

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2005

N°2

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Nicolas FARTHOUAT

Né le 6 juin 1976 à Bordeaux

Présentée et soutenue publiquement le 6 janvier 2006

ANTIBIOTIQUES ET BRONCHITE AIGUE :
Perceptions et stratégies cognitives en médecine générale.
Etude par focus group.

Président : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Docteur Pierre LE MAUFF

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
PREAMBULE	10
PREMIERE PARTIE : LA BRONCHITE AIGUE	11
I. Définition	11
II. Incidences des bronchites aiguës	11
III. Physiopathologie	12
IV. Anatomicopathologie	12
V. Etiologies	12
VI. Diagnostic	13
VII. Evolution	14
VIII. Surinfection bactérienne	14
IX. Traitement	14
DEUXIEME PARTIE : ANTIBIOTHERAPIE ET BRONCHITE AIGUE EN MEDECINE GENERALE	15
I. Définition des antibiotiques	15
II. Consommation d'antibiotiques : situation de la France	16
II.1. Indicateur d'exposition aux antibiotiques.....	16
II.2. Caractéristiques de la prescription d'antibiotiques.....	16
II.3. Evolution générale de la prescription d'antibiotiques entre 1980 et 2002.....	16
III. Les différentes situations cliniques et leur épidémiologie	17
IV. Le cas de la bronchite aiguë du sujet sain	18
IV.1. Revue de la littérature.....	18
IV.2. Recommandations de l'AFSSAPS : antibiothérapie par voie générale en pratique courante : bronchite aiguë de l'adulte.....	19
IV.2.1. Incidence de prescriptions d'antibiotiques.....	19
IV.2.2. Efficacité.....	19
IV.2.3. Qui traiter ?.....	20

TROISIEME PARTIE : CONSEQUENCES POTENTIELLES DE L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES.....	21
I. Evolution des résistances bactériennes.....	21
II. Un coût	22
METHODES ET MOYENS	23
I. La méthode du focus group.....	24
I.1. Définition	24
I.2. Les caractéristiques du focus group	24
I.2.1. Les recueils de données	24
I.2.2. L'analyse du contenu	26
II. Notre méthode d'enquête	27
II.1. Le choix de la méthode de focus group	27
II.2. Les objectifs de l'étude	28
II.3. Le guide d'entretien	29
II.4. Le groupe	29
II.5. Le déroulement de la réunion	30
RESULTATS	31
PREMIERE PARTIE : L'INTEGRALITE DU VERBATIM	32
DEUXIEME PARTIE : L'ANALYSE DE LA TABLE LONGUE	41
I. Perceptions des médecins généralistes	41
I.1. Les antibiotiques	41
I.1.1. Définition	41
I.1.2. Indications	41
I.2. Les caractéristiques de la prescription des antibiotiques	42
I.2.1. Une modification des habitudes de prescription	42
I.2.2. La prescription d'antibiotiques : une pratique devenue raisonnée	42
I.2.3. Mais un acte facile	42
I.3. La bronchite aiguë	42

II. Les stratégies cognitives	43
II.1. Identification des facteurs intervenant dans la prescription d'antibiotiques	43
II.1.1. Le terrain	43
II.1.2. La clinique	43
II.1.3. Le patient	43
II.1.4. Le caractère saisonnier	43
II.1.5. Le type de prescripteur	43
II.2. Le diagnostic	44
II.2.1. Une bronchite virale aboutissant à un traitement symptomatique	44
II.2.2. Une surinfection bactérienne de la bronchite aiguë virale entraînant une prescription d'antibiotiques	44
II.2.3. Un doute diagnostic	44
II.3. Les stratégies pour ne pas prescrire	44
II.3.1. L'information des patients	44
II.3.2. La formation médicale	45
II.3.3. Les examens para-cliniques	45
II.3.4. Le suivi et la surveillance médicale	45
II.4. L'avenir : pour une meilleure médicale	45
II.4.1. Un test de dépistage rapide de bronchite aiguë : TDRBA ?	45
II.4.2. La multiplicité des formations	45
II.4.3. Un certain fatalisme	45
 DISCUSSION	 46
 CHAPITRE PREMIER : DISCUSSION AUTOUR DE LA METHODE – LE FOCUS GROUP	 47
 DEUXIEME PARTIE : DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS	 48
I. Les perceptions	48
I.1. Les antibiotiques	48
I.2. Les prescriptions d'antibiotiques	49
I.2.1. Une baisse des prescriptions	49
I.2.2. Les raisons de cette baisse	50

II. Les stratégies cognitives	51
II.1. Les facteurs agissant sur la prescription d'antibiotiques	51
II.1.1. Les paramètres influençant la décision de prescrire un antibiotique	51
II.1.2. Résultats d'une enquête menée auprès des maîtres de stage lorrains.....	52
II.1.3. Argument fondant la prescription d'une antibiothérapie dans les infections respiratoires : l'étude PAAIR	52
II.1.4. Comparaison du focus group avec l'étude PAAIR	54
II.2. Les déterminants de la prescription d'antibiotiques décelés au cours du focus group	55
II.2.1. Le médecin prescripteur	55
II.2.1.1. <i>L'influence du terrain</i>	55
II.2.1.2. <i>La sémiologie</i>	56
II.2.1.3. <i>Les habitudes</i>	56
II.2.1.4. <i>Les oublis</i>	57
II.2.2. La pression des patients	57
II.2.3. Les références médicales	58
III. Synthèse	60
III.1. La pratique médicale en médecine générale	60
III.2. L'Evidence-based medicine (EBM)	61
 CONCLUSION	 63
 BIBLIOGRAPHIE	 65

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La bronchite aiguë se définit par une inflammation aiguë des bronches et des bronchioles chez un sujet sain.

Il s'agit d'une pathologie infectieuse fréquente qui donne lieu à de nombreuses consultations en médecine générale. Dans les pays industrialisés, on estime son incidence annuelle entre 2 et 18% [1].

Chez le sujet sain, sans facteur de risque identifié, la bronchite aiguë est une affection bénigne : si les étiologies infectieuses sont multiples, l'origine virale est très largement prédominante et l'évolution en est pratiquement toujours spontanément favorable [1].

On constate que la bronchite aiguë génère un grand nombre de prescriptions d'antibiotiques en France, malgré l'absence de preuve de leur pertinence, et en dépit des campagnes de sensibilisation.

De ces prescriptions, résultent de graves conséquences tant sur le plan bactériologique avec l'émergence de nouvelles résistances que socio-économique...

Face à cette inadéquation entre le référentiel et les pratiques observées, il nous est apparu licite d'explorer les représentations et les stratégies de prescriptions d'antibiotiques des médecins généralistes confrontés à cette problématique.

Pour ce faire, nous avons opté pour une enquête à entretiens approfondis : focus group. C'est une méthode d'enquête qualitative particulièrement adaptée aux travaux exploratoires, aux études de comportements, des expériences vécues et des attentes...

A travers ce travail ayant pour but de recueillir des informations sur la pratique médicale en médecine générale, nous essayerons de déterminer l'ensemble des facteurs responsables de cette sur prescription d'antibiotiques.

PREAMBULE

PREMIERE PARTIE : LA BRONCHITE AIGUE

I. Définition

La bronchite aiguë est définie par une inflammation aiguë des bronches et des bronchioles chez un sujet sain [1].

La littérature ne permet ni d'identifier ni de valider les facteurs de risque au cours des bronchites aiguës. Ainsi, à défaut, le groupe de travail de l'AFSSAPS propose d'extrapoler aux bronchites aiguës les principaux facteurs de risque identifiés pour les pneumopathies communautaires. Cette extrapolation n'est pas validée par la littérature mais par la pratique quotidienne.

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, AFSSAPS, détermine comme n'étant pas un sujet sain [1] :

- le sujet ayant une pathologie respiratoire chronique : bronchite chronique avec troubles ventilatoires obstructifs, asthme, insuffisance respiratoire, emphysème, bronchiectasie, mucoviscidose
- le sujet ayant une comorbidité associée : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, pathologie néoplasique, immunodépression, cirrhose hépatique

Sont en revanche assimilées aux bronchites aiguës du sujet sain :

- les bronchites aiguës du sujet tabagique
- les exacerbations du bronchite chronique, tabagique ou non, sans trouble ventilatoire obstructif.

II. Incidence des bronchites aiguës

Dans les pays industrialisés, l'incidence annuelle est évaluée entre 2 et 18 % [1,2,3,4,5].

En France, le chiffre de 10 millions de bronchites aiguës par année est souvent avancé, avec une incidence de 16 à 17/100 personnes par an [1,6,7].

III. Physiopathologie

Au cours d'une bronchite aiguë, l'agent infectieux altère l'épithélium des voies aériennes, exposant alors les terminaisons nerveuses et les récepteurs aux agents broncho constricteurs et pro inflammatoires.

Il apparaît une hypersécrétion bronchique, une toux prolongée.

IV. Anatomicopathologie

On retrouve :

- une destruction épithéliale
- une migration cellulaire en provenance des zones péri lésionnelles
- un œdème muqueux et sous muqueux
- une hypersécrétion muqueuse
- une suppuration
- une desquamation épithéliale

La reconstitution ad integrum intervient en 15 jours.

V. Etiologies

Cinquante à 90 % des bronchites aiguës ont une étiologie virale et plus rarement bactérienne (1,4).

Les principaux virus :

- *Virus Influenza*
- *Adenovirus*
- *Virus Respiratoire Syncytial (VRS)*
- *Myxovirus*
- *Rhinovirus*

- *Coronavirus*
- Virus de la rougeole
- *Herpes simplex virus*

Les principales bactéries :

- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydia pneumoniae*
- *Bordetella pertussis*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Branhamella catarrhalis*

VI. Diagnostic

Le diagnostic de bronchite aiguë est purement clinique, et repose sur l'observation de signes et de symptômes banals [1].

La bronchite aiguë typique débute classiquement par un catarrhe des voies aériennes supérieures (10 à 30 %). Il peut y avoir un continuum entre les infections de voies respiratoires supérieures et les infections des voies respiratoires basses. Ainsi, la bronchite aiguë peut compliquer une rhinopharyngite, une laryngite...

Une toux apparaît rapidement quinteuse, sèche (phase sèche) pouvant être responsable d'une sensation de brûlure rétro-sternale voire de brûlure thoracique. La toux peut rester sèche dans 50% des cas mais devient dans les autres cas plus ou moins rapidement productive (phase humide).

L'expectoration, claire au début, peut devenir purulente. Ceci ne signe pas le caractère bactérien mais correspond plus à une intense nécrose épithéliale.

La fièvre généralement peu intense n'est pas toujours présente.

L'auscultation pulmonaire est normale ou montre la présence de quelques râles bronchiques.

Devant la simplicité du tableau clinique et son absence de spécificité, la démarche diagnostique du praticien est :

- Identifier le contexte : terrain et facteur de risque
- Ne méconnaître ni une atteinte parenchymateuse, ni une infection bactérienne haute, ni un risque potentiel d'évolution compliquée, d'où l'intérêt de la radiographie pulmonaire.

VII. Evolution

La guérison spontanée est observée dans la majorité des cas en une dizaine de jours.

L'expectoration ne dure généralement pas au delà de 10 jours.

La durée de la toux peut être très variable, 5 à 10 jours dans la plupart des cas, 2 à 3 semaines dans 50 % des cas, voire plusieurs mois en particulier en cas de coqueluche.

VIII. Surinfection bactérienne

Les infections virales des voies respiratoires favorisent la colonisation des voies aériennes basses par des bactéries pathogènes : *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* .

La démonstration qu'une telle colonisation peut être responsable d'une surinfection bactérienne n'est pas faite [1,9].

L'apparition d'une expectoration purulente lors d'une bronchite aiguë du sujet sain n'est pas synonyme de surinfection bactérienne.

La fièvre >38.5°C persistante au delà du troisième jour doit faire reconsidérer le diagnostic (accord professionnel) [9].

IX. Traitement

L'abstention de toute antibiothérapie est la règle. Le traitement doit être symptomatique.

Aucune donnée de la littérature ne valide l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou de corticoïdes.

DEUXIEME PARTIE : ANTIBIOTHERAPIE ET BRONCHITE AIGUE EN MEDECINE GENERALE

La bronchite aiguë est une infection dont l'origine virale est très largement prédominante. Cependant, elle génère un grand nombre de prescriptions d'antibiotiques.

Les pénicillines, découvertes il y a plus de soixante ans, furent les premiers antibiotiques identifiés. Elles ont ouvert une voie thérapeutique pour soigner avec succès de nombreuses maladies infectieuses jusqu'alors considérées comme incurables.

Cependant, l'histoire des vingt dernières années montre que les agents microbiens sont capables de développer des mécanismes de résistances multiples. Ces phénomènes, d'abord constatés en pratique hospitalière, sont maintenant rencontrés en pratique communautaire. Les antibiotiques ont un rôle majeur dans la sélection des espèces bactériennes résistantes. En outre, leur poids économique est conséquent...

Ainsi, il est important avant tout de définir et de déterminer la consommation d'antibiotiques en France et plus particulièrement dans le cas de la bronchite aiguë.

I. Définition des antibiotiques

Un antibiotique se définit comme une substance obtenue par synthèse ou semi-synthèse capable d'inhiber ou de détruire certaines espèces microbiennes et en particulier les espèces bactériennes [10].

