

# Infections respiratoires présumées **virales**

## Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR

par **Claude Attali**, MCU en médecine générale, UFR Paris-Créteil ; **Chantal Amade-Escot**, sciences de l'éducation, université P. Sabatier de Toulouse ; **Véronique Ghadi**, sociologue, Groupe Image (ENSP) ; **Jean-Marie Cohen**, épidémiologiste (Open Rome Paris) ; **Denis Pouchain, Dominique Huas et Frédérique Noël**, MCU en médecine générale, respectivement à l'UFR Paris-Créteil, l'UFR Paris-Bichat et l'UFR Paris-Cochin ; **Patrick Chevallier, Christian Ghasarossian et Vincent Renard**, chargés d'enseignement en médecine générale, respectivement à l'UFR Paris-Ouest, l'UFR Necker et l'UFR Paris-Créteil ; **Olivier Patey**, maladies infectieuses et parasitaires, hôpital intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges.

(Article reçu le 5 avril 2002, accepté le 22 octobre 2002).

### Résumé :

**Objectifs :** Quelles sont les raisons profondes qui poussent les généralistes à prescrire des antibiotiques dans les infections respiratoires présumées « virales » ? Est-il possible pour ces praticiens de faire autrement ? Quelles sont les stratégies efficaces pour ne pas prescrire ? L'hypothèse principale de ce travail était que la réflexion dans l'action est capable de fournir les raisons de ces discordances et de générer des stratégies capables d'y remédier.

**Méthode :** Pour mieux comprendre les déterminants de la prescription d'antibiotiques dans des situations cliniques qui ne la nécessitent pas, le fonctionnement médecin/patient in vivo a été étudié. Le dispositif de recherche, conformément aux méthodes en usage dans le courant dit du « praticien réflexif » a associé des praticiens acceptant de tenter « en situation » des transformations de leur habitudes de prescription.

**Résultats :** L'analyse qualitative a permis de repérer 11 situations à risque de prescription inadéquate d'antibiotiques ainsi que des stratégies efficaces pour éviter de prescrire. L'analyse quantitative a précisé les facteurs qui influençaient de manière significative le contenu de cette prescription.

**Conclusion :** Grâce à la « méthode des incidents critiques », l'étude PAAIR a permis de mieux comprendre comment et pourquoi se produit une sur-prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires présumées virales en médecine ambulatoire. Elle a aussi décrit comment les médecins généralistes essaient de lutter contre cette sur-prescription.

*Rev Prat Med Gen 2003 ; 17 (601) : 155-60.*

**E**n France, il existe actuellement une importante discordance entre les recommandations et les pratiques des médecins généralistes concernant la prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires présumées d'origine virale.

Les conclusions des études concordent.<sup>1,2</sup> Les infections respiratoires présumées d'origine virale sont un des motifs majeurs de prescription d'antibiotiques alors que ces derniers ne sont théoriquement pas justifiés dans ces indications.<sup>3,4</sup> À des degrés moindres, cette attitude est observée dans de

nombreux autres pays développés.<sup>5</sup>

Le cadre théorique qui a servi de support à cette étude a été défini et développé aux États-Unis par Argyris et Schön<sup>6</sup> et par Saint-Arnaud<sup>7</sup> au Canada. Cette voie de recherche postule que les praticiens développent et utilisent tous les jours des compétences pour faire face aux situations complexes auxquelles ils sont confrontés. Il s'agit d'un processus d'élaboration d'un savoir, en l'occurrence de procédures à partir de l'analyse de l'expérience individuelle et collective plutôt que sur des démarches expérimentales classiques (méthode hypothético-

## INFECTIONS RESPIRATOIRES VIRALES DE L'ADULTE

déductive). Cette réflexion dans l'action par le praticien est aussi connue dans les milieux des sciences de l'éducation sous la dénomination de « praticien réflexif ».

L'hypothèse principale de ce travail était que la réflexion dans l'action soutenue par un référentiel de « non-prescription » est capable d'expliquer les raisons de ces prescriptions « inadéquates » d'antibiotiques puis de générer des stratégies scientifiquement valides pour y remédier.

