

L'antibiorésistance est un enjeu de santé publique majeur et est directement corrélé au mésusage des antibiotiques.

En France, 3^{ème} pays le plus consommateur d'antibiotique en Europe, près de 90% des antibiotiques sont prescrits en ville. **Deux tiers de ces prescriptions concernent les infections ORL et respiratoires, majoritairement virales.** Ainsi, on estime que 2/3 des angines¹ et 77% des bronchites² sont traitées par antibiotique. On peut donc s'interroger : **alors que des recommandations existent et sont souvent bien connues des médecins³, pourquoi retrouve-t-on autant de prescriptions d'antibiotiques dans ces situations ?**

La lettre d'actualités revient sur les déterminants de la prescription des antibiotiques dans les infections présumées d'origine virale et sur les stratégies pour éviter d'en prescrire.

Les études PAAIR (Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires aiguës) [4-5]

Les études PAAIR se sont déroulées au début des années 2000. Elles avaient pour objectif l'analyse "d'incidents critiques", c'est-à-dire des situations complexes où la non prescription d'antibiotiques n'était pas facilement applicable malgré une antibiothérapie non justifiée dans les recommandations. Cet incident pouvait avoir une issue favorable (non prescription) ou non favorable (prescription).

Les patients inclus avaient plus de 15 ans et consultaient pour une infection respiratoire haute ou basse présumée virale. Les médecins fournissaient des données cliniques et psycho-comportementales (pression ressentie, satisfaction du médecin et du patient selon le médecin, relation médecin/malade, stratégies de non-prescription ...)

Cette approche "réflexive", où le médecin apprenait et développait des aptitudes au fur et à mesure de l'étude, a permis de mettre en évidence **des situations à risque de prescription** antibiotique et les **stratégies** mises en œuvre pour ne pas prescrire. Ces études ont prouvé l'efficacité de ce type d'approche sur le long terme par rapport à des actions de formation "classiques".



Situations à risque de prescription d'antibiotiques [3-7]

Elles peuvent être **liées au patient** :

- Le patient souhaite avoir des antibiotiques
- Le patient fait référence à des expériences passées, en particulier lors d'expériences considérées à tort ou à raison comme des échecs de la non-prescription
- Le patient invoque des raisons professionnelles (impossibilité de s'arrêter) ou récréatives
- Le traitement antibiotique a déjà été commencé
- Le patient renvoie à des épreuves personnelles ou familiales douloureuses (maladies graves, difficultés personnelles, troubles psychologiques)
- La prescription d'antibiotique n'est pas le principal problème de la consultation
- Plusieurs médecins sont mis de façon implicite ou explicite en concurrence
- Il s'agit du 2^{ème} ou du 3^{ème} contact pour le même épisode
- Le niveau socioprofessionnel rend difficile l'argumentation
- Mauvaise tolérance des symptômes
- Peu de connaissances médicales dans le domaine des maladies infectieuses : différence entre une bactérie et un virus, mode d'action des antibiotiques, antibiorésistance
- Clivage générationnel (anciens patients plus volontiers habitués à une prescription d'antibiotiques, jeunes plus sensibilisés à leur préservation)



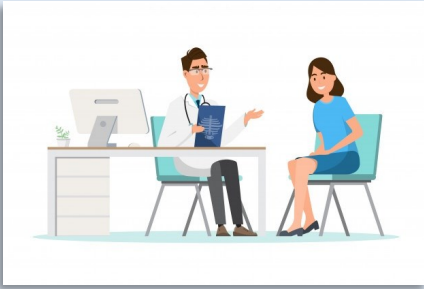
Elles sont aussi **liées au médecin** :