La classification par famille regroupe les antibiotiques apparentés par leur structure chimique, leur mode d'action, leur spectre antibactérien, leur pharmacocinétique et leurs effets secondaires.

Dès son introduction, E. PILLY souligne l'utilisation rationnelle des antibiotiques : elle repose sur la connaissance des produits utilisés, l'analyse de l'infection à traiter, la prise en compte du terrain, l'épidémiologie bactérienne et l'évolution des profils de résistance.

II. Consommation d'antibiotiques : situation de la France

II.1. Indicateur d'exposition aux antibiotiques

Afin de réaliser des comparaisons internationales, les résultats sont exprimés en utilisant l'unité « *Defined Daily Dose* » (DDD). Une DDD est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant une posologie journalière de référence pour un adulte de 70 Kg, dans l'indication principale du médicament, dans son utilisation en ville [11].

II.2. Caractéristique de la prescription d'antibiotiques

La prescription d'antibiotiques en ambulatoire conserve au fil des années deux caractéristiques principales [12] :

- Elle est saisonnière et concentrée sur les mois hivernaux en raison de la saisonnalité des pathologies infectieuses.
- Elle émane dans 9 cas sur 10 d'un médecin généraliste.

II.3. Evolution générale de la prescription d'antibiotiques entre 1980 et 2002 [12]

Entre 1980/81 et 1991/92, selon l'étude basée sur les Enquêtes Décennales sur la Santé et les Soins Médicaux (EDSSM), le taux d'accroissement moyen de consommation des antibiotiques a été de 3.7% par an.

De 1991 à 1997, la prescription d'antibiotiques s'est stabilisée en dépit de quelques fluctuations minimales en 1994 pouvant s'expliquer par l'application des références médicales opposables.

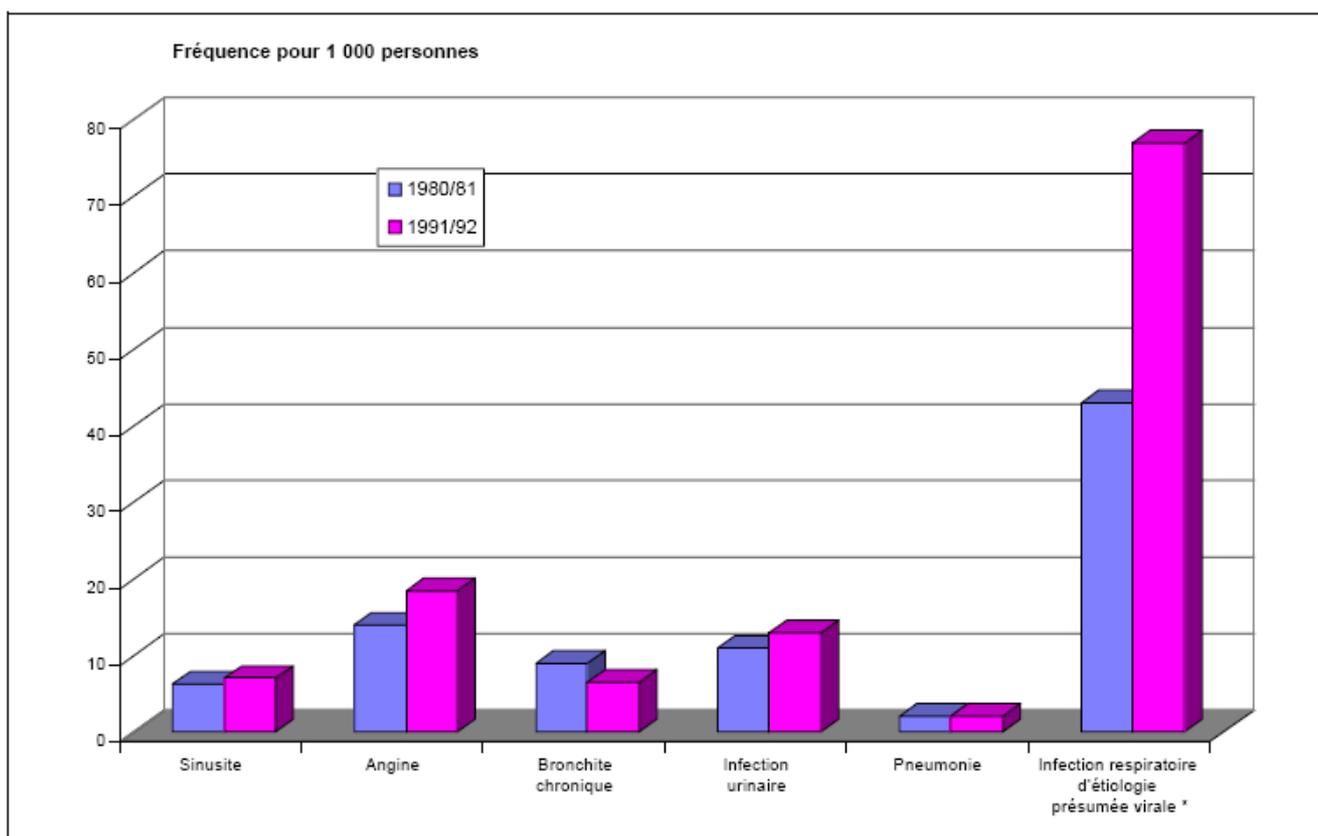
Néanmoins, depuis, le taux de prescriptions d'antibiotiques n'a cessé de diminuer.

Pourtant, la France était encore en 2001 le plus grand consommateur d'antibiotiques en Europe : la consommation ambulatoire d'antibiotiques s'élevait alors à plus de 30 DDD pour 1000 habitants par jour, alors qu'elle n'était que de 27 en Belgique, 15 au Royaume-Uni et de moins de 10 aux Pays-Bas.

III. Les différentes situations cliniques et leur épidémiologie

L'étude de L'AFSSAPS de 1998 détermine les pathologies les plus concernées par la prescription des antibiotiques chez l'adulte ainsi que l'évolution de la fréquence de celles-ci entre 1980/81 et 1991/92 [13].

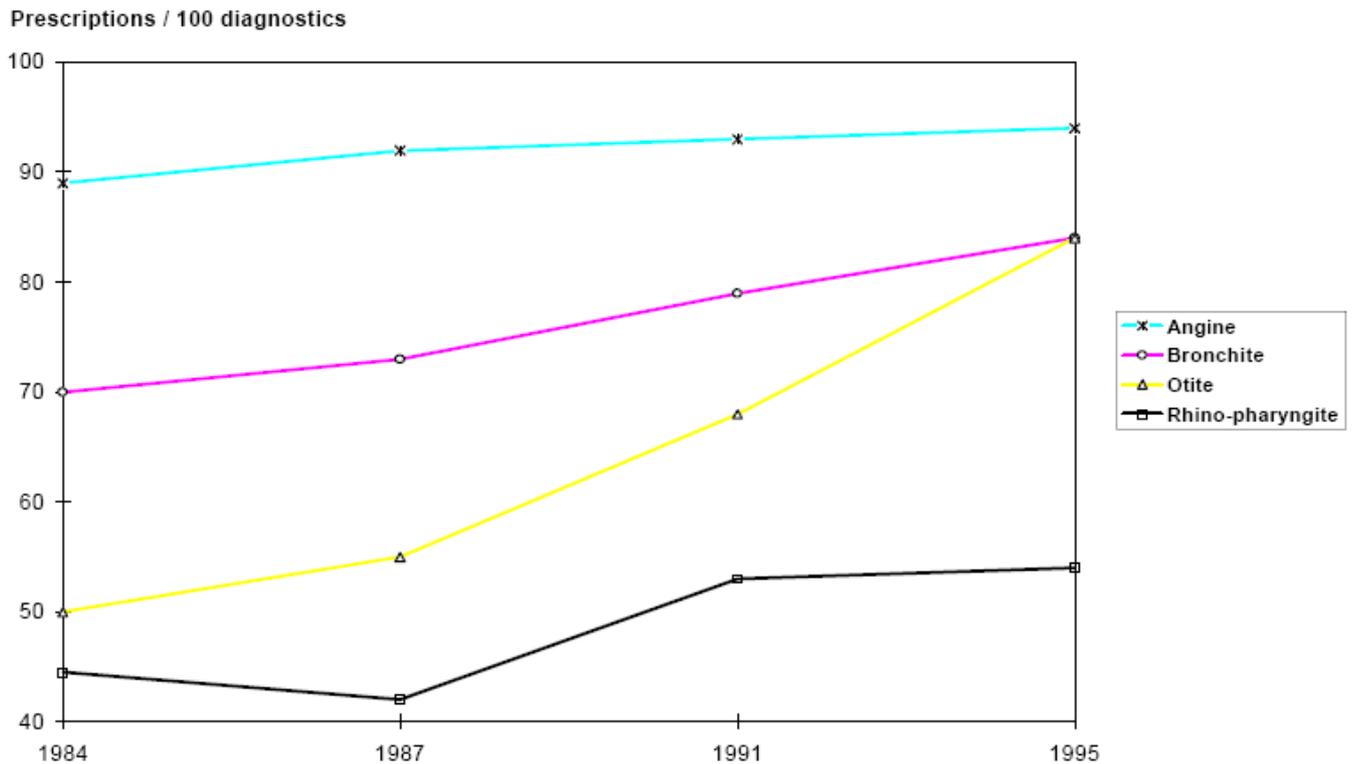
Fréquence des principales infections traitées par antibiotique chez l'adulte [13] : Evolution 1980/1981 – 1991/1992 (sur une durée de 3 mois)



* rhino-pharyngites, trachéites aiguës, bronchites aiguës et syndromes grippaux

On note la proportion élevée de patients atteints d'infections supposées virales traitées par antibiotiques.

Evolutions de l'utilisation des antibiotiques dans ces pathologies supposées virales [13] (1984-1995)



Source : EPPM - IMS

IV. Le cas de la bronchite aiguë du sujet sain

IV.1. Revue de la littérature

Bent a réalisé une méta-analyse afin d'évaluer l'impact des antibiotiques dans le traitement de la bronchite aiguë [14]. Ils ont recherché dans Medline des articles publiés en anglais de 1966 à 1998. Il s'agissait d'essais contrôlés randomisés comparant des traitements antibiotiques de 5 jours minimum (l'érythromycine, la doxycycline ou du triméthopime-sulfaméthoxazole) à un placebo chez des patients adultes sains ayant une bronchite aiguë. Le critère de jugement retenu était le nombre de jours d'expectoration ou à défaut les scores d'expectoration ou de toux.

La revue de la littérature de Bent *et al.*, analysée par Holfliger, montre que les antibiotiques procure un bénéfice marginal dans la bronchite aiguë de l'adulte puisqu'ils ne réduisent la toux et l'expectoration que d'une demi-journée par rapport au placebo [15]. Les auteurs n'ont retenu que huit études répondant aux critères méthodologiques stricts. Ainsi, le faible bénéfice de l'antibiothérapie est contrebalancé par le risque des effets secondaires et l'augmentation des résistances consécutive à une large consommation d'antibiotiques.

L'étude de Murriss-Espin a identifié les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus, les revues de synthèse au cours de 2000/2001 [16].

Les auteurs concluent que la bronchite aiguë du sujet sain n'est pas redevable d'une antibiothérapie. Le seul avantage de celle-ci est de réduire d'une demi-journée la durée de la toux et de l'expectoration purulente au prix d'effets secondaires, de la sélection possible de bactéries résistantes et d'un coût social non négligeable. L'absentéisme n'est également pas significativement modifié.

IV.2. Recommandations de l'AFSSAPS : antibiothérapie par voie générale en pratique courante : bronchite aiguë de l'adulte [1,9]

IV.2.1. Incidence de prescription d'antibiotiques

En France, 65 à 90% des patients ayant une bronchite aiguë reçoivent des antibiotiques.

IV.2.2. Efficacité

A ce jour, on peut identifier 12 essais cliniques d'antibiothérapie (cycline, érythromycine, cotrimoxazole, céfuroxime-axétil) dont 10 contre un placebo et 2 contre un médicament non antibiotique – en l'occurrence un bêta2mimétique.

Aucun essai ne permet de mettre clairement en évidence un avantage de l'antibiotique par rapport au placebo ni sur l'évolution de la maladie ni dans la survenue de complications.

Les antibiotiques n'ont pas démontré d'avantage par rapport au placebo ni chez le fumeur, ni en cas d'expectoration persistant au delà de 7 jours.

Dans 3 méta-analyses, la guérison de la toux n'est pas modifiée par les antibiotiques alors que des effets indésirables surviennent plus souvent que sous placebo.

Les essais d'antibiotiques récents ne comportent pas de comparaison à un placebo ; la comparaison à des molécules plus anciennes (érythromycine, cycline, céphalosporine de

première génération, aminopénicilline) n'a pas mis en évidence de façon déterminante un avantage de nouveaux antibiotiques.

La démonstration qu'un traitement antibiotique prévient les surinfections n'est pas faite.

IV.2.3. Qui traiter ?

L'abstention de toute prescription d'antibiotique est la règle.