### MÉTHODE

#### Méthodes du « praticien réflexif »

Pour mieux comprendre les déterminants de la prescription d'antibiotiques dans des situations cliniques où cette prescription n'est pas justifiée, le fonctionnement médecin/patient « in vivo » a été étudié. Le dispositif de recherche a associé des praticiens qui acceptaient de tenter « en situation » des transformations de leur pratique de prescription, conformément aux méthodes dites du « praticien réflexif ». L'équipe de recherche de cette étude comprenait les auteurs de cet article auxquels ont été associés 30 praticiens issus de 6 facultés de médecine franciliennes : Bichat, Broussais, Cochin, Créteil, Necker, Paris-Ouest. Chaque faculté était coordonnée par un responsable qui a participé à l'élaboration du cahier de recueil, puis a présenté le projet aux praticiens-chercheurs volontaires de sa faculté et a servi de relais lors des retours d'informations. Les critères de choix des praticiens-chercheurs ont été les suivants : être maître de stage/enseignant de médecine générale de l'une des 6 facultés et accepter le projet de recherche et toutes ses conditions d'application. Ces médecins devaient rendre compte régulièrement, par le biais d'un cahier de recueil de données, de leur pratique. Pour cela, la technique dite de l'incident critique, telle qu'elle a été définie par Flanagan, <sup>8</sup> a été utilisée. L'incident critique a été défini comme une situation clinique complexe pour laquelle la non-prescription d'antibiotiques n'était pas évidente du fait de l'apparition, au moment de la décision, d'un événement jugé suffisamment significatif pour que la « non-prescription » effective pose un problème. Les situations où la prescription ne rencontrait pas de difficultés n'ont pas été étudiées.

#### Deux types d'incidents critiques ont été définis :

- l'incident critique à issue favorable (ICF) qui aboutissait à une non-prescription d'antibiotiques après une adaptation stratégique ;
- l'incident critique à issue défavorable (ICD) qui conduisait à la prescription d'antibiotiques du fait du renoncement ou de l'échec de la mise en place d'une stratégie de non-prescription. En cas de prescription différée, les praticiens devaient choisir s'il s'agissait, selon eux, d'un ICF ou d'un ICD.

#### Trois outils ont été utilisés :

1. Le référentiel de prescription <sup>9</sup> élaboré dans le cadre d'un contrat Inserm U13-MGEN-SFTG : il a fait l'objet d'une appropriation par les praticiens-chercheurs au début de la recherche.
2. Le cahier de recueil conçu par l'équipe de pilotage : il a été préexpérimenté puis testé par tous les chercheurs qui devaient ensuite fournir un ICD et un ICF par mois pendant 6 mois. Les critères d'inclusion étaient l'âge supérieur ou égal à 15 ans et une situation clinique ne justifiant pas, selon le référentiel, la prescription d'antibiotiques. Les critères de non-inclusion étaient l'âge inférieur à 15 ans et (ou) une situation clinique justifiant, selon le référentiel, la prescription d'antibiotiques. Ce cahier comportait :

- des données quantitatives autorisant un traitement statistique : informations sur le médecin, le patient et sa demande, les éléments cliniques, les résultats de la consultation, la prescription ou non d'antibiotiques et (ou) d'autres médicaments ;
- des données qualitatives, traitées selon les méthodes en usage dans les recherches qualitatives, <sup>10</sup> sur les pressions ressenties et les raisons profondes du renoncement, du succès ou de l'échec des stratégies mises en place : c'est-à-dire ce que le médecin a dit, fait (tactique, stratégie), pensé ou senti et ce qu'il n'a pas dit. À l'issue de la consultation, le médecin devait aussi préciser le type et la qualité de la relation médecin/malade, son degré de satisfaction/insatisfaction et sa perception argumentée du niveau de satisfaction du malade.

3. Les entretiens collectifs : pour permettre la confrontation d'expériences, 5 entretiens collectifs de 2 heures environ réunissant 4 à 6 médecins à chaque fois ont été organisés. Deux de ces entretiens ont eu lieu 1 mois après le début de l'étude, 2 autres 1 mois plus tard, le dernier 4 mois après. À tour de rôle, chaque médecin devait présenter un incident critique qu'il avait recueilli, les autres réagissant par rapport à ce cas. Ces entretiens avaient 3 objectifs. D'une part, ils participaient à l'élaboration du processus réflexif individuel et collectif, d'autre part ils permettaient de recueillir des points de vue sur les attentes et les demandes des patients, sur le vécu de la consultation en fonction de l'histoire du malade et du médecin. En outre, ce dispositif permettait de rendre acceptable la déstabilisation entraînée par toute tentative de transformation des pratiques.