- Le patient paraît fatigué
- Le patient est perçu, à tort ou à raison, comme ayant des risques particuliers (certains facteurs de risque figurent dans les recommandations (immunodépression, grossesse), d'autres sont plus subjectifs (âges extrêmes, tabac, alcool, antécédents ORL, troubles psychiques...))
- Le médecin doute de l'origine virale (argumentation plus difficile, d'autant plus qu'il n'existe pas de test diagnostique (hors TDR angine) pour affirmer le caractère viral de la pathologie)
- La conviction du médecin est forte et opposée aux recommandations quelles qu'en soient les raisons
- Le suivi du patient est difficile : patient ne pouvant être revu, départ en vacances
- Le médecin manque de temps, est fatigué (la non prescription est chronophage)
- Le médecin ressent la pression (réelle ou non) du patient ou de l'entourage
- Expériences personnelles du médecin, bonnes ou mauvaises
- Formation du médecin
- Crainte d'une erreur diagnostique ou d'une complication

Situations liées à la **relation médecin-patient** :

- Réputation du médecin : les patients les plus demandeurs rencontrent les médecins les plus prescripteurs
- Crainte d'altérer la relation médecin-malade en cas de refus de prescription
- Le rôle de la nature de la relation médecin-malade sur la prescription antibiotique n'est pas évidente. Une bonne relation peut rendre la non prescription plus aisée (relation de confiance) mais également mettre en difficulté le médecin (patient connu de longue date)

La relation médecin-patient ^[4,8]



La relation médecin-malade est un élément structurant du soin qui s'articule autour d'une demande et d'une offre de soins. Elle met ainsi en présence le médecin, doté d'un savoir et d'un savoir-faire, et le patient, en souffrance et en questionnement. Cette relation inégale, faite d'espérances mutuelles, est marquée par une idéalisation : **le malade est en attente d'un « technicien d'excellence » qui peut le soulager et le guérir, le médecin est en attente d'une reconnaissance de son savoir, de ses compétences de soignant.** Une « bonne relation médecin-patient » sous-entend donc que les deux parties sont satisfaites.

Seulement les demandes des patients sont souvent multiples, complexes, dépendantes à la fois de leurs caractéristiques (personnalité, éléments socio-psychologiques...), de la pathologie en cause et de la représentation qu'ils en ont. Le **décalage** entre les croyances, le vécu des patients face à la maladie et la perception du médecin peut donc être source de **malentendus**, d'échecs dans la prise en charge médicale (ici : prescriptions inappropriées).

Le médecin doit donc développer une relation de confiance avec le patient ; cela prend du temps et la **communication** en est l'outil indispensable.

La consultation se construit à travers un **échange constant entre ce qu'attend le malade et ce qu'attend le médecin.** Alors qu'il exerce sur un registre rationnel, ce dernier doit s'adapter aux représentations que se fait le patient de ses symptômes et des traitements, à ses besoins spécifiques. Une **négociation** se met ainsi en place, allant du rapport hiérarchique marqué (pouvoir du médecin – confiance du malade) à la relation conflictuelle (pouvoir du malade – remise en question des capacités du médecin). La nature complexe des interactions soignant-soigné, mettant en jeu les affects de chacun, influence la stratégie de décision mais pas forcément l'issue de la consultation (par exemple ici : prescription ou non d'un antibiotique en situation présumée virale).

L'attente (surestimée) de l'antibiotique

La pression du patient est un élément important entrant dans la décision de prescrire ou non un antibiotique. Celle-ci peut être **réelle** (le patient demande explicitement un antibiotique) ou **ressentie** par le médecin qui interprète les propos du patient, parfois à tort, comme une demande d'antibiotique.

Plusieurs études ^[9-10] ont montré que **les médecins surestimaient cette attente d'un antibiotique de la part des patients.** D'où l'importance de faire expliciter par le patient ses attentes exactes. Sa demande est-elle réellement un antibiotique ? Et si oui, pour quelle raison ? Est-il anxieux vis-à-vis d'une complication ? A-t-il simplement besoin d'entendre qu'aucun traitement n'est nécessaire ?