TROISIEME PARTIE : CONSEQUENCES POTENTIELLES DE L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

I. Evolution des résistances bactériennes [13]

L'évolution de la résistance aux antibiotiques concerne la plupart des bactéries responsables des infections les plus fréquentes : *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptocoque du groupe A*, *Escherichia coli*... A titre d'exemple, en France, les données du centre national de référence du pneumocoque montrent que la résistance du pneumocoque à la pénicilline G est passée en 10 ans de 0.5% (1984) à 32% (1994).

Ce développement des résistances communautaires est d'autant plus alarmant que son évolution est difficilement prévisible. Les résistances décrites concernent déjà des couples bactéries/antibiotiques tels que *Escherichia coli*/fluoroquinolone, *Neisseria meningitidis*/ β -lactamines et *Staphylococcus aureus*/mécilline. Les dispositifs de surveillance épidémiologique ne permettent pas actuellement de disposer d'informations fiables, précises et représentatives sur les résistances communautaires.

Les deux déterminants de cette évolution sont :

- l'exposition des populations aux antibiotiques. S'il faut rappeler que la résistance bactérienne aux antibiotiques résulte d'un déterminisme génétique (mutation ou acquisition de gènes), des arguments microbiologiques, cliniques et épidémiologiques permettent de considérer aujourd'hui que l'exposition d'une population aux antibiotiques a des conséquences écologiques qui se traduisent par une augmentation des résistances des bactéries aux antibiotiques du fait d'un phénomène de sélection. Par ailleurs, dans cette évolution, les aspects qualitatifs de l'exposition des populations aux antibiotiques semblent aussi importants que les aspects quantitatifs.
- la transmission interindividuelle des souches résistantes

De ces 2 facteurs, le seul sur lequel il est possible d'intervenir, en pratique médicale communautaire, pour maîtriser (voire infléchir) cette évolution est l'utilisation appropriée des

antibiotiques. Cependant, des mesures ne visant qu'à restreindre l'utilisation d'un antibiotique donné, si elles sont susceptibles d'être efficaces à court terme, exposent à la survenue de phénomènes de report de prescriptions.

II. Un coût...

Les données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de juillet 2005 sont relativement parlantes et indiquent l'importance du coût de l'antibiothérapie en France :

- Montant remboursé en 2004 pour les antibiotiques : 643 millions d'euros
- 96 millions de boîtes d'antibiotiques en 2004
- Répartition des prescripteurs en 2004 :
 - 75.9% d'omnipraticiens
 - 10.5% de spécialistes libéraux
 - 8.5% d'établissements hospitaliers
 - 5.1% autres

METHODES ET MOYENS

I. La méthode du focus group

I.1. Définition

C'est une méthode d'enquête **qualitative** (en opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire) qui permet de collecter des informations sur un sujet précis à travers des techniques d'entretiens approfondis de groupes [17]. La dynamique de groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue dans la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs et partage son vécu. Elle fait émerger des idées mais ne permet pas d'aplanir des différences d'opinion ou d'atteindre un consensus.

Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions ou des comportements.

Le focus group est issu d'une technique marketing de l'après guerre aux Etats-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif. Il s'inspire des techniques de dynamique utilisées par C. Rogers, chef de file du courant de la psychologie humaniste.

Ce processus a été adapté dans les années 1980 par la recherche universitaire dans différents domaines. Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche de soins primaires dans une optique qualitative de recueil d'informations et d'opinions de manière systématique et vérifiable sur des thèmes variés.

I.2. Les caractéristiques du focus group [18,19]

I.2.1. Les recueils de données

- Le thème, les objectifs :

Il est nécessaire au départ de cibler le thème et les objectifs. Le protocole est préétabli par les chercheurs et l'objectif doit être décrit de manière explicite.

- Les questions :

Une demi-douzaine de questions courtes et claires est à élaborer. Ces dernières doivent être ouvertes et stimuler le travail de groupe. Les questions progressent du domaine le plus général au plus spécifique.

Les participants reçoivent au début des informations sur le thème de l'étude.

Un protocole est établi pour que chaque chercheur procède de la même façon. Parfois la durée de réponses est déterminée à l'avance.

- Les participants

Ils doivent avoir des caractéristiques homogènes liées au thème traité. Il est possible de sélectionner également des participants pour leurs avis différents et complémentaires sur le sujet de manière à avoir de bons échanges au sein du groupe. On peut par ailleurs également travailler avec un échantillon représentatif de la population.

Le nombre de participants est de 6 à 8 en moyenne, tous volontaires. Ce sont des professionnels de santé ou des patients.

- Le modérateur

Un modérateur est chargé d'animer le groupe. Son objectif est de faire émerger différents points de vue. Il peut laisser au départ la dynamique du groupe agir de manière non directive puis recentrer en fin de séance.

Il doit bien maîtriser la technique de conduite de réunion par la reformulation et l'esprit de synthèse.

- L'observateur

Le modérateur est aidé par un observateur du groupe qui connaît la thématique et s'occupe des enregistrements des séances. Il est chargé de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors des réunions.

- La séance

La séance doit être réalisée dans un lieu agréable, neutre, convivial dans une ambiance détendue. Un agencement des participants permet d'établir une atmosphère propice à la discussion et aux échanges.

L'entretien est enregistré avec l'accord des participants afin de faciliter l'analyse ultérieure.

Le respect de l'anonymat et des opinions est obligatoire et annoncé dès le début de la séance.

Chaque question est abordée en moyenne 15 minutes et la séance dure entre 1 et 2 heures.

Le nombre de séances n'est pas fixé à l'avance mais celles-ci sont répétées jusqu'à épuisement du thème ; il faut en compter environ 3 par thème.

Une synthèse peut être réalisée en fin de groupe pour vérifier l'accord des participants avec ce qui a été retenu.

I.2.2. L'analyse du contenu

- La phase de collecte

Il s'agit de transcrire tout ce qui a été dit immédiatement après la séance. Ainsi, il est préférable d'enregistrer les réunions puis de les retranscrire.

Les paroles des participants et le commentaire du modérateur doivent être transcrits mot à mot. Il est également nécessaire d'individualiser tous les aspects non verbaux, c'est à dire corporels et émotionnels.

Quant à la transcription, elle se veut être méthodique :

- identifier les commentaires des modérateurs, laisser des espaces entre les paroles des différents intervenants
- utiliser un style logique et simple
- ne pas s'inquiéter de la ponctuation
- transcrire les commentaires mot pour mot, sans reproduire les tics de langage

Il faut compter 8 heures de transcription pour 1 heure d'entretien.

- La phase d'analyse

L'analyse est systématique, vérifiable et reproductible : la conclusion de l'analyse doit être la même quelle que soit la personne qui la fait. La vérification peut se faire par des enregistrements grâce à des personnes qui en contrôlent la transcription.

Il n'y a pas de séparation entre la phase de collecte et la phase d'analyse.

L'analyse porte aussi bien sur le contenu verbal qu'émotionnel. Elle se fait sans a priori et reste focalisée sur le thème et les questions clés.

L'analyse de « la table longue » est utilisée. Le principe de base consiste à analyser les transcriptions de parole des participants appelées **verbatim**. Tous ces verbatim sont découpés, classés, comparés et étiquetés en fonction de l'idée ou du sous-thème qui peut les résumer : ce sont les **occurrences**. Les occurrences peuvent être regroupées en grands thèmes appelés **dimensions**.

Pour connaître le poids à donner aux occurrences, il faut étudier successivement :

- leur fréquence
- leur spécificité par rapport au thème défini
- l'émotion associée
- la multiplicité de leur aspect : comment une même chose est exprimée de façon différente par les participants

Il faut réaliser une synthèse de toutes les dimensions et des occurrences qui s'y rapportent. Le rapport se structurera autour des thèmes en utilisant les transcriptions pour commenter les occurrences.

A la fin de cette phase peut commencer l'interprétation des données.

- Le rapport écrit

Il comprend une synthèse narrative et descriptive suivie d'une analyse interprétative des données et des recommandations éventuelles.

- L'analyse assistée par ordinateur

Certains utilisent la fonction couper/coller, des logiciels de statistiques textuelles (« the ethnographe, NUD*IST ») et des analyses sonores à partir des enregistrements (logiciel « sound forge »).

II. Notre méthode d'enquête

II.1. Le choix de la méthode de focus group

Pour mieux comprendre les déterminants de la prescription d'antibiotique dans des situations cliniques ne la nécessitant pas, la pratique médicale, le fonctionnement médecin/malade mais

aussi, malheureusement, les connaissances des référentiels et des recommandations doivent être analysés.

Pour répondre à notre travail : représentation et prescription d'antibiotiques en médecine générale dans la bronchite aiguë, deux possibilités s'offraient à nous : une étude qualitative ou quantitative.

De nombreuses études et travaux de thèses ont été réalisés, à travers une méthode quantitative, afin d'analyser les motivations de la prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes dans des infections respiratoires présumées virales.

Dans notre étude, nous avons donc opté pour une méthode d'enquête qualitative particulièrement adaptée aux travaux exploratoires : le focus group. Il permet de déterminer des comportements, des expériences vécues et donc d'analyser certains aspects de la pratique médicale des médecins généralistes. Mais aussi, contrairement aux études quantitatives qui sont généralement questionnaire dépendantes, il appuie sur des éléments difficiles à mettre en valeur : la non connaissance de certaines recommandations...

De plus, l'étude par focus group est un procédé original de plus en plus utilisé dans l'évaluation du système de santé.

II.2. Les objectifs de l'étude

Les médecins généralistes français sont au premier rang européen de la prescription d'antibiotiques. Une part d'entre elle concerne les bronchites aiguës pour lesquelles toutes les recommandations incitent à la non prescription d'antibiotiques.

Ainsi, les différents objectifs de l'étude sont de déterminer :

- la connaissance et l'indication des antibiotiques en médecine générale
- la connaissance des référentiels en matière de bronchite aiguë du sujet sain
- les raisons profondes de prescription d'antibiotiques dans des infections respiratoires présumées virales
- le rôle du patient dans cette prescription
- la possibilité de faire autrement
- les éléments potentiels qui pourraient aider leurs pratiques

II.3. Le guide d'entretien

Il a été élaboré selon les critères décrits dans la présentation du focus group avec l'aide du directeur de thèse.

Le guide d'entretien comporte 7 relances principales allant du plus général au plus particulier. Il s'attache à cibler le thème choisi puis à travers un cas clinique « classique » de médecine générale de faire s'interroger les praticiens sur leur pratique.

- 1- Quelle est la représentation des antibiotiques dans votre pratique courante ?
- 2- Quelles sont les indications des antibiotiques dans votre pratique courante ?
- 3- Quelle est votre prescription d'antibiotiques dans les bronchites aiguës (toux fébriles sans foyer à l'auscultation) de l'adulte ?
- 4- Quelle est votre conduite à tenir chez un patient jeune, sain présentant une toux avec expectorations purulentes depuis 10 jours sans fièvre ?
- 5- Quels sont les critères qui vous orientent vers une prescription d'antibiotiques ou pas ?
- 6- Quelle est l'histoire naturelle d'une bronchite aiguë ?
- 7- Qu'est ce qui vous aiderait en pratique pour votre prescription ?

Des relances neutres, à type de reformulation, ont été réalisées au cours des entretiens visant à vérifier la compréhension du discours.

II.4. Le groupe

Le groupe est composé de 8 participants ayant une caractéristique commune : médecin généraliste en activité.

Cependant, pour réaliser un réel travail exploratoire, nous avons opté pour une représentation inhomogène du groupe de participants :

- le sexe : 3 femmes et 5 hommes
- leur durée d'installation : 3 de moins de 10 ans, 2 entre 10 et 20 ans et 3 de plus de 20 ans
- leur type d'activité : 1 médecin du sport, 1 gériatre, 1 titulaire de la CAMU, 1 coordinateur de maison de retraite, 5 maîtres de stage, 1 ostéopathe et 1 remplaçant
- leur type d'exercice : 7 en associations
- leur lieu d'exercice : 2 en rural, 6 en urbain

II.5. Le déroulement de la réunion

L'entretien a duré une heure et demie, et a été enregistré à l'aide d'un dictaphone avec l'accord des participants.

Il s'est déroulé ainsi :

- accueil des participants
- présentations du modérateur et de moi-même
- annonce du thème du sujet
- énoncé des questions et relance du modérateur
- remerciements.

RESULTATS

PREMIERE PARTIE : L'INTEGRALITE DU VERBATIM

Le 07 juillet 2005 à 20h50 au club médical du CHD de La Roche Sur Yon.

Modérateur : Nous sommes le 7 juillet 2005 au club médical du CHD de la Roche Sur Yon pour la thèse de Nicolas Farthouat, il est 20h55, présentation des participants du groupe.

Dr 1 : Installée depuis 1983, en association depuis 5 ans. Je fais uniquement de la médecine générale. Je suis maître de stage depuis bientôt 1 an.

Dr 2 : Installé à la Roche Sur Yon depuis 1988, en association depuis 2002. Je suis médecin généraliste, du sport, maître de stage et médecin coordinateur en EPAD.

Dr 3 : Installée depuis 1993 à la Roche Sur Yon, en association depuis 1993. Je fais de la médecine générale, maître de stage depuis 4 ans.

Dr 4 : Installée à la Roche Sur Yon depuis 1996, en association depuis 2003. Médecin généraliste, maître de stage depuis 2 ans, titulaire de la CAMU.

