

Pourquoi les généralistes prescrivent ils autant d'antibiotiques dans les infections respiratoires présumées virales ? Est il possible de faire autrement ?

C. Attali, UFR Créteil, D. Pouchain, UFR Créteil, JM. Cohen, Open Rome

Contexte. En matière d'antibiothérapie, il existe une discordance entre les recommandations de bonne pratique et les pratiques réelles des médecins généralistes.

Questions. Alors qu'il est bien connu que les antibiotiques sont inefficaces sur les virus, quelles sont les raisons profondes qui poussent les généralistes à prescrire des antibiotiques dans les infections respiratoires présumées « virales » ? Est il possible pour ces praticiens de faire autrement ? Quelles sont les stratégies qui leur permettent de surmonter ces obstacles ?

Hypothèse. Les pratiques des médecins : en situation génèrent des stratégies scientifiquement validables à condition de construire des savoirs grâce à la réflexion dans l'action.

Méthode. Pour mieux comprendre les déterminants de la prescription d'antibiotique dans des situations cliniques qui ne la nécessitent pas, il faut étudier le fonctionnement médecin/patient in vivo. PAAIR est une étude qualitative utilisant la technique de "l'incident critique" définie par Flanagan. L'incident critique est "une situation complexe" où la non prescription d'antibiotique, définie par un référentiel construit et validé par des infectiologues et des généralistes, est difficilement applicable du fait de l'apparition durant la consultation d'un événement jugé suffisamment significatif pour que la "non prescription" effective pose problème.

Deux types d'incidents critique ont été définis:

- L'incident critique à issue favorable (ICF) était défini par la non prescription d'antibiotique après adaptation stratégique du médecin.
- L'incident critique à issue défavorable (ICD) était défini par la prescription d'antibiotique du fait de l'échec de la stratégie mise en place ou du renoncement à la mise en place d'une stratégie de conviction et/ou d'application de non prescription par le médecin.

30 médecins généralistes enseignants d'Ile de France ont relevé un incident critique à évolution favorable et un à évolution défavorable chaque mois pendant 6 mois.

Résultats

206 situations cliniques ont été recueillies dont 184 analysables : 83 incidents à évolution favorable et 101 à évolution défavorable. Résultats quantitatifs

	Total % Tous patients	ICF % AB non prescrit	ICD% AB prescrit	p
Patient plutôt en forme	67,6	77,5	58,9	< 0,05
Patient fatigué ou très fatigué	32,4	22,5	41,1	< 0,05
Patient à risque	12,4	6,3	17,9	< 0,05
Faible certitude sur origine virale	8,9	1,4	15,5	< 0,05
Prescription antibiotique par conviction personnelle	26,0	12,9	37,5	< 0,05
Explication de la décision au patient	77,5	95,0	61,8	< 0,05
Satisfaction du médecin par rapport à sa décision	71,2	93,8	51,1	< 0,05

VIème Journée Nationale des GROG – Paris, 15 Novembre 2001

Les résultats qualitatifs concernant l'étude des stratégies pour tenter de suivre le référentiel et les conditions mises en place de ces stratégies suivant le type d'Incident critique seront exposés au cours de la présentation de l'étude.

Conclusion

Au delà de l'aspect quantitatif bien connu concernant la sur-prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires présumées virales, l'étude PAAIR apporte des éléments qualitatifs permettant de connaître les motifs de cette sur-prescription liées aux conditions d'exercice en ambulatoire (ou en soins primaires).

Bibliographie

- ¹ Guillemot D, Maison P, Carbon C, Balkau B, Vauzelle-Kervroëdan F, Sermet C, Bouvenot G, Eschwège E : Inappropriateness and variability of antibiotic Prescription among French Office-Based Physicians. J Clin Epidemiol 1998;51;1:61-68.
- ² Mc Isaac WJ and Goel V Sore management practices of Canadian family physicians. Family practice 1997;14:34-39
- ³ Observatoire National des prescriptions et consommations des Médicaments dans les secteurs ambulatoires et hospitaliers. Prescription et consommation des antibiotiques en Ambulatoire. Agence du médicament 1998
- ⁴ Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing : qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. BMJ 1998; 317 : 637-642
- ⁵ Conduite à tenir devant une infection respiratoire basse communautaire de l'adulte. recommandations élaborées par la société Française de pneumologie de langue Française avec la collaboration de la société de pathologie infectieuse de langue française à partir des recommandations de l'Européen Respiratory society. Rev Mal Respir, 1999, 16, 224-233 Masson, Paris, 1999
- ⁶ Conférence de consensus de Lille. Infections des voies respiratoires. Med Mal inf 1992;22:42-194
- ⁷ Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments dans les secteurs ambulatoires et hospitaliers. Prescription et consommation des antibiotiques en ambulatoire.. Agence du médicament 1998
- ⁸ Falcoff H, Aubert JP, Brami J, Carbon C, Perrone C : Elaboration d'un outil d'aide à la décision pour la prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires courantes de l'adulte : méthodologie, premiers résultats. Méd Mal Infect. 1997;27, Spécial:: 355-61.
- ⁹ J M Chabot Décision médicale : des théories pour des pratiques La Revue du Praticien;1997,47 :877-78
- ¹⁰ Bernadou A. Savoir théorique et savoirs pratiques. L'exemple médical. Savoirs théoriques et savoirs d'action 1996 Paris : PUF 1996.
- ¹¹ EBM Working Group. Evidence Based Medecine : a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA;1992,268:2420-25
- ¹² Pouchain D Evidence Based Medicine qu'est ce au juste Exercer 1998;45:3.
- ¹³ Schön A. Nouvelle épistémologie de la pratique. Savoirs théoriques et savoirs d'action Paris : PUF 1996
- ¹⁴ Saint Arnaud Y. Connaître par l'action . Presse Universitaire de Montréal 1992