### RÉSULTATS

Sur les 206 situations cliniques obtenues, 192 ont pu être analysées statistiquement. En raison des difficultés de déchiffrement des écritures des médecins, seulement 184 d'entre elles (83 ICF et 101 ICD) ont été étudiées qualitativement.

#### Résultats quantitatifs : facteurs influençant l'issue de l'incident critique

Des antibiotiques ont été davantage prescrits (différence significative) lorsque (tableau I) :

- le patient semblait fatigué ou très fatigué ;
- s'il était perçu comme ayant un risque ;
- en cas de faible certitude sur 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.

À l'inverse, le médecin prescrivait d'autant moins d'antibiotiques que (tableau I) :

- le patient semblait en forme ;
- que 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 ce travail était de caractériser les situations qui posaient des problèmes.

#### 11 « situations critiques » ont été repérées :

- le patient souhaitait avoir des antibiotiques ;
- le patient faisait référence à des expériences passées, en particulier lors d'expériences considérées à tort ou à raison comme des échecs médicaux ;

## INFECTIONS RESPIRATOIRES VIRALES DE L'ADULTE

- le traitement antibiotique avait déjà été commencé ;
- le patient renvoyait à des épreuves personnelles ou familiales douloureuses (événements graves, difficultés personnelles, etc.) ;
- la prescription d'antibiotiques n'était pas le principal problème de la consultation ;
- plusieurs médecins étaient mis de façon implicite ou explicite en concurrence, parfois le médecin était mis en concurrence avec sa propre pratique de prescription antérieure ;
- il s'agissait du 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> contact pour cet épisode ;
- le patient paraissait fatigué ou très fatigué ;
- le malade était perçu « à risques » ;
- le médecin doutait de l'origine virale de la maladie ;
- la conviction du médecin était forte et opposée aux recommandations.

**Stratégies efficaces pour ne pas prescrire.** Le 2<sup>e</sup> objectif était de repérer les stratégies efficaces pour ne pas prescrire. Il fallait très tôt, au cours de la consultation :

- repérer que la non-prescription risquait de poser un problème ;
- 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, l'action et les effets indésirables des antibiotiques ;
- proposer une cause non infectieuse de « rechange ».

### Synthèse et analyse des résultats (quantitatifs, qualitatifs et des entretiens)

#### Le contexte médical du recours.

– La très grande majorité des situations cliniques concernait des viroses respiratoires hautes, plus rarement des viroses respiratoires basses (bronchites). Il n'y avait pas de différence suffisamment importante entre les types de plaintes, symptômes, syndromes, pathologies qui puisse simplement expliquer la prescription ou non d'antibiotiques. En cas de bronchite, la prescription d'antibiotiques semblait plus importante mais le seuil statistique n'était pas significatif.

– La prescription était significativement plus importante en cas de faible certitude des médecins sur l'origine virale et (ou) lorsque le patient était perçu comme fatigué (voir tableau I). L'analyse qualitative confirmait les résultats de l'étude quantitative sur ce point.

– La perception de « patient à risque » influençait significativement ( $p < 0,05$ ) la prescription d'antibiotiques. L'analyse qualitative a confirmé ce résultat mais elle a montré que la notion de « patient à risque » débordait largement les facteurs de risque habituellement admis en infectiologie, incluant par exemple les antécédents ORL, des maladies graves anciennes, des difficultés personnelles, des troubles psychiques ou de la personnalité, etc.

– Les motifs de pression du malade pour obtenir des antibiotiques étaient d'ordre personnel (60 %), professionnel (35 %), familial (22 %), événementiel : voyage, examen (22 %). Bien que l'étude statistique n'ait pas mis en évidence de différences significatives entre ces différents types de pression, l'analyse qualitative montrait que la pression d'origine professionnelle ou la survenue prochaine d'un examen pesait sur l'issue de l'incident.

En cas de référence à des expériences passées, en particulier celles considérées à tort ou à raison comme des échecs de la non-

TABLEAU I – FRÉQUENCE DE CHACUNE DES SITUATIONS DANS CHACUN DES GROUPES : TOTAL, ICF, ICD

	Total (%)	ICF (%) AB non prescrits	ICD (%) AB prescrits	p
Patient perçu comme plutôt en forme	66,1	76,7	57,5	< 0,05
Patient perçu comme fatigué ou très fatigué	33,9	23,3	42,5	< 0,05
Patient perçu comme à risque	13,1	7,1	17,9	< 0,05
Faible certitude sur l'origine virale	8,9	1,3	15	< 0,05
Prescription d'antibiotiques par conviction personnelle du médecin	27,4	14,9	37,2	< 0,05
Explication de la décision au patient	77,5	95,3	62,9	< 0,05
Satisfaction du médecin par rapport à sa décision	68,2	94,2	47,2	< 0,05

prescription, le médecin était remis en question. Dans ces conditions, il lui était plus difficile d'affirmer sa décision et de ne pas prescrire, conformément aux données de la science.

