatrie publié en 2021;
- Le guide de pratique clinique américain des U.S. Centers for Disease Control and prevention (CDC) publié en ligne en 2024.

Évaluation de la qualité méthodologique

L'évaluation de la qualité des documents sélectionnés a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques. L'outil d'évaluation de la qualité méthodologique AGREE II a été utilisé pour évaluer la qualité des guides de pratique clinique [Brouwers *et al.*, 2012].

Extraction des informations, des recommandations et des positions

L'extraction des recommandations cliniques et de l'information pertinente permettant de répondre aux questions d'évaluation a été effectuée par un professionnel scientifique à l'aide de tableaux d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Les extractions ont été validées par un deuxième professionnel scientifique.

Analyse critique et synthèse de l'information

Une synthèse narrative a été effectuée en soulignant les similitudes et les divergences entre les différentes positions et informations recensées.

Méthode de synthèse de l'information contextuelle

Type de revue de la littérature

Une revue narrative a été réalisée pour documenter l'information contextuelle pertinente relative au diagnostic et au traitement du SGA.

Stratégie de repérage et de collecte

Des outils cliniques (p. ex. protocoles, ordonnances collectives, ordonnances individuelles préimprimées) élaborés par des établissements de santé au Québec et disponibles sur Internet ou recueillis par courriel auprès d'infirmières ont été recensés et consultés par un professionnel scientifique. Les documents publiés par les différentes directions de l'INESSS, dont les outils cliniques en lien avec le thème des travaux, ont également été consultés, de même que les documents et sites Web du gouvernement provincial, d'associations, de fédérations et d'ordres professionnels.

Le guide du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur la prévention et le contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec a également été consulté.

Extraction des informations

L'extraction de l'information pertinente pour répondre aux questions d'évaluation a été faite par un seul professionnel scientifique à l'aide de tableaux d'extraction et une validation par une deuxième personne a été effectuée.

Analyse et synthèse

Une synthèse sous forme de tableau récapitulatif a été effectuée en soulignant les similitudes et les divergences de l'information recensée.

Méthode de synthèse des différentes perspectives recueillies à partir de consultations

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ces travaux. Les échanges lors des consultations ont permis de comparer l'information recensée à celle issue de la pratique clinique québécoise, puis d'obtenir de l'information permettant de répondre à des questions d'évaluation, absente des documents retenus ou partielle. Les barrières et facteurs facilitants de l'implantation de ce PMN ont également été colligés auprès des parties prenantes consultées, tout comme les enjeux éthiques et sociétaux associés à l'objet des présents travaux.

Stratégies de collecte, processus et approche pour garantir la qualité et l'intégrité des informations recueillies

Informateurs clés

Des informateurs clés ont été consultés de façon virtuelle afin de mieux cerner certains aspects spécifiques du projet. Les entretiens n'ont pas été enregistrés, mais les documents partagés par les informateurs clés ont été consignés dans un espace de travail commun.

Comité consultatif

Afin notamment de documenter la perspective des cliniciens, experts et chercheurs et de préciser les enjeux professionnels et organisationnels, un comité consultatif a été mis sur pied au démarrage du projet. Le noyau du comité était composé principalement de médecins spécialistes en infectiologie et en pédiatrie, auxquels ont été ajoutés des médecins de famille, des infirmiers et des pharmaciens. Le comité consultatif avait pour mandat d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique ainsi que l'acceptabilité des produits livrés, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Les rencontres du comité ont été enregistrées avec l'accord des participants. Le compte rendu de chaque rencontre a été rédigé par un professionnel scientifique. Ce document indique la date, le lieu, la synthèse des points saillants des rencontres et les précisions sur le suivi à effectuer. Le compte rendu a été validé par un autre membre de l'équipe et par les membres du comité présents aux rencontres. Ce document a été consigné dans un espace de travail commun.

Analyse et synthèse

L'information issue des consultations avec les parties prenantes a été extraite des transcriptions d'entrevues et du compte rendu par un professionnel scientifique en fonction des thèmes liés aux questions d'évaluation. Une portion de l'information ainsi extraite a été validée par un autre membre de l'équipe pour assurer la concordance avec ces thèmes. Ces documents ont servi de base pour étayer la perspective des parties prenantes dans l'ensemble des documents produits. Une synthèse narrative a été réalisée afin de comparer les informations tirées des différentes perspectives recueillies.

Processus et méthode d'élaboration des recommandations cliniques et des outils

Groupe de travail

L'élaboration des directives incluses dans le protocole médical national et dans le modèle d'ordonnance collective a été faite en collaboration avec le comité consultatif.

Processus et méthode de délibération

À partir de l'information recensée pour chaque question d'évaluation, notamment 1) l'information contextuelle, 2) l'information clinique ou les recommandations de bonnes pratiques cliniques issues de la recherche manuelle, 3) les perspectives des parties prenantes, l'équipe de projet a élaboré une version préliminaire du PMN et de l'OC associée qui contenait des propositions de directives cliniques et de recommandations qui ont été présentées au comité consultatif.