Le risque de cette interprétation est d'entraîner une prescription antibiotique non souhaitée par le patient, mais que celui-ci va accepter, pensant que ce dernier est nécessaire, tandis que le médecin le savait inutile ! Cette prescription va par ailleurs renforcer le patient dans la conviction que les symptômes l'ayant amené à consulter nécessitent un antibiotique, entraînant un cercle vicieux d'où il sera de plus en plus compliqué de sortir.

Si le patient souhaite effectivement un antibiotique, il est intéressant de lui faire formuler **l'attente vis-à-vis de ce traitement.** Souhaite-t-il faire chuter la fièvre ? Souhaite-t-il être remis sur pied plus rapidement ?

Même si les connaissances et les consciences évoluent, certaines idées reçues persistent. Les antibiotiques sont toujours perçus par les patients comme un traitement infailible, puissant, capable d'accélérer la guérison et diminuer l'intensité des symptômes. De plus, la prescription médicale obligatoire renforce cette notion.

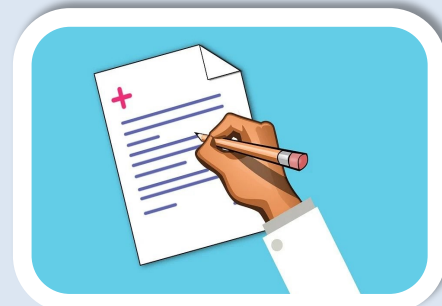
Ainsi dans une thèse de 2012 ^[11], 8% des patients interrogés attribuaient aux antibiotiques une capacité antipyrétique, une proportion atteignant 25% chez les patients ayant un faible niveau d'étude. Un tiers des patients jugeait l'antibiothérapie utile devant une fièvre de plus de 3 jours. Cette idée de traitement miraculeux, connu de tous, presque banal, laisse parfois le patient penser qu'il est capable de décider lui-même si un antibiotique est nécessaire ou non. Dans la même thèse, 14% des personnes interrogées avouaient avoir déjà utilisé des antibiotiques sans prescription médicale, dans 2/3 des cas en raison de symptômes connus pour lesquels elles avaient déjà reçu un antibiotique.

D'où l'importance là encore du dialogue !



Consultation = ordonnance = médicaments^[12]

La surconsommation d'antibiotiques et plus généralement de médicaments est un problème de santé publique. Dans ce domaine, la France est au 1^{er} rang des pays européens avec **9 consultations sur 10 se terminant par une ordonnance de médicaments** (72,3% en Allemagne, 43,2% aux Pays-Bas). La médicalisation de la société semble avoir renforcé l'idée que le médecin a toujours une solution, créant une part non négligeable de faux besoins dans la population et par là-même une sorte de **réflexe : consultation=ordonnance**. Celle-ci est vue comme essentielle à la satisfaction du patient, elle permet de **légitimer** la consultation. La prescription a un fort pouvoir symbolique, elle permet à la fois de rassurer le patient (atteste la réalité de son état) et le médecin (concrétisation de l'acte médical).



La **pression financière** joue un rôle très important. Le paiement direct à l'acte donne du pouvoir à la demande du patient. Puisque le patient paye, le médecin se doit d'être efficace et de répondre à ses attentes. Les médecins ressentent parfois la consultation comme un marchandage, la prescription permettant de justifier les honoraires.

La relation médecin-patient a aussi une influence sur ce besoin d'ordonnance et inversement : le médicament devient un élément central de la consultation, pouvant être à la fois **un allié** (valorisation du savoir médical) et un **concurrent** du médecin (le médicament vient combler des défaillances, culpabilité de ne rien prescrire). Les médecins adaptent leurs comportements de prescription aux caractéristiques des patients et au contexte général de la consultation : il s'agit de bien cerner les attentes. Or plusieurs études ont montré qu'il existait un décalage entre ce que perçoit le médecin (pression) et la demande réelle. En effet, d'après une enquête IPSOS de 2005, 58 % des médecins français ressentent une attente de prescription pour un rhume, alors qu'une prescription n'est estimée nécessaire que par 24 % des patients seulement. De plus, **80% des patients accepteraient que la consultation se termine sans ordonnance**.