Lorsque le traitement antibiotique avait déjà été commencé, le médecin se considérait comme un simple distributeur d'ordonnance. Les cas où le médecin renversait la situation justifiant l'arrêt des antibiotiques par leur inefficacité étaient plus rares mais signalaient une stratégie délibérée.

– Le manque de temps et la fatigue du médecin étaient des indicateurs très en faveur d'une évolution défavorable de l'incident critique. Ces items étaient cités 17 fois, uniquement en cas d'ICD.

– Les entretiens collectifs ont montré que, concernant les antibiotiques, les représentations des praticiens étaient peu éloignées de celles des malades : ils restent des médicaments puissants qui présentent au fond plus d'avantages que de risques ; intuitivement, ils ont un pouvoir plus large que celui reconnu par les référentiels de bonne pratique, même si ce pouvoir relève davantage d'un effet placebo.

**Relation médecin-malade.** Un éventuel lien direct entre la prescription d'antibiotiques et les relations médecins/malades a été recherché. Cinq types de relations médecin/malade avaient été préalablement définis : 1<sup>er</sup> contact avec des niveaux d'empathie variable, relation occasionnelle, paternaliste, ancienne à type d'investissement mutuel<sup>12</sup> ou encore décrite comme franchement amicale ou au contraire conflictuelle.

L'analyse qualitative, en accord avec les données quantitatives, a montré que la qualité de la relation n'était pas prédictive de l'issue finale. Les mêmes types de relations à des fréquences à peu près semblables étaient observés dans les 2 groupes d'IC.

**Le vécu de la consultation.** Dans l'analyse quantitative, les résultats ont mis en évidence que, globalement, ni la nature ni le vécu de la pression (émanant du patient, de son entourage ou du médecin lui-même) n'influençaient de manière significative le résultat final. Lorsque l'évolution était favorable (tableau II), aucun médecin n'était mécontent. Dans le cas inverse, les médecins se disaient assez souvent insatisfaits. En fin d'étude, ils avaient un sentiment de culpabilité, voire se sentaient dévalorisés d'avoir échoué à ne pas prescrire.

Au niveau du ressenti du patient (perçu par le médecin), les indices de satisfaction des malades, à l'issue de la consultation

## INFECTIONS RESPIRATOIRES VIRALES DE L'ADULTE

**TABEAU II – INDICE DE SATISFACTION DU MÉDECIN (nombre de cas)**

Indice	ICF	ICD
Satisfait	77	44
Mitigé	5	9
Mécontent	0	37

**TABEAU III – SATISFACTION DU PATIENT RESSENTIE PAR LE MÉDECIN À L'ISSUE DE LA CONSULTATION (nombre de cas)**

Indice	ICF	ICD
Satisfait	57	82
Mitigé	15	6
Mécontent	10	0

**TABEAU V – STRATÉGIE DE CONVICTION (nombre de cas)**

	ICF	ICD
Non mise en place	8	85
Mise en place	70	15

(tableau III), différaient radicalement de ceux des médecins.

En cas de prescription, aucun malade n'était insatisfait, quelques-uns exprimant des sentiments mitigés, vraisemblablement troublés par l'argumentation médicale. En cas de non-prescription, si la majorité des malades semblaient satisfaits, une partie non négligeable d'entre eux étaient mitigés, voire franchement mécontents. À cet égard, il est significatif de constater à quel point, dans les entretiens collectifs, les termes de pouvoir, de confiance, de combat, de corps à corps, de fatigue sont revenus fréquemment.

### La décision de prescrire.

– Dans la moitié des cas, l'émergence de l'incident critique (moment où le médecin perçoit que la non-prescription risque de poser un problème) apparaissait dès le début de la consultation, dans l'autre moitié au cours de la consultation. Au contraire des ICF, en cas d'ICD, elle pouvait n'apparaître qu'à la fin de la consultation, lors de la prescription ou même après. – L'intention de prescrire ou non était le plus souvent précoce. Mais le processus de prescription effective s'élaborait durant toute la consultation, pendant ou à la fin de l'examen en cas d'ICF, majoritairement soit dès le début soit tout en fin de consultation en cas d'ICD.