Dr 5 : Installé depuis 1978 en Normandie puis à La Roche sur Yon. Médecin généraliste, ostéopathe.

Dr 6 : Médecin généraliste remplaçant depuis 2004.

Dr 7 : Installée depuis 1984, en association depuis 1989. Médecin généraliste, alcoologie, maître de stage.

Dr 8 : Installé à La Roche Sur Yon depuis 2000, en association depuis 2000. Médecin généraliste, consultation VIH au CHD.

Modérateur : Nous allons réaliser un focus group sur les antibiotiques. La première question est une question extrêmement générale : **Quelle est la représentation des antibiotiques dans votre pratique courante ?**

Dr 8 : Un antibiotique est un anti-bactérien. Il s'agit d'une prescription courante et assez large, on en prescrit quasiment tous les jours.

Dr 7 : Je suis d'accord avec cette définition. C'est toujours une prescription argumentée et réfléchie. Je ne suis pas sûr que l'on en prescrive tous les jours, cela dépend de ce qui court... Ces prescriptions sont en rapport avec une conduite à tenir faite avec mon associé. Les campagnes réalisées ne me posent pas vraiment de problèmes car ces prescriptions avaient déjà été argumentées.

Dr 6 : Les antibiotiques sont des médicaments majeurs de la pharmacopée puisque si l'on ne les utilise pas tous les jours, on se pose la question tous les jours, ou les patients, de l'utilisation des antibiotiques. Effectivement, c'est un antibactérien. Ils peuvent être utilisés en traitement ou en prévention selon les indications. C'est un traitement majeur et facile à prescrire d'où l'intérêt des campagnes de non prescriptions.

Dr 5 : Avec le temps j'en prescris de moins en moins. Je préfère revoir les patients ou leur téléphoner 48 heures plus tard. Cependant, je n'ai pas d'hésitation pour le secteur urinaire, pour le reste je préfère attendre au lieu de prescrire systématiquement. Je me surprends à ne pas en prescrire quotidiennement. Pour moi, j'ai donc changé de pratique.

Dr 4 : Je n'ai pas grand chose à rajouter, il s'agit de la même définition. C'est une prescription ciblée dans certaines indications précises, effectivement je n'en prescris pas tous les jours. J'ai également modifié ma pratique de prescription d'antibiotiques en fonction des recommandations. On répondait facilement à la demande des patients il y a quelques années. Les campagnes nous ont aidés à agir différemment.

Dr 3 : J'ai changé ma pratique depuis 10 ans. Par exemple, j'utilise des bandelettes urinaires avant prescription. Je fais beaucoup plus d'explications, en leur disant qu'il y a de grandes chances que cela soit viral. Les patients comprennent quand on leur explique. On doit revoir les gens. Au niveau de l'information, les gens ont compris, c'est passé. Il existe des terrains, des saisons aux prescriptions d'antibiotiques. Je trouve qu'il y a beaucoup de prescriptions hospitalières. Est-ce une sélection de patients ?

Dr 2 : Je ne reviens pas sur ce qui a été dit. En 17 ans d'exercice, j'essayais de prescrire peu d'antibiotiques en comparaison aux collègues (à l'occasion de garde) mais on en prescrivait beaucoup plus que maintenant parce qu'il y avait l'influence des gens qui voulaient des antibiotiques à tout va. J'ai été très content de la campagne publicitaire qui expliquait que les antibiotiques n'étaient pas automatiques. Cela a rendu les antibiotiques moins utilisés de manière courante. Ceci m'a permis de constater l'efficacité des antibiotiques quand il y en avait besoin, puisque l'on utilisait en grande majorité pour des infections virales. Au début de mon activité, dès que je voyais un tympan rouge et anormal, je mettais des antibiotiques. C'est à l'occasion de formations dans laquelle il avait un homéopathe qui prescrivait finalement peu d'antibiotiques. Ainsi, j'ai commencé à moins prescrire d'antibiotiques dans les otites, en me faisant parfois un peu peur... Pour les angines ; le test de diagnostic rapide des angines nous a permis de diminuer nos prescriptions d'antibiotiques. De plus mon association avec une jeune femme dynamique m'a fait relancer l'utilisation de la bandelette

urinaire. Du coup, il n'est pas impossible que je ne prescrive pas d'antibiotique dans une journée.

Sinon, il reste toujours le problème de l'observance des antibiotiques, et notamment quand cela va mieux, les gens ont tendance à arrêter. D'où l'intérêt d'appuyer sur le fait d'aller jusqu'au bout du traitement.

Dr 1 : Pour moi, la définition a été dite. Au début je prescrivais des antibiotiques dans pratiquement tous les syndromes fébriles, mes confrères et moi. Les recommandations ont fait que l'on a moins prescrit. Maintenant je peux presque passer une semaine sans prescrire d'antibiotiques...Les indications sont bien ciblées. Les syndromes fébriles sont dans 90% des cas viraux.

Modérateur : Quelqu'un veut-il rajouter quelque chose après ce premier tour ? Il existe un consensus dans le groupe : les habitudes ont changé. Maintenant j'aimerais que l'on revienne sur les indications que vous avez des antibiotiques. **Quelles sont les indications des antibiotiques dans votre pratique courante ?**

Dr 1 : Je prescris des antibiotiques dans la sphère ORL : angines après TDRA, otites (pratiquement plus, je fais revenir le patient : AUGMENTIN ou ORELOX). Peu dans les bronchites car patients jeunes et peu à risque. Quelques cas de diverticulites sigmoïdiennes, prostatites, pyélonéphrites, cystites sur bandelettes urinaires positives par traitement minute, très rare cas de dermatologie. Donc l'indication reste rare maintenant.

Dr 2 : Pour moi, c'est à peu près la même chose, si je reprends dans le même ordre : angines à TDRA positif, otites moyennes aiguës caractérisées, bronchites chez sujets « fragiles », tabagiques, BPCO. Les pneumopathies en systématique quitte à revoir l'indication en fonction de la radiographie pulmonaire et de l'évolution. Dans la sphère urinaire : prostatites, pyélonéphrites, cystites. Les sigmoïdites diverticulaires. En dermatologie : érysipèles, impétigos, panaris.

Dr 3 : Je n'ai pas grand chose à rajouter. En plus : les sinusites aiguës, quelques otites, les angines en fonction de la clinique (l'âge, la toux, la fièvre, la douleur) et du TDRA. Les pneumopathies en systématique car cela peut être un piège. Les bronchites avec terrain à risque. En gynécologie, les salpingites, on n'est pas très à l'aise, on demande facilement un avis aux collègues quand c'est difficile. Puis urinaire, et c'est ce qui a été dit...

Dr 4 : J'ai un point de vue qui rejoint celui de mes confrères. Mais il existe des prescriptions faciles d'emblée : otites moyennes aiguës, angines à TRDA positifs, cystites, prostatites, pyélonéphrites. Mais cela reste difficile d'emblée dans les sinusites, les bronchites, les

pneumopathies (car les signes cliniques peuvent être dissociés des images). Dans ces cas il est difficile de prescrire sans examen complémentaire.

Dr 5 : Dans les salpingites et les sigmoïdites, je prescris après avoir réalisé des examens complémentaires. Pour l'otite, je prescris peu d'antibiotiques sauf chez les enfants à risque : cas sociaux, maigres, prématurés, problèmes parentaux... En dermatologie, j'ai tendance à me méfier de l'impétigo.

Dr 6 : Il existe peu d'urgence à mettre un antibiotique d'emblée sauf le purpura fulminans, splénectomisé. D'où l'intérêt de faire des examens complémentaires. En tant que remplaçant, je dois aussi m'habituer aux habitudes des médecins (absence de TDRA, bandelettes urinaires). Les critères cliniques, le terrain, la compliance (quand on sait qu'un patient risque de ne pas revenir) sont importants dans la décision de prescrire. Finalement, il existe peu de prescription d'antibiotiques. Je voulais rajouter que je suis assez content des campagnes de presse. Il est également important de se reporter aux recommandations et aux arbres décisionnels.

Dr 7 : Je vais redire ce que tout le monde a dit. Les principales indications sont ORL et urologiques. J'utilise peu les tests (seulement en cas de doute clinique), Je ne prescris pas de prescription d'emblée dans l'otite mais fais revenir à 72 heures. Pas d'antibiotique dans les bronchites si pas de tares sous jacentes. On essaie d'argumenter les pneumopathies par la biologie et l'imagerie mais c'est rare 2-3 par an...

Dr 2 : Cet hiver, on a été gâté...

Dr 7 : Et finalement, peu de dermatologie et peu de gynécologie.

Dr 8 : Je suis très d'accord avec les différents intervenants : les antibiotiques ont des indications ciblées, précises avec pour la plupart des recommandations...Ma difficulté, ce sont les pneumopathies qui à pneumocoque sont également des urgences. Les signes cliniques sont parfois trompeurs. Ainsi je prescris en première intention et argumente ma prescription par la suite, surtout chez l'enfant. Je prescris 10 fois moins d'antibiotiques que la moyenne départementale de 0 à 6 ans, indication donnée par la CPAM. Parfois l'examen de la personne âgée est très difficile, et parfois on traite à l'aveugle. Il est dur d'entendre un foyer chez quelqu'un qui crépitait déjà d'avance...

Dr 2 : Je voulais rajouter après avoir écouté les autres des cas d'automédication où le patient prend par lui même des antibiotiques et ceux qui disent que sans antibiotique on ne guérit pas. Il est parfois difficile de faire raisonner ces gens-là. La deuxième remarque que je voulais dire est liée à mon activité de médecin coordonnateur en EPAD. Il y a eu cet hiver une épidémie

dramatique de pneumopathies probablement virales avec 6-7 décès. Mais il était difficile de ne pas prescrire d'antibiotiques dans ces conditions chez des patients âgés de plus de 87 ans...

Modérateur : Pour les infections ORL, urinaires vous faites à peu près tous la même chose. Nous allons rester sur cette sphère broncho-pulmonaire. **Quelle est votre prescription d'antibiotiques dans les bronchites aiguës (toux fébriles sans foyer à l'auscultation) de l'adulte ?**

Dr 8 : Chez un sujet sain, une toux fébrile avec une auscultation pulmonaire normale, sans dyspnée, sans cyanose, sans altération de l'état général me fait évoquer en premier lieu une bronchite d'allure virale. Je propose un traitement symptomatique. Chez un patient aux antécédents de BPCO, les choses vont être un peu différentes : dans ce cas, je reprends les recommandations des exacerbations des BPCO qui tient compte du nombre d'exacerbations dans l'année, des données des EFR pour déterminer le type d'antibiotique.

Dr 7 : J'aime bien la règle des 3 jours, cela sert à plein de choses... Chez l'adulte jeune, je pars dans un premier temps sur une bronchite virale. Je prescris un traitement symptomatique et leur dis de revenir me voir si la fièvre persiste à 3 jours. Chez les gens à risque (insuffisant respiratoire, BPCO), je prescris des antibiotiques type AUGMENTIN. Les patients diabétiques ou à contexte social particulier, je les revois systématiquement. Mais c'est vrai que c'est souvent du cas par cas...

Modérateur : Ce que tu veux dire c'est que tu connais les recommandations mais que parfois tu passes outre les recommandations car tu connais bien ton patient.

Dr 7 : Oui...

Dr 6 : Chez un patient jeune, sans terrain particulier, sans crépitant, je le fais attendre. Le terrain (personne âgée, pathologies associées (cardiaque, rénal, diabétique, immunodéprimé, corticothérapie au long court)) me feront mettre des antibiotiques. Je prends en compte également la durée des symptômes. Etant jeune remplaçant, je n'ai pas l'habitude des bronchites puisqu'à l'hôpital on n'en voit très peu, ou l'on met facilement sous antibiotiques ; probablement à l'hôpital on se pose moins la question. Les examens complémentaires se font à au moins trois jours du début des symptômes.

Dr 5 : Je fais très attention au terrain (diabète, BPCO, insuffisance cardiaque). J'attends toujours 3 jours, en leur disant si cela ne va pas revenez me voir. De temps en temps, on voit des gens qui toussent ou qui ont de la fièvre déjà depuis 8 jours, à qui je mets des antibiotiques. Cela dépend donc du terrain et de la durée de la symptomatologie. J'insiste également sur l'intérêt du repos.

Dr 4 : La distinction bronchite virale, bactérienne, surinfection des bronchites virales, c'est un petit peu flou dans mon esprit. Dans une bronchite, j'ai l'impression que l'on entend des râles bronchiques systématiques, j'ai du mal à faire la distinction sur l'auscultation. C'est essentiellement le terrain qui me guide. Chez le sujet jeune, sans facteur de risque, c'est majoritairement viral. J'avais la notion qu'une bronchite bactérienne guérissait également toute seule. C'est le terrain qui me guide : sujet âgé, alcool-tabagique, diabétique, BPCO.

Ma prescription d'antibiotiques chez les BPCO est guidée par les critères des recommandations : augmentation de la quantité d'expectorations, la purulence, l'augmentation de la dyspnée. Ce sont des critères qui ne sont pas toujours si évidents.

Dans ce contexte, j'utilise peu de radiographie, plus volontiers de NFS, CRP, qui peuvent me guider dans ma décision.