Stratégies efficaces pour ne pas prescrire^[4-7, 11]

Les études PAAIR ont permis de lister les stratégies efficaces pour ne pas prescrire dans les situations où le médecin juge ce traitement non nécessaire. **Plus qu'une recette miracle universelle, il s'agit plutôt pour le médecin, qui connaît son patient, d'utiliser le(s) bon(s) outil(s) pour résoudre la bonne situation.**

- Identifier tôt que la prescription antibiotique risque de poser problème
- Prendre rapidement la décision de ne pas prescrire et négocier cela au cours de la consultation
- Faire expliciter la demande du patient : le patient souhaite-il vraiment des antibiotiques ? Qu'attend-t-il des antibiotiques ?
- Ecoute active et compréhensive
- Examen ritualisé et commenté dès le début de la consultation
- Annoncer un diagnostic précis avec l'origine étiologique de la pathologie
- Explications et informations :
 - Explications des symptômes
 - Expliquer l'histoire naturelle de la maladie
 - Expliquer la différence entre bactérie et virus, le mode d'action des antibiotiques, les complications possibles des antibiotiques (effets indésirables, antibiorésistance)
 - Information à partir des craintes des patients sur l'inefficacité des antibiotiques dans cette situation

- Si besoin, proposer un suivi / une surveillance :

- s'appuyer sur des examens complémentaires : radiographies, bilan biologique (NFS, CRP)
- proposer une deuxième consultation 48 à 72h si persistance des symptômes ou aggravation

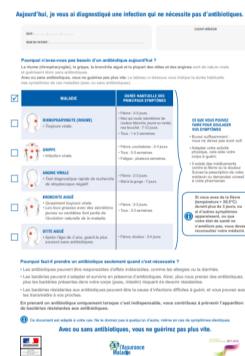
- Prescription d'un arrêt de travail

- Prescription de traitements symptomatiques

- Ordonnance de non-prescription reprenant les conseils donnés au patient (ordonnance qui se substituera à celle comportant des médicaments, légitimant le patient tout en lui rappelant la durée des symptômes, essentiel pour éviter de futures consultations inutiles).

L'Assurance Maladie propose par exemple une ordonnance de non prescription [téléchargement en cliquant sur l'image].

- Prescription différée d'antibiotiques : c'est une arme à double tranchant, pouvant faussement contenter le médecin.



Sources : [1] Bilan du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010. Direction générale de la santé, 29 septembre 2010, [2] Maîtrise médicalisée : les antibiotiques. CNAMTS – déclinaison régionale de la lutte contre l'antibiorésistance, 28 novembre 2011, [3] H. Faure et al. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. Médecine et maladies infectieuses, 2009 ; 714-721, [4] Attali C. et al. PAAIR Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires – Rapport scientifique. Octobre 2001, [5] Attali C. et al. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. Exercer, 2008 ; 66-72, [6] Onteniente S. et Fournet S. Déterminants de la prescription des antibiotiques en médecine générale : analyse qualitative dans la région du Centre Hospitalier Annecy Genevois. Thèse, 2017, [7] Gavrois S. Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires hautes et basses en médecine générale : étude qualitative des raisons de prescription et non prescription. Thèse, 2007, [8] Moley-Massol I. Relations médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques. Courbevoie : DaTeBe, collection Le pratique, 131p. Janvier 2007, [9] Regards croisés médecins-patients sur la relation aux ATB. Enquête IPSOS. 2002, [10] LeMantibio Quatrième journée de sensibilisation au bon usage des antibiotiques. 22 novembre 2018, [11] Collomb-Gery A. Evolution des connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie : arguments pour améliorer la prescription en médecine générale. Thèse, 2012, [12] Des antibiotiques aux médicaments : les Français sont-ils prêts à changer de comportement. Assurance maladie. Octobre 2005