**Les stratégies mises en œuvre.** Les stratégies identifiées (tableau IV) à partir d'éléments exprimés par les médecins ont été interprétées en fonction du contexte, de la relation médecin-malade et du vécu des consultations.

Le plus frappant est la différence de stratégies mises en place dans les 2 types de situations et leur évolution au cours de l'étude : la mise en place d'une stratégie était indispensable à la non-prescription (tableau V).

Dans tous les cas, il a été possible d'identifier clairement les stratégies de conviction délibérément mises en place et les stratégies d'application du référentiel qu'elles rendaient possible. Pour les caractériser, ce que le médecin a dit et fait pour convaincre pendant la consultation ou pour ne pas prescrire a été analysé dans le détail.

La non-prescription nécessitait toujours une explication, les résultats qualitatifs et quantitatifs ne laissent aucun doute sur cet aspect. Dans ces cas, les explications ne posaient pas de problèmes particuliers aux médecins. Bien qu'il n'existât pas de différence significative entre la durée de consultation des ICF et celle des ICD, ni même avec les consultations habituelles, les praticiens mentionnaient l'utilisation du temps pour écouter et décoder les raisons de la demande d'antibiotiques. Cela

permettait de ritualiser et théâtraliser l'examen qui était minutieux et commenté à chaque phase. Les médecins insistaient sur le caractère banal, voire normal des signes cliniques et de ce qui était éprouvé par le patient.

La ritualisation de l'examen était accompagnée d'explications générales sur les maladies virales, bactériennes, sur l'inefficacité voire l'effet délétère des antibiotiques dans ces situations cliniques. Il apparaissait, lors des entretiens collectifs, que les médecins, pas toujours convaincus par les arguments de santé publique, se sentaient plus à l'aise dans des explications sur la santé individuelle de leur malade. Le référentiel, présenté comme « la preuve scientifique » du bien-fondé des non-prescriptions, était même parfois montré aux malades et le contexte épidémiologique local a été souvent utilisé pour les convaincre.

Pour ne pas prescrire, une explication était nécessaire mais pas suffisante. Les médecins devaient proposer, voire négocier, des stratégies alternatives aux antibiotiques :

- alternative thérapeutique, véritable « troc » de médicaments symptomatiques contre les antibiotiques, ce qui constitue un véritable « arrangement de prescription », c'est-à-dire une conduite de négociation réussie permettant à chacun des acteurs de la relation thérapeutique de sortir rasséréiné de la situation critique, plus ou moins ressentie comme conflictuelle ;
- proposition de surveillance à court et moyen termes, associé ou non à la promesse implicite ou explicite de réviser complètement la stratégie en cas d'aggravation ou de persistance des troubles ;
- prescription différée, autre moyen d'éviter ou de retarder la prise d'antibiotiques. Les médecins qui devaient choisir si cette forme de prescription relevait d'un ICD ou d'un ICF, l'ont classée le plus souvent en ICD. Dans cette étude, il était impossible de vérifier si ce choix était pertinent ou non.

## DISCUSSION

### Des données qualitatives non validées quantitativement

Dans ce travail, certaines données qualitatives n'ont pas été validées quantitativement. C'est le cas, en particulier, des prescriptions d'antibiotiques en cas de bronchite (bien que ces résultats soient corrélés avec ceux d'autres études épidémiologiques<sup>13,14</sup>) qui n'atteignent pas le seuil statistique de la significativité. C'est aussi le cas pour les différents types de pression. L'analyse quali-

**TABEAU IV – STRATÉGIES MISES EN ŒUVRE**

Ce qui ne fonctionnait pas	Ce qui fonctionnait
– Pas de mise en place de stratégie.	– Mise en place de stratégie de conviction.
– Explication a minima.	– Repérage tôt de l'émergence de l'incident.
– Repérage tardif de l'incident critique.	– Intention de prescrire précoce mais position ouverte et prescription négociée.
– Intention de prescrire en toute fin de consultation.	– Examen ritualisé et commenté dès le début : organisation inversée de la consultation orientée vers la non-prescription.
– Pas d'explication.	– Explication précise sur les virus et bactéries.
	– Explication sur l'action des antibiotiques.
	– Explication des effets nocifs des antibiotiques.
	– Travail à partir des craintes/représentations des malades.
	– Proposition d'une étiologie de « rechange » non infectieuse.
	– Proposition d'une alternative thérapeutique.
	– Proposition de mise en place d'un suivi.