Dr 3 : Un patient avec une bronchite chronique et un VEMS < 75%, on commence à s'inquiéter. J'ai des soucis avec des toux fébriles depuis 3 à 4 jours qui peuvent masquer des pneumopathies à la radiographie, il peut exister des discordances entre la clinique et des images. J'ai tendance à partir sur un pourcentage d'infections virales au départ mais par la suite je pose des questions sur une prescription d'emblée sur une antibiothérapie. Et notamment cet hiver avec les bronchites des personnes âgées. Je n'ai pas prescrit d'antibiotique pour la première puis prescription d'emblée pour les autres car le risque est important, potentiellement mortel. Donc dans les toux fébriles prolongées, j'ai tendance à faire une radiographie facilement.

Dr 2 : Chez l'adulte sain présentant une toux fébrile, je note l'aspect des crachats (le crachat clair serait plus en faveur de viral), l'AEG (en dehors du contexte de grippe mais il y a le contexte épidémique), l'intensité de la fièvre, le terrain (asthme, BPCO, diabète, alcool tabagique...).

Il faut également se méfier des pneumopathies sans crépitation. J'utilise fréquemment le saturomètre chez les gens à risque.

Dr 1 : Dans la toux fébrile, je tiens compte du terrain. Sans terrain, je patiente et leur demande de revenir. Dans un terrain à risque, je mets des antibiotiques d'emblée. Je tiens compte de l'expectoration, de la tolérance. En cas de mauvaise tolérance, je mets facilement des antibiotiques. Je tiens beaucoup compte de la biologie (NFS, CRP) quand j'hésite.

Modérateur : J'ai noté l'importance du terrain, la durée de la symptomatologie, la démarche probabiliste. On va essayer d'ouvrir le cap de votre réflexion. **Quelle est votre conduite à**

tenir chez un patient jeune, sain présentant une toux avec expectorations purulentes, sans fièvre évoluant depuis 10 jours ?

Dr 1 : Je propose une biologie et une RP. J'attends le résultat des examens complémentaires. Devant une hyperleucocytose franche, et un syndrome inflammatoire franc je mettrais sous antibiotiques : AUGMENTIN et contrôle à 4 jours.

Dr 2 : On doit tenir compte du terrain. Une expectoration purulente ne veut pas forcément dire grand chose. Il m'arrive de mettre des antibiotiques dans ce contexte là car les patients ont en marre, ils reviennent. Il est vrai que cela dépend aussi de la demande de l'intéressé. Ainsi je prescris dans ce contexte de l'amoxicilline ou un macrolide.

Dr 3 : Je prescris un traitement symptomatique (antitussif) sans antibiotique. Chez ce patient, il n'y a pas de dyspnée, pas de fièvre, pas d'augmentation du volume des expectorations. Dans ce cas il s'agit d'une simple réaction bronchique. J'essaie de lui soulager sa toux en lui expliquant qu'il n'y avait pas de critère de gravité.

Dr 4 : Je ne prescris pas d'antibiotique d'emblée car il s'agit d'un adulte jeune, sans terrain et sans fièvre. J'utilise la biologie pour éventuellement m'orienter vers une surinfection.

Dr 5 : Quand ils reviennent une deuxième fois, je me dis qu'il y a plus de chance statistiquement que cela soit infecté, s'ils reviennent c'est qu'ils ne se sentent pas bien. Je prescris donc des antibiotiques.

Dr 6 : Je prescris également des antibiotiques devant l'aspect de l'expectoration.

Il s'agit probablement d'une surinfection bronchique : AUGMENTIN 2g pendant 7 jours

Prescription de radiographie à la recherche d'un foyer pulmonaire de pneumopathie.

Dr 7 : La couleur de l'expectoration a peu d'importance. Sans fièvre, je pars sur une bronchite aiguë virale. Je prescris un traitement symptomatique sans antibiotique. Je prescris facilement une RP au delà des 15 jours.

Dr 8 : Pas de prescription d'antibiotique. Traitement symptomatique et surveillance de la température car il s'agit d'un patient jeune et apyrétique. L'aspect des crachats n'a pas beaucoup d'intérêt en dehors des cas de BPCO. Il faut se méfier tout de même d'une pneumopathie atypique du sujet jeune.

Dr 1 : Je suis étonnée du critère de la fièvre de certains de mes collègues, on peut avoir une surinfection sans fièvre ?

Modérateur : Jusqu'à présent vous étiez assez consensuels. Maintenant, il y a deux attitudes qui s'opposent de manière équitable : ceux qui sont pour les antibiotiques devant l'évolution de 10 jours et ceux qui ne mettent pas d'antibiotiques car il s'agit d'un adulte jeune sans

fièvre. **Quels sont les critères qui vous orientent vers une prescription ou pas d'antibiotique ?**

Dr 8 : Pas d'antibiotique car c'est un sujet jeune, sans terrain, une auscultation normale, pas d'altération de l'état général, pas de fièvre. Je fais le diagnostic de bronchite aiguë virale qui va tousser pendant 3 semaines.

Dr 7 : Pas d'antibiotique car j'ai le même raisonnement. Bronchite aiguë virale.

Dr 6 : Prescription d'antibiotique dans le cas d'une suspicion de surinfection de bronchite aiguë.

Mon statut de remplaçant est relativement gênant. Il me manque du temps. Il est difficile en temps que remplaçant de faire revenir les patients.

Dr 5 : L'aspect de la toux (expectoration, purulente, durée) m'aide de manière empirique à prendre ma décision. Dans ce cas clinique, j'étais dans le cas d'une surinfection de bronchite.

Dr 4 : Pas de prescription d'antibiotique d'emblée. La biologie m'oriente et peut me faire changer ma prescription.

Dr 3 : Pas d'antibiotique car pas d'altération de l'état général, bonne tolérance. Il y a peu d'importance de l'aspect des expectorations. Effectivement, après ma deuxième pensée ce sont les pneumopathies atypiques et la coqueluche. En ce qui concerne notre collègue remplaçant, en garde je ne réagis pas du tout comme cela : on n'hésite moins à prescrire des traitements antibiotiques quand il me manque des éléments sémiologiques.

Dr 2 : Je pense que dans ce genre de cas, on peut fonctionner au feeling, ce qui n'est pas forcément rationnel. La toux traitante c'est un calvaire pour le généraliste : les patients sont inquiets et cela malgré différents examens complémentaires. Cela passe sans savoir vraiment pourquoi...

Dr 1 : Pas d'antibiotique. Je préviens que la toux peut durer...Mais c'est vrai qu'à 10 jours je fais facilement une biologie et mets facilement des antibiotiques ; un reste du passé ?

Modérateur : **Quel est l'histoire naturelle d'une bronchite aiguë ?**

Dr 1 : C'est un patient jeune qui présente une toux, de la fièvre, des myalgies, des expectorations.

Il tousse pendant 3 à 5 semaines en s'améliorant.

Dr 2 : La bronchite est une inflammation des bronches liée à un agent infectieux, viral la plupart du temps et exceptionnellement bactérien. Il existe une toux sèche ou expectoratrice pendant environ 15 jours.

Dr 3 : Toux fébrile, ronchi pendant 10-15 jours.

Dr 4 : Je ne connais pas l'évolution naturelle. Toux pendant 10-15 jours.

Dr 5 : Toux sans fièvre pendant 15 jours.

Dr 6 : Toux fébrile d'amélioration progressive. Toux sèche 15 jours.

Dr 7 : Toux pendant 3 semaines.

Dr 8 : Toux 3 semaines.

Dr 4 : Je note une incohérence entre ma connaissance de l'histoire naturelle et ma prescription d'antibiotiques. Je pense que c'est aussi pour se rassurer que l'on prescrit des antibiotiques.

Modérateur : **Qu'est ce qui vous aiderait en pratique pour votre prescription ?**

Dr 2 : Avoir un test type TDRA pour la bronchite aiguë

Rires...

Dr 1 : On part sur les mêmes bases médicales mais cela toujours médecin et patient dépendant, en fonction de notre expérience. Ainsi, je ne crois pas qu'un cours magistral change ma pratique.

Non, c'est notre expérience qui nous guide.

Dr 5 : C'est notre expérience qui nous guide le plus, le recul ...

Dr 3 : Les recommandations de l'AFSSAPS nous cadrent bien, cela était le cas avec les angines.

Il faut s'aider des consensus. Les formations sont intéressantes, elles nous sortent avec des critères précis un peu de notre intuition. L'intuition est quelque chose de personnel ; il y a des médecins stressés et d'autres moins...Travailler dans un cadre précis est tout de même rassurant...

Dr 1 : Oui, mais je pense qu'il faut parfois s'adapter.

Modérateur : voilà, si vous n'avez rien à rajouter, on va en rester là. En vous remerciant.

DEUXIEME PARTIE : L'ANALYSE DE LA TABLE LONGUE

Comme décrit précédemment, nous avons utilisé l'analyse de « la table longue » : le principe de base consiste à analyser les transcriptions de parole des participants appelées **verbatim**. Tous ces verbatim sont découpés, classés, comparés et étiquetés en fonction de l'idée ou du sous thème qui peut les résumer : ce sont les **occurrences**. Les occurrences peuvent être regroupées en grands thèmes appelés **dimensions**.

Ces résultats seront par la suite divisés en deux grandes parties :

- les perceptions des médecins généralistes : c'est à dire la représentation intellectuelle, l'idée du médecin généraliste sur les antibiotiques, la prescription d'antibiotiques et la bronchite aiguë.
- La stratégie cognitive des médecins généralistes : c'est-à-dire l'ensemble d'actions coordonnées et les processus intellectuels aboutissant à la prescription d'antibiotiques.

I. Perceptions des médecins généralistes

I.1. Les antibiotiques

I.1.1. Définition

- produits antibactériens
- médicaments majeurs de la pharmacopée
- importance économique

I.1.2. Indications

- peu d'urgence à instaurer une antibiothérapie en dehors du purpura fulminans et des patients splénectomisés
- rares indications systématisées en médecine générale avec finalement peu d'étiologies :

- ORL : les angines (aux Tests de Dépistage Rapide « TDR » positifs), les otites moyennes aiguës, les sinusites aiguës
- respiratoires : les bronchites aiguës (dans quelques cas), les pneumopathies
- digestives : les diverticulites sigmoïdales
- urinaires : les pyélonéphrites aiguës, les prostatites, les cystites
- dermatologiques : les érysipèles, les impétigos, les panaris
- gynécologique : les salpingites

I.2. Les caractéristiques de la prescription des antibiotiques

I.2.1. Une modification des habitudes de prescription

- une antibiothérapie pour tout syndrome fébrile il y a 10 ans
- une prescription ancienne quasi quotidienne
- un changement de pratique : vers une diminution de la consommation d'antibiotiques
- dorénavant une prescription parfois hebdomadaire

I.2.2. La prescription d'antibiotiques : une pratique devenue raisonnée

- un acte argumenté, réfléchi
- une prescription répondant à un protocole, un arbre décisionnel, des recommandations
- une justification entre associés
- un questionnement quasi-quotidien
- une antibiothérapie ciblée pour des indications précises
- l'utilisation d'exams paramédicaux

I.2.3. Mais un acte facile

- une prescription qui reste facile

I.3. La bronchite aiguë

- inflammation des bronches
- infection virale
- toux pendant 10 à 21 jours
- syndrome grippal

II. Les stratégies cognitives

II.1. Identification des facteurs intervenant dans la prescription d'antibiotiques

II.1.1. Le terrain

- BPCO
- asthme
- tabac
- insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale
- Diabète
- Immunodépression
- Corticothérapie au long court

II.1.2. La clinique

- l'altération de l'état général
- l'asthénie
- la toux persistante
- le caractère purulent de la toux
- la fièvre et son intensité
- une auscultation pulmonaire anormale

II.1.3. Le patient

- le souhait d'avoir des antibiotiques
- la référence à des expériences passées considérées comme des échecs médicaux
- un traitement antibiotique déjà débuté
- les consultations itératives pour la même symptomatologie

II.1.4. Le caractère saisonnier

II.1.5. Le type de prescripteurs

- le médecin traitant habituel

- le médecin de garde
- le remplaçant

II.2. Le diagnostic

Après la mise en évidence de différents facteurs influençant la prescription d'antibiotiques, les participants posent 3 différents diagnostics :

II.2.1. Une bronchite aiguë virale aboutissant à un traitement symptomatique

II.2.2. Une surinfection bactérienne de bronchite aiguë virale entraînant une prescription d'antibiotiques

II.2.3. Un doute diagnostic :

- le piège de la pneumopathie ou de la surinfection bactérienne
- la dissociation entre les images et la clinique
- les expériences vécues
- le caractère épidémique
- l'inexpérience
- la non connaissance des référentiels

II.3. Les stratégies pour ne pas prescrire

Après avoir recueilli les différents facteurs agissant sur la prescription d'antibiotiques, le médecin généraliste organise une stratégie pour ne pas prescrire d'antibiotique :

II.3.1. L'information des patients

- les explications médicales données aux patients
- la différence entre une infection virale et bactérienne
- les campagnes de l'assurance maladie avec le slogan « les antibiotiques ce n'est pas automatique »

II.3.2. La formation médicale

- les recommandations de l'AFSSAPS
- la Formation Médicale Continue
- les audits, les comparaisons d'activité

II.3.3.. Les examens para-cliniques

- la biologie
- une radiographie pulmonaire

II.3.4. Le suivi et la surveillance médicale

- revoir le patient à 48 ou 72 heures

II.4. L'avenir : pour une meilleure pratique médicale

II.4.1. Un Test de Dépistage Rapide de Bronchite Aiguë : TDRBA ?