Les propositions de recommandations préliminaires ont été élaborées à partir des critères présentés ci-dessous (tableau 1), qui associent le choix du temps du verbe avec le niveau de confiance que les bénéfices d'adopter une recommandation excèdent les inconvénients et le degré attendu d'adoption de celle-ci. Pour ce faire, la qualité de la preuve, l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences des professionnels et des usagers et l'applicabilité des directives du PMN dans le contexte de la pratique au Québec ont été pris en considération. Le processus d'élaboration des documents a également nécessité d'examiner, avec le comité consultatif, la portée de leur application sur la population cible et les répercussions possibles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles. Les membres du comité ont échangé dans un processus délibératif informel sur l'ensemble de l'information présentée en vue d'élaborer ces documents. Le contenu a été retenu s'il avait obtenu l'approbation de la majorité des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée d'une recommandation ou sur la pertinence d'inclure cette recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée.

À la suite des rencontres, le protocole médical ainsi que le modèle d'ordonnance collective associée ont été envoyés par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires et faire les ajustements requis, le cas échéant.

Tableau I-1 Critères de formulation des recommandations

Niveau de consensus basé sur l'ensemble de la preuve	Interprétation des recommandations	Directive pour la formulation de la recommandation
Le groupe de travail est certain que l'intervention ou la décision est : ✓ associée à une obligation légale; ✓ peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé ou le bien-être de la population si elle n'est pas appliquée.	■ Pour la pratique L'intervention <u>doit ou ne doit pas être appliquée</u> à l'ensemble des patients, usagers ou proches aidants. ■ Pour les décideurs publics La recommandation <u>doit ou ne doit pas être appliquée</u> à l'ensemble des situations.	La recommandation est formulée comme une norme ou une obligation, en utilisant le verbe « devoir ».
Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que : ✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les bénéfices l'emportent sur les inconvénients ou l'inverse.	■ Pour la pratique L'intervention <u>devrait ou ne devrait pas être appliquée</u> à la grande majorité des patients, usagers ou proches aidants, dans la majorité des situations. ■ Pour les décideurs publics La recommandation <u>devrait être appliquée</u> à l'ensemble des situations.	La recommandation est formulée comme une instruction directe, en utilisant le verbe « devoir » à la forme conditionnelle, suivi d'un verbe d'action. <i>Exemples : « l'intervention X devrait être offerte... », « ...devrait être proposée... », « le clinicien devrait discuter... », « ...est fortement suggérée », « ...est non conseillée... », « ...ne permet pas de soutenir... »</i>
Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé que : ✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les bénéfices l'emportent sur les inconvénients ou l'inverse ; ✓ mais que d'autres options d'intervention ou d'autres choix décisionnels tout aussi efficaces, mais moins dispendieuses sont disponibles et peuvent être considérées.	■ Pour la pratique L'intervention <u>pourrait ou ne pourrait pas être appliquée</u> selon les circonstances cliniques, les valeurs ou les préférences des patients, usagers ou proches aidants. ■ Pour les décideurs publics La recommandation <u>pourrait être</u> appliquée selon le contexte organisationnel.	La recommandation est formulée comme une instruction directe; en utilisant un verbe « pouvoir » à la forme conditionnelle, <i>Exemple : « l'intervention X pourrait considérer... »; « l'usage de... pourrait être considérée... »</i>
Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que : ✓ Les données expérientielles sont suffisantes pour l'élaboration d'une recommandation applicable à la plupart des patients, usagers ou proches aidants ; ou à certains choix décisionnels.	■ Pour la pratique L'intervention <u>pourrait être considérée au cas par cas</u> selon les circonstances cliniques, les préférences et les valeurs des patients, usagers ou proches aidants. ■ Pour les décideurs publics Le choix décisionnel <u>pourrait être considéré au cas par cas</u> selon le contexte organisationnel.	Le verbe « considérer » est utilisé.

Outils complémentaires

Une vérification de l'applicabilité du modèle de formulaire de liaison a été effectuée. Si ce dernier n'était pas applicable, un formulaire spécifique au projet a été élaboré avec le comité consultatif.

Validation par les pairs

Le protocole médical national, le modèle d'ordonnance collective et le rapport en soutien ont été envoyés à deux lecteurs externes pour qu'ils évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale de ces documents. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur implication dans le domaine concerné et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec.

De plus, afin de s'assurer de la qualité globale des outils cliniques élaborés, de leur clarté et de leur applicabilité, ainsi que de la complétude de l'information présentée, une consultation de futurs utilisateurs potentiels de différentes régions du Québec a été effectuée par le biais d'un sondage en ligne afin de recueillir leurs commentaires sur les outils.

Tous les commentaires recueillis ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés au document final, s'il y avait lieu. Le nom et l'affiliation des lecteurs externes et des futurs utilisateurs sont présentés dans les pages liminaires du rapport en soutien aux travaux.

Confidentialité et considérations éthiques

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme afin de protéger l'identité des participants. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux a pris connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toute personne appelée à collaborer à ce dossier, à l'exception des informateurs clés qui ont été interrogés de façon ponctuelle et de manière spécifique sur les aspects précités, a déclaré les intérêts personnels qui la placent dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils soient commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Elle a également été invitée à déclarer les différentes activités professionnelles ou les rôles qui la placent dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Une telle déclaration est faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les déclarations remplies par les collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de projet. Cette évaluation a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles sont divulgués

publiquement dans les pages liminaires du rapport en soutien dans un but de transparence.

Gestion des références

La gestion des références a été faite par le logiciel bibliographique EndNote. Le fichier EndNote a été enregistré dans un répertoire électronique consacré au projet et géré par les membres de l'équipe de projet.

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