- l'intérêt d'un test ambulatoire bactérien équivalent au TDRA de l'angine streptococcique

II.4.2. La multiplicité des formations

- l'intérêt des FMC
- le cadre des recommandations de l'AFSSAPS

II.4.3. Un certain fatalisme

- l'inadéquation entre toutes théories et un patient en ambulatoire
- le guide de l'expérience
- l'importance de la relation médecin/malade
- le manque de conviction des cours magistraux

DISCUSSION

CHAPITRE PREMIER : DISCUSSION AUTOUR DE LA METHODE – LE FOCUS GROUP

L'étude type focus group est une méthode d'enquête qualitative particulièrement adaptée aux travaux exploratoires. Cependant, si elle connaît de nombreux avantages, elle connaît aussi des limites [18,19].

- Les avantages
 - méthode de recherche économique en temps de recueil de données et en argent
 - environnement favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées
 - échantillonnage de groupe sans exigence de représentativité
 - opportunité pour les médecins généralistes d'étudier certains aspects de leur pratique.

- Les limites
 - analyse de données longue et fastidieuse
 - risque de domination de certains participants au sein du groupe.

Les résultats d'une étude par focus group ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population source. Mais les résultats peuvent être utilisés secondairement pour l'élaboration du questionnaire d'une enquête quantitative sur un échantillon représentatif.

La réalisation d'entretiens de groupes approfondis nécessite un apprentissage.

Par ailleurs, un biais de sélection est probable : les sujets enquêtés ont été sélectionnés par choix raisonné et sur la base du volontariat. Un certain nombre de médecins généralistes ont ainsi refusé de participer à cette étude. A noter la participation de 5 maîtres de stages au sein des 8 médecins généralistes...

DEUXIEME CHAPITRE : DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS

La discussion reprend les grandes dimensions précédemment utilisées organisées autour des perceptions et des stratégies cognitives des médecins généralistes.

Pour chacune d'entre elles, nous développerons les différentes occurrences apparues essentielles dans les entretiens en nous confrontant aux référentiels et aux recommandations en rigueur.

I. Les perceptions

I.1. Les antibiotiques

Au cours de l'entretien se dégage une sorte de consensus admis par les différents praticiens concernant la définition et les indications des antibiotiques en médecine générale.

En 2005, l'AFSSAPS actualise les différentes recommandations de bonne pratique sur l'antibiothérapie en médecine générale :

- Rhinopharyngite aiguë : l'antibiothérapie n'est pas recommandée chez l'adulte comme chez l'enfant, sauf en cas de complications supposées bactériennes [20].
- Angine aiguë : il est recommandé de ne traiter par antibiotiques que les angines documentées à streptocoque bêta- hémolytique du groupe A (SGA), en raison du risque de complications (notamment, rhumatisme articulaire aigu). Ceci implique de pratiquer un Test de Diagnostique Rapide du SGA) devant toute angine érythémateuse ou érythémato-pultacée chez les enfants de plus de 3 ans et les adultes ayant un score de Mac Isaac (Fièvre >38°C=1 ; Absence de toux =1 ; Adénopathies cervicales antérieures =1 ; Atteinte amygdalienne =1 ; Age 15 à 44 ans =0 ; >44ans =1) supérieur ou égal à 2 [20].
- Otite moyenne aiguë : l'otite purulente, l'antibiothérapie est recommandée d'emblée avant 2 ans ; après 2 ans, l'antibiothérapie n'est pas systématiquement recommandée sauf en cas de symptomatologie bruyante (fièvre élevée, otalgie intense). Dans les otites congestives et séro-muqueuses, l'antibiothérapie n'est pas recommandée [20].

- Sinusite aiguë : l'antibiothérapie est recommandée en cas de symptomatologie de sinusite maxillaire aiguë typique (unilatéralité des signes, douleurs infra-orbitaires, rhinorrhée...), d'échec d'un traitement symptomatique initial ou de complications ou d'association à une infection dentaire homolatérale supérieure, de sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale et chez l'enfant à partir de 3 ans [20].
- Bronchiolite : l'antibiothérapie est inutile en première intention [20].
- Bronchite aiguë : l'antibiothérapie n'est pas recommandée [20].
- Exacerbation de bronchite chronique obstructive (BPCO) : l'antibiothérapie est recommandée en cas de franche purulence verdâtre des crachats en cas de BPCO Stades I, II ou III (VEMS/CV<70%) [20].
- Pneumonie communautaire : l'antibiothérapie sans délai est toujours recommandée [20].

Un petit nombre de participants a accentué ses propos sur « le piège de la pneumopathie » et l'urgence relative que peut représenter une pneumopathie à pneumocoque. Ainsi, dans ce cas également, une antibiothérapie est souvent débutée systématiquement avant même les résultats de l'imagerie. Cette notion est importante pour la suite de l'étude et les facteurs déterminants la surconsommation d'antibiothérapie dans les infections présumées virales.

On doit souligner que l'AFSSAPS recommande une antibiothérapie sans délai dans le cadre de pneumonies communautaires.

Les antibiotiques ont été définis comme des substances antibactériennes jouant un rôle économique non négligeable.

I.2. Les prescriptions d'antibiotiques

I.2.1. Une baisse des prescriptions

Les participants installés depuis plus d'une dizaine d'années témoignent d'une modification nette de leurs pratiques médicales allant vers une diminution de la consommation des antibiotiques. Certains relatent « des prescriptions quasi-quotidiennes » voire même pour « tout syndrome fébrile ».

Dorénavant, il s'agit de prescriptions non systématiques pouvant être hebdomadaires.

Ces dires illustrent bien l'évolution de la consommation des antibiotiques en France, avec un pic dans le début des années 1990, comme nous l'avons décrit précédemment.

I.2.2. Les raisons de cette baisse

Les médecins généralistes expliquent ce changement d'habitude par la progression des campagnes publicitaires de l'assurance maladie, des FMC et des recommandations de l'AFSSAPS.

En effet, de nombreuses actions ont été menées par les pouvoirs publics ces dernières années aboutissant à une baisse de prescription d'antibiotiques [21]:

- les conférences de consensus
- les recommandations de l'Agence de Sécurité Sanitaire de Produits de Santé (AFSSAPS) sur l'antibiothérapie par voie générale courante
- les actions des autorités de santé
- le plan d'action national visant à préserver l'action des antibiotiques
- les campagnes nationales de l'assurance maladie depuis 2002

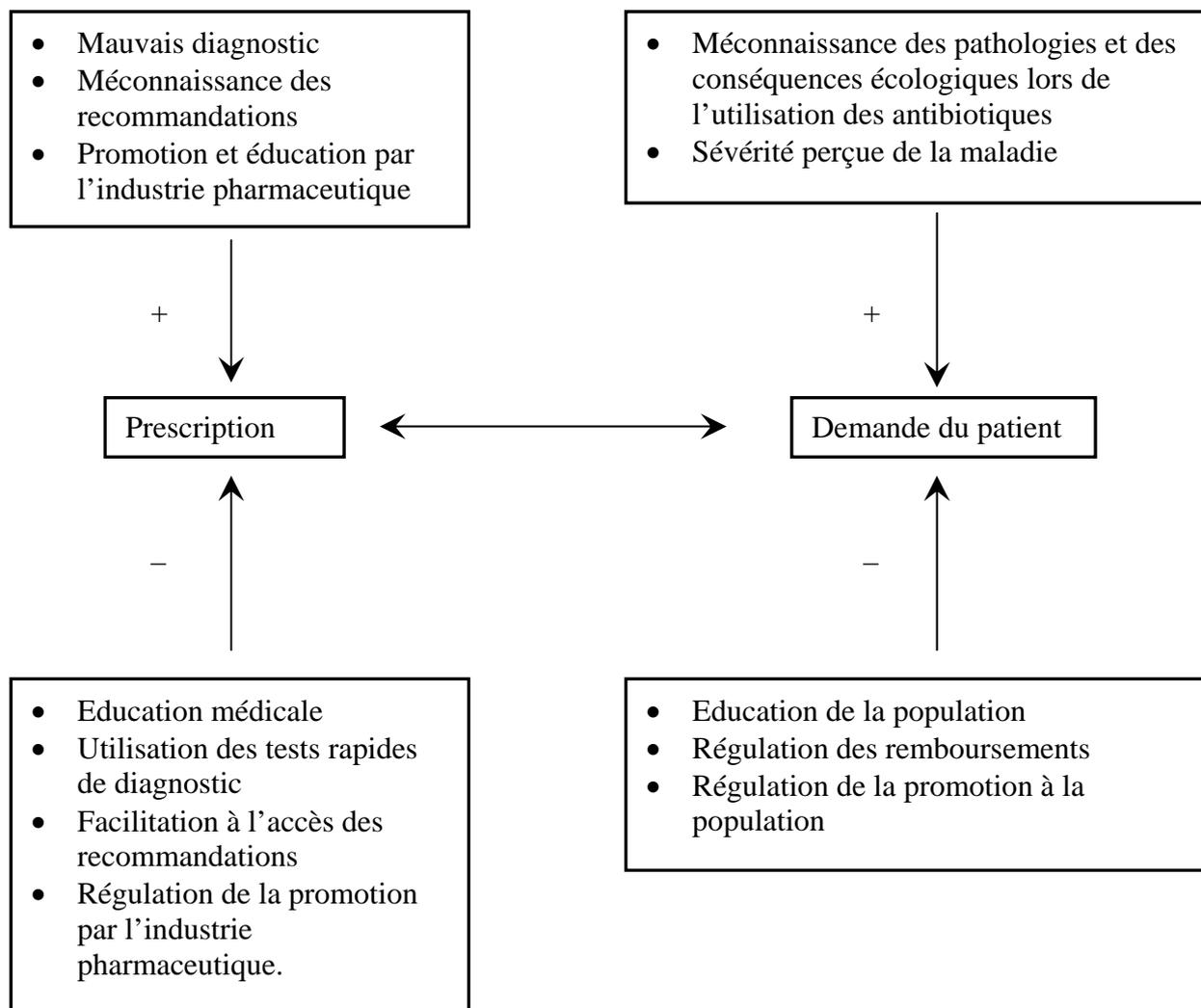
II. Les stratégies cognitives

II.1. Les facteurs agissant sur la prescription d'antibiotiques

II.1.1. Les paramètres influençant la décision de prescrire un antibiotique

Le schéma ci dessous résume les différents paramètres qui entrent en jeu pour influencer la prescription d'antibiotiques [21,22] :

Facteurs intervenants dans la prescription antibiotique



II.1.2. Résultats d'une enquête menée auprès des maîtres de stage lorrains [23]

- Méthode : Il s'agit d'une enquête déclarative prospective réalisée entre mars et juin 1999 : les 96 maîtres de stage lorrains ont reçu un questionnaire (anonyme) leur proposant une liste de 32 motivations susceptibles d'expliquer leur prescription au moment de la consultation. Chaque médecin devait inclure les 5 premiers patients répondant aux critères d'inclusion.
- Résultats : 43 médecins ont analysé 198 prescriptions au total. La symptomatologie, les antécédents (évolution défavorable lors des épisodes précédents, deuxième consultation), le terrain (tabagisme) et la demande présumée du patient étaient les arguments les plus souvent cités. Dans 41% de ces situations, les médecins ont déclaré prescrire sans hésitation, en raison de l'existence supposée d'un référentiel, et 21% des médecins ont estimé prescrire trop souvent des antibiotiques.
- Conclusion : La méconnaissance des référentiels et la pression (supposée) des patients sont les principaux facteurs de l'antibiothérapie non fondée. Modifier les pratiques nécessitera la mise au point et la diffusion de recommandations adaptées et d'outils d'aide à la décision, ainsi que des campagnes de sensibilisation des patients.

II.1.3. Argument fondant la prescription d'une antibiothérapie dans les infections respiratoires : l'étude PAAIR [24]

- Méthode

De manière à saisir les déterminants de la prescription d'antibiotiques dans des situations cliniques non justifiées, le fonctionnement médecin/patient a été étudié in vivo. Le dispositif de recherche a réuni 30 praticiens issus de 6 facultés de médecine franciliennes, tous ayant accepté de tenter, en situation, des transformations de leurs habitudes de prescription. Il s'agit de la méthode dite du « praticien réflexif ».

Dans cette étude, la technique dite de l'incident critique définie par Flanagan a été utilisée. L'incident critique est défini comme une situation complexe pour laquelle la non prescription d'antibiotiques n'est pas évidente du fait de l'apparition durant la consultation d'un événement jugé suffisamment significatif pour que la « non prescription » effective pose un problème.

Deux types d'incidents critiques ont été définis :

- l'incident critique à issue favorable (ICF) : après une adaptation de sa stratégie le médecin aboutit à une non prescription d'antibiotiques.
- l'incident critique à issue défavorable (ICD) : le médecin prescrit un antibiotique du fait du renoncement ou de l'échec de la mise en place d'une stratégie de non prescription.

- Résultats

Sur 206 situations cliniques, 184 ont pu être exploitées : 83 ICF et 101 ICD.

Résultats quantitatifs

Ils déterminent les facteurs influençant l'issue de l'incident critique.

Des antibiotiques ont été davantage prescrits :

- lorsque le patient semblait fatigué ou très fatigué
- s'il était perçu comme ayant un risque
- en cas de faible certitude de l'origine virale
- si le médecin avait l'intime conviction que les antibiotiques étaient une bonne réponse au problème posé par le malade ou par la maladie

A l'inverse, le médecin prescrivait moins d'antibiotiques quand :

- le patient semblait en forme
- le médecin était capable d'expliquer sa décision

Le praticien était plus souvent satisfait lorsqu'il ne prescrivait pas d'antibiotiques.

Résultats qualitatifs

Le premier objectif de cette étude était de déterminer les situations responsables de prescriptions d'antibiotiques :

- le patient souhaitait avoir des antibiotiques
- le patient faisait référence à des expériences passées
- le traitement antibiotique avait déjà été commencé
- le patient renvoyait à des épreuves personnelles ou familiales douloureuses
- la prescription d'antibiotiques n'était pas le principal problème de la consultation
- la concurrence entre médecins
- 2^{ème} ou 3^{ème} consultation pour cet épisode
- le patient était fatigué ou très fatigué
- le malade était perçu à risque

- le médecin doutait de l'origine virale de la maladie
- la conviction du médecin était forte et opposée aux recommandations

Le deuxième objectif était de repérer les stratégies pour ne pas prescrire :

- repérer que la non prescription risquait de poser des problèmes
- prendre la décision de ne pas prescrire puis la négocier au cours de la consultation
- faire expliciter la demande puis expliquer à partir des craintes et des représentations des patients
- faire un examen précis, ritualisé et commenté à chaque étape
- expliquer la différence entre virus et bactéries
- proposer une cause non infectieuse de rechange

- Conclusion

L'étude PAAIR a permis de repérer de manière qualitative et quantitative les situations cliniques critiques responsables d'une prescription d'antibiotiques mais aussi de déterminer des stratégies pour modifier leurs prescriptions et de percevoir l'évolution des pratiques.

Ce travail pointe la difficulté de mettre en application les référentiels dans les situations cliniques en ambulatoire. La pratique de la médecine ne peut se résumer à l'application stricte des recommandations.

II.1.4. Comparaison du focus group avec l'étude PAAIR

Au cours du focus group, il a été identifié 4 grandes stratégies pour ne pas prescrire d'antibiotiques :

- l'information aux patients
- les formations médicales
- les examens para-cliniques
- la prescription différée

La technique de la prescription différée consiste à proposer au patient de prendre l'antibiotique quelques jours après la consultation, en cas de persistance ou d'aggravation de certains signes cliniques. Cette stratégie pourrait être utilisée lorsque les différents

symptômes du patient ne permettent pas de trancher formellement en faveur de l'antibiothérapie ou lorsque la situation ne nécessite pas d'antibiotique, mais que le médecin se sent soumis à une pression forte de la part du patient en faveur de l'antibiothérapie.

Cinq études contrôlées de prescriptions différées sont disponibles sur des patients souffrant d'otite moyenne aiguë, de toux persistante, d'angine et de rhume [25]. Les taux de réduction de la consommation d'antibiotiques étaient compris entre 25 et 50 %. Les stratégies conseillées aux patients étaient variables d'une étude à l'autre. Les résultats les plus significatifs ont été observés dans les études où le patient devait revenir consulter pour obtenir une prescription.

Dans le contexte des éléments décrits jusqu'à présent, la stratégie de prescription différée peut être évoquée dans les cas où le praticien est en difficulté, et ce malgré l'utilisation optimale des outils d'aide à la prescription. En effet, quelle que soit la qualité de ces outils, il existe toujours un pourcentage incompressible de situations d'hésitation [26]. Cette attitude n'est pas recommandée officiellement actuellement.

II.2. Les déterminants de la prescription d'antibiotiques décelés au cours du focus group

Après analyse des résultats du focus group, on peut détacher 3 grands déterminants qui influencent la prescription d'antibiotiques au cours d'une consultation en médecine générale :

- Le médecin
- La pression du patient
- Les recommandations médicales

II.2.1. Le médecin prescripteur

II.2.1.1. L'influence du terrain

Le terrain reste un élément primordial dans la décision de débuter une antibiothérapie.

De nombreux éléments ont, en effet, été cités comme responsables d'un terrain à risque et donc, n'entrant plus dans la définition de l'AFSSAPS de la bronchite aiguë du sujet jeune : BPCO avec troubles ventilatoires obstructifs, asthme, insuffisance cardiaque, insuffisance

rénale. Un petit nombre connaissait les recommandations de l'antibiothérapie des exacerbations de BPCO avec des troubles ventilatoires obstructifs.

Cependant, le tabac, cité à de nombreuses reprises n'entre pas dans le référentiel déterminant la prescription d'antibiotiques ; il en va de même pour les exacerbations aiguës de bronchites chroniques sans trouble ventilatoire.

Un des facteurs déterminants est également la notion d'épidémie et leur caractère saisonnier.

II.2.1.2. La sémiologie

Les symptômes étaient également une motivation essentielle dans la demande d'examens complémentaires voire de prescriptions systématiques d'antibiotiques.

- la toux

Pour la plupart des participants, la toux fébrile chez l'adulte sain n'occasionnait pas d'antibiotiques.

Mais la persistance d'une expectoration purulente au-delà de 7 jours chez un sujet sain, apyrétique et sans anomalie auscultatoire a jeté un doute parmi les praticiens. Une partie d'entre eux ont défini le caractère purulent comme une surinfection bactérienne de bronchite aiguë. Cependant les recommandations de l'AFSSAPS ont changé en 2002 : une antibiothérapie pouvait être débutée après une toux persistante au delà de 7 jours.

Selon l'AFSSAPS, l'apparition d'une expectoration purulente lors d'une bronchite aiguë du sujet sain n'est pas synonyme de surinfection bactérienne. Elle correspond à une intense nécrose épithéliale et ne dure pas en général plus de 10-15 jours.

- la fièvre

Lors des recommandations de 2002 de l'AFSSAPS, la fièvre persistant au delà du septième jour était souvent citée comme un argument en faveur d'une surinfection bactérienne [1]. La réactualisation d'octobre 2005 de l'AFSSAPS déclare qu'une fièvre persistant au-delà de 3 jours doit faire revoir le diagnostic... [9]

II.2.1.3. Les habitudes

Les habitudes de prescription d'antibiotiques ont changé au cours de ces quinze dernières années. Une des participantes avouait prescrire quasi-systématiquement une antibiothérapie pour tout syndrome fébrile. Certaines habitudes ont du mal à disparaître... D'autant plus que la prescription d'antibiotiques reste pour les participants du focus group un geste relativement

facile : les antibiotiques sont des médicaments faciles d'accès avec finalement peu d'effets indésirables (pour le patient... il en est autrement pour l'écologie bactérienne [13]).

II.2.1.4. Les oublis

Certains éléments nous semblant inéluctables dans les déterminants de la prescription d'antibiotiques n'apparaissent pas dans le focus group :

- le rôle des laboratoires et des visiteurs médicaux

A aucun moment du focus group, les médecins généralistes n'évoquent l'influence éventuelle des laboratoires pharmaceutiques dans la prescription d'antibiotiques... S'agit-il d'un oubli ? Volontaire ? Au cours de notre recherche bibliographique, il n'a pas été trouvé d'études récentes sur cette influence dans la prescription d'antibiotiques.

- l'angoisse du prescripteur

Une certaine anxiété des soignants influence dans un quart des situations la décision de débiter une antibiothérapie, d'autant plus qu'il existe des antécédents à risque et que le praticien exerce seul [23].

II.2.2. La pression des patients

La pression exercée par les patients de manière plus ou moins insistante influence plus ou moins directement la prescription.

En effet, une enquête de l'Ipsos en 2004 [27] met en évidence l'importance et le rôle de l'antibiothérapie :

- 50% des français pensent que les antibiotiques permettent de guérir plus vite
- ¼ de français pensent que les antibiotiques font baisser la fièvre
- 60% des français croient encore que les antibiotiques sont efficaces contre la grippe et les rhinopharyngites.

Cependant, une évaluation des actions menées par l'Assurance Maladie sur les saisons automne-hiver 2003/2004 grâce à un enquête montre qu'un changement tangible s'opère [21] :

- 2/3 des personnes interrogées jugent être mieux informées sur les résistances et sur l'utilité des antibiotiques contre les bactéries et non les virus

- ¼ reconnaît avoir changé son attitude lorsqu'il consulte son médecin
- ¾ connaît le risque de résistance dont 70% de résistance bactérienne

D'autre part, le médecin semble également avoir du mal à imaginer que son malade n'inclue pas le médicament de façon quasi-systématique dans l'acte médical. Une enquête de M. Doumenc et al. [23,28], réalisée en novembre 1990 auprès d'enseignants, membres d'un groupe de recherche de médecine générale, visait à comparer les attentes des malades avant la consultation et la perception que pouvait en avoir le médecin généraliste. Une des discordances observées concernait la prescription médicamenteuse pour laquelle 18% des malades se virent attribuer une demande qu'ils n'exprimaient pas.

II.2.3. Les références médicales

Les références médicales (Recommandations de l'AFSSAPS, RMO...) jouent également un rôle dans la prescription d'antibiotiques.

Cependant les recommandations évoluent et nécessitent un suivi pour les médecins prescripteurs.

La formation médicale a été largement critiquée par certains des participants du focus group, lui reprochant de n'être que théorique sans grande efficacité face à l'expérience.

Sur ces faits il est important de souligner l'obligation d'évaluation individuelle des médecins apparue dans la nouvelle loi sur l'assurance maladie.

Article 14 de la loi sur l'assurance maladie publiée au JO le 13 août 2004 [29] : « Art. L. 4133-1-1. L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés. « Il est satisfait à cette obligation par la participation du médecin à un des dispositifs prévus à l'article L. 1414-3-1 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret ». « Le non-respect par un médecin de l'obligation lui incombant au titre du présent article l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 145-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale. Préalablement au dépôt de la requête, le médecin est informé des faits qui lui sont reprochés. A compter de cette notification, le médecin dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations et pour s'engager à participer à une action d'évaluation et d'amélioration de la qualité de sa pratique professionnelle dans un délai de six mois. Les

poursuites sont suspendues et, le cas échéant, abandonnées s'il est constaté que le médecin a respecté son engagement. » « Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » Le décret d'application a été publié le 15 avril 2005 [30]. Il précise les modalités de la nouvelle obligation quinquennale, définie dans la réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, à laquelle devront se soumettre tous les médecins avant juillet 2010. Il rappelle en préambule que « L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention [...] dans le respect des règles déontologiques » et qu'elle fait « partie intégrante de la formation médicale continue. »

Le maître d'œuvre de l'EPP est la Haute Autorité de Santé. Le texte détaille le déroulement de la manœuvre pour les praticiens, en fonction de leur mode d'exercice. L'EPP des médecins libéraux est organisée par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) qui met à leur disposition toutes les informations utiles pour la réalisation de la procédure.

Le respect de l'obligation est validé par une commission placée auprès du Conseil Régional de l'Ordre de Médecins. Lorsque le médecin a satisfait à l'EPP, la commission en informe le Conseil Départemental de l'Ordre qui délivre une attestation au médecin concerné.

Le médecin qui n'a pas fait état de son évaluation au bout des 5 ans est mis en demeure de produire des justificatifs. En leur absence, la commission régionale peut saisir le Conseil Régional de l'Ordre qui met en œuvre la procédure disciplinaire. Cette dernière peut aboutir à l'interdiction d'exercer.

D'autre part, La Formation Médicale Continue est un des éléments ayant permis la diminution de prescription d'antibiotiques.

Actuellement l'étude PAAIR II est en cours [31]. L'objectif de cette étude est de montrer que 2 interventions - une formation FMC de type interactif basée sur les recommandations et une recherche d'action basée sur les résultats de l'étude PAAIR I - sont capables de réduire significativement et durablement la prescription globale ambulatoire d'antibiotiques dans les infections respiratoires présumées virales chez le patient de plus de 15 ans. Le critère de jugement sera le nombre d'ordonnances comprenant une prescription d'antibiotiques.

III. Synthèse

A partir de ce travail, on entrevoit toute la difficulté de prescriptions au cours d'une consultation de médecine générale où s'entrecroisent différents facteurs : le médecin, le patient et les références médicales.

III.1. La pratique médicale en médecine générale

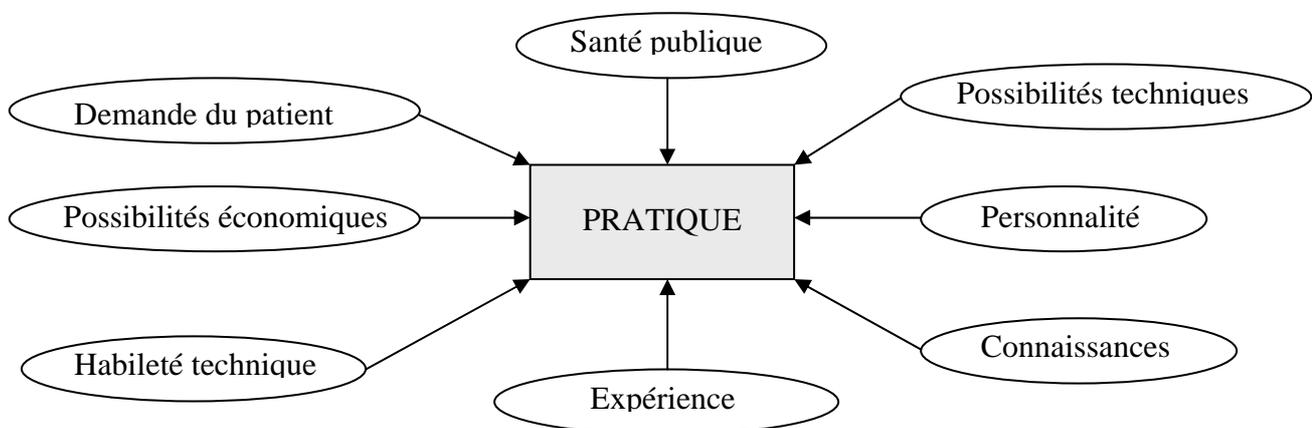
La pratique médicale est la résultante de l'influence de multiples facteurs [32] : des facteurs personnels et des facteurs extérieurs peuvent être individualisés.

- Les facteurs personnels
 - les connaissances théoriques
 - l'apprentissage d'une habilité technique
 - la personnalité du médecin
 - l'expérience acquise.

Ces 4 critères peuvent en partie définir la compétence du médecin.

- Les facteurs extérieurs
 - la politique de santé publique
 - les ressources économiques
 - les possibilités techniques
 - les demandes du patient qui sont parfois négociables mais ne peuvent pas être ignorées.

Ces différents facteurs peuvent être illustrés :



A partir de ces données de base, le médecin exerce sa profession : il reçoit un patient, l'accueille, l'observe et l'écoute, établit un diagnostic – le plus souvent en terme de probabilité et non en terme de certitude absolue, le soigne en l'accompagnant tout au long de son histoire, génère des coûts et gère son entreprise.

III.2. L'Evidence-based medicine (EBM)

L'évaluation de la qualité des pratiques médicales, se fonde sur la démarche dite de « la médecine fondée sur les preuves » (Evidence-based medicine) qui se définit comme « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient » [33]. S'agissant d'un modèle de décision clinique et non d'une théorie de la connaissance, l'EBM est un instrument adapté à l'évaluation des pratiques.

Il s'agit de suivre une démarche en 4 étapes visant à enclencher une dynamique d'amélioration continue dans la qualité des soins.

- traduire les besoins d'informations issus de l'activité clinique
- rechercher méthodiquement dans la littérature les meilleures preuves permettant d'y répondre
- évaluer la validité et l'utilité de ces données
- mettre en pratique les conclusions et évaluer les performances ultérieures.

L'Evidence-based health care (EBHC) remplace progressivement celle de l'EBM et repositionne le modèle dans une perspective de gestion médicalisée du système de soin et présente 4 avantages [34] :

- **Responsabilisation** : l'EBM reconnaît le rôle des praticiens : « la compétence clinique du soignant » est l'un des déterminants de la décision.
- **Décision partagée** : la prise en compte systématique des « valeurs du patient » satisfait à la fois à un impératif éthique et à une évolution sociologique.
- **Faisabilité** : les praticiens demandent à utiliser des synthèses de preuves adaptées à leurs besoins, élaborées par des collègues compétents et indépendants car eux-mêmes estiment n pas avoir la disponibilité et les compétences nécessaires.
- **Cohérence** : L'EBHC est un langage audible par tous les acteurs du système de santé car elle repose sur un socle méthodologique unique et scientifiquement fondé.

Ce modèle d'évaluation diffère de celui de *guidelines* (recommandations de pratique clinique au milieu des années 1990).

L'EBM reconnaît la valeur scientifique des *guidelines* quand elles sont développées de manière méthodique et se fondent sur des niveaux de preuves explicites. Toutefois, comme toute preuve externe, elles ne peuvent s'appliquer aux cas individuels qu'après avoir été pondérées par les 2 autres piliers de la décision : la « compétence clinique du praticien » et « les valeurs du patient » correctement informé...

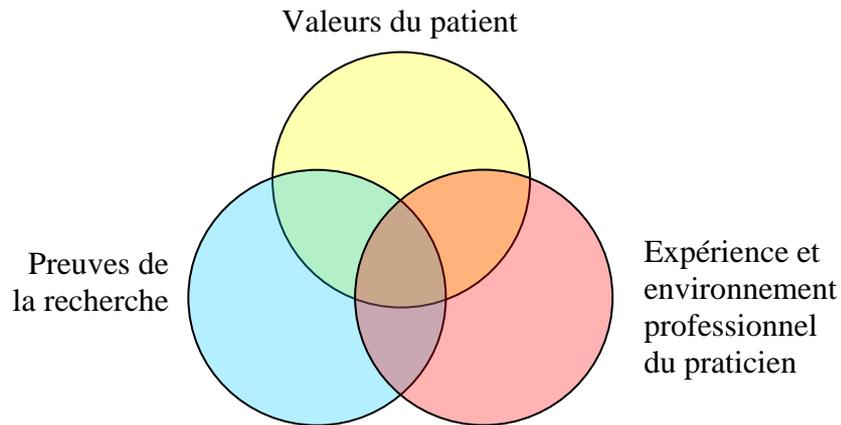


Figure : Modèle de décision clinique selon l'EBM

CONCLUSION

La bronchite aiguë est une pathologie infectieuse fréquente, dans la majorité des cas d'origine virale, donnant lieu à un grand nombre de prescriptions d'antibiotiques en médecine générale en France. Notre étude avait pour objectif de déterminer les facteurs influençant la prescription d'antibiotiques afin de comprendre les raisons de cette surconsommation.

La méthode dite du focus group a pu être réalisée grâce au volontariat et à l'honnêteté des participants : des médecins généralistes ayant accepté de dévoiler leur pratique médicale.

Ce travail a permis de déterminer certains facteurs de prescriptions d'antibiotiques : l'influence du patient, du terrain, de la séméiologie et l'importance des recommandations médicales parfois mal connues... Des stratégies de non prescription d'antibiotiques ont également été identifiées : la prescription différée, l'utilisation d'examen complémentaires dans le doute, la crainte d'une pneumopathie et l'information donnée aux patients. Une partie de ces résultats a pu être retrouvée et comparée à des études nationales à grande échelle comme l'étude PAAIR.

Mais cette étude nous a également permis d'entrevoir toute la difficulté de la pratique médicale au cours d'une consultation de médecine générale où s'entrecroisent les recommandations médicales avec les preuves de la recherche scientifique face aux valeurs du patient et à l'expérience et l'environnement professionnel du praticien...

BIBLIOGRAPHIE

1. AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infection respiratoire basse de l'adulte. Méthode générale. Recommandations et argumentaire. Réactualisation 2002 : 37-39.
2. Dunlay J, Reinhardt R, Roi LD : A placebo-controlled double-blind trial of erythromycin in adults with acute bronchitis. J Fam Pract 1987 ; 25 : 137-41.
3. Jarlier V. : L'infection bronchique en question groupe ECRIR. Médecine-Sciences Flammarion Ed.1997 p.36-41.
4. Mackay DN : Treatment of acute bronchitis in adult without underlying lung disease. J Gen Intern Med 1996 ; 11: 557-62.
5. Verheij T, Hermans J, Mulder JD : Effects of doxycycline in patients with cough and purulent sputum : a double blind placebo controlled trial. Br J Gen Pract 1994 ; 44 : 400-4.
6. Le Fur PH, Sermet C. Broncho-pneumopathies aiguës et antibiothérapie en 1992. Aspects socio-économiques. Bull. CREDES 1995, 1062, 1-35.
7. Piccoli. L'infection bronchique en question groupe ECRIR. Médecine-Sciences Flammarion Ed.1997 : 90-94.
8. Verheij TJM, Kaptein AA, Mulder JD : Acute bronchitis : Aetiology, symptoms and treatment. Fam Pract 1989 ; 6 : 66-69.
9. AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant. Recommandations. Octobre 2005.
10. PILLY E. Maladie infectieuse. Edition 2m² 1996 : 132-3.
11. Guillemeot D, Maugendre P, Chauvin C et al. Consommations des antibiotiques en France, BEH, 2004, 32-33 : pp 144-147.

12. Grandfils N, Sermet C : La prescription d'antibiotiques chez les généralistes, Evolution 1992-2002. Bulletin d'information en économie de la santé : IRDES, Décembre 2004, 87 : p7.
13. AFSSAPS. Etude de la prescription et de consommation des antibiotiques en ambulatoire. Mai 1998.
14. Bent S, Saint S, Vittinghoff E, Grady D. Antibiotics in acute bronchitis : a meta-analysis. Am J Med 1999 ; 107 : 62-7.
15. Holfliger P. Les antibiotiques ont-ils un effet sur l'évolution naturelle de la bronchite aiguë. La Revue du Praticien Médecine Générale, 2001, 15, 544 : 1448-1449.
16. Murriss-Eppin M, Mazieres J, Heurtaux W, Leophonte P. Traiter ou ne pas traiter une bronchite aiguë de l'adulte sans pathologie respiratoire préexistante – apport des traitements de durée raccourcie – étude des comparaisons des coûts. Med Mal Inf, 2001 ; 31 : 229-36.
17. Senez B, Orvain J, Doumenc M. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire. ANAES. Service évaluation en secteur libéral 2000.
18. Moreau A. S'approprier la méthode du focus group. La Revue de Praticien Médecine Générale, 2004 ; 18, 645 : 382-84.
19. Dedienne MC, Hauzanneau, Laberre J, Moreau A. Relation médecin malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode qualitative des focus group. La Revue de Praticien Médecine Générale, 2003 ; 17, 653-6.
20. AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires. Principaux messages des recommandations de bonne pratiques. Octobre 2005.
21. Engler E. Evaluation de l'application des recommandations sur l'antibiothérapie des infections ORL et respiratoires en médecine ambulatoire : Résultats du premier tour d'un audit de pratique réalisé par 189 médecins généralistes et pédiatres de Lorraine pendant la période estivale 2003-2004. Juin 2005.

22. Monnet D, Sorensen T. *Clinical Microbiol Infect.* 2001 ; 7 : 27-30.
23. Birgé J. Sur quels arguments se fonde la prescription d'une antibiothérapie dans les infections respiratoires ? *La Revue de Praticien Médecine Générale*, 2001 ; 15 : 2055-59.
24. Atalli C, Amade-Escot C, Ghadi V et al. Infections respiratoires présumées virales. Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. *La Revue de Praticien Médecine Générale*, 2003, 17, 601 : 155-60.
25. Aubert J-P. La prescription différée d'antibiotiques réduit-elle leur consommation. *La Revue de Praticien Médecine Générale*, 2003 ; 17 : 526-27.
26. Aubert J-P. Six outils pour réduire la prescription des antibiotiques. *La Revue de Praticien Médecine Générale*, 2004 ; 18 : 1267-71.
27. Klein P. Les français face aux antibiotiques : c'est pas automatique... mais pourquoi ? Dossier de presse : les antibiotiques où en est-on ? *Assurance Maladie*, octobre 2004 : 19-21.
28. Doumenc M, Souhami B. Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ? *La Revue de Praticien Médecine Générale*, 1994 ; 8 : 41-8.
29. Loi n° 2004-810 du 13/08/2004 relative à l'assurance maladie. *J.O.*, 17/08/2004, 190, Texte n°2, p14598.
30. Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. *J.O.*, 15/04/2005, 88.
31. Atalli C. Projet PAAIR II. *La Revue de Praticien Médecine Générale*, 2003 ; 17 : 1547.
32. Pouchain D, Attali C et al. *Médecine générale Concepts et pratiques*. Masson Ed. 1996 : 995-1001.

33. Rosenberg W, Donald A. Evidence-based medicine : an approach to clinical problem solving. BMJ 1995 ; 268 : 2420-5.

34. Chabot J.M. L'EBM en pratique. La Revue du Praticien. 2005 ; 55 : 413-4.

Titre de la thèse : Antibiotiques et bronchite aiguë : Perceptions et stratégies cognitives en médecine générale. Etude par focus group.

RESUME

Objectifs : La bronchite aiguë est une pathologie infectieuse courante, dans la majorité des cas d'origine virale, donnant lieu à un grand nombre de prescription d'antibiotiques en médecine générale en France. Quels sont les facteurs influençant cette surprescription ? Quelles sont les stratégies pour ne pas prescrire ?

Méthode : Le focus group ou entretiens approfondis a été appliqué à 8 médecins généralistes en activité pour réaliser une évaluation qualitative de la prescription d'antibiotiques dans la bronchite aiguë.

Résultats : L'étude par focus group a permis de mettre en évidence les perceptions des médecins généralistes sur les antibiotiques et leurs prescriptions mais aussi de déterminer les facteurs influençant leur pratique médicale.

Conclusion : Cette étude nous a permis d'entrevoir toutes la difficulté de la pratique médicale au cours d'une consultation de médecine générale où s'entrecroisent les recommandations médicales avec les preuves de la recherche scientifiques face aux valeurs du patients et à l'expérience et l'environnement professionnel du praticien...

MOTS-CLES

Médecine générale, antibiotiques, bronchite aiguë, focus group.