## INFECTIONS RESPIRATOIRES VIRALES DE L'ADULTE

tative avait mis en évidence que la pression d'origine professionnelle ou la survenue prochaine d'un examen pesait sur l'issue de l'incident sans confirmation statistiquement valide. Ces points mériteraient des études statistiques de plus grande envergure.

### Importance du moment de la décision de prescrire ou non

Concernant la décision de prescrire ou non, il faut souligner l'importance du moment de la prise de décision. Dans les cas favorables, elle est majoritairement prise tôt puis négociée tout le long de la consultation. Lors des ICF, par opposition aux ICD, au lieu d'adopter un comportement « fermé », le praticien « s'ouvre » plusieurs possibilités et crée ainsi les conditions optimales d'une adaptation en situation délicate.

Il en est de même du moment où le médecin perçoit que la non-prescription risque de poser un problème. La perception anticipée d'une situation potentiellement critique est un indice favorable à la mise en place d'une stratégie de conviction.

### Évolution des pratiques au cours de la recherche

*Lors des premiers mois* de la recherche, dans les cas défavorables, il n'y avait le plus souvent aucune stratégie mise en place pour éviter une prescription d'antibiotiques. Tout au plus, une information « a minima » sur les antibiotiques et les micro-organismes était fournie aux malades ; vraisemblablement, le médecin sans « y croire vraiment » se sentait obligé de le faire. Il semble que les médecins percevaient très tôt, le plus souvent lors de l'émergence du problème, que la situation était « perdue d'avance » et qu'ils n'avaient pas la possibilité de modifier cette issue. Parfois les médecins jugeaient que les véritables enjeux de la consultation n'étaient pas la prescription. Ils considéraient alors que le temps perdu par la négociation sur les antibiotiques risquait de dévoyer le sens même de la consultation. La décision de prescrire (ICD) était alors le plus souvent prise tôt dans la consultation. Dans les autres cas, la prise de conscience de la situation critique arrivait trop tard pour qu'une stratégie de non-prescription puisse être valablement élaborée.

*Dans les trois derniers mois* de l'étude, quelques praticiens-chercheurs placés dans ces situations délicates, ont réussi à travailler et à modifier leurs premières convictions, évitant ainsi une prescription. Cette évolution n'était pas quantitativement significative. Les effectifs sur lesquels a porté l'étude statistique ne permettent pas d'affiner cette interprétation. Au fur et à mesure de la recherche, la ritualisation de l'examen persistait sans grandes modifications, mais les médecins mettaient en place les stratégies de plus en plus tôt. Les explications devenaient plus personnalisées et moins générales. Les médecins s'intéressaient davantage aux représentations des malades : « De quoi a-t-il peur ? » « Pourquoi souhaite-il des antibiotiques ? » à partir desquelles ils tentaient de travailler. Les entretiens collectifs ont sans doute joué un rôle dans la dimension réflexive, qui s'est renforcée probablement au cours de la recherche, au fur et à mesure des rédactions des cahiers, mais aussi des renvois d'information faites aux praticiens-chercheurs sur les résultats qualitatifs des cahiers. Ce travail de réflexion a sans doute permis aux médecins de mieux décortiquer leurs stratégies, et donc de les rendre plus efficaces.

*Par ailleurs*, au décours de la recherche, les praticiens semblaient s'interroger plus souvent sur la réalité de la pression subie. Ils différenciaient ainsi mieux la pression ressentie de la demande formulée. Ils repéraient notamment que la demande

d'un traitement efficace n'était pas toujours synonyme d'une demande d'antibiotiques. Ils étaient donc amenés à travailler sur leurs propres représentations et étaient parfois surpris que les malades acceptent une prescription sans antibiotique.

*In fine*, un incident critique à évolution favorable peut se résumer ainsi : prendre rapidement la décision de ne pas prescrire (possible du fait de la simplicité des problèmes posés), repérer très tôt que cette décision risque de poser problème, ensuite faire expliciter la demande et travailler sur les raisons profondes de celle-ci et enfin, ritualiser et négocier la non-prescription tout au long de la consultation. Cette architecture est le contraire de ce qui est habituellement conseillé dans une orientation prescriptive, soit le classique découpage de la consultation en signe, diagnostic, traitement... ! Il est à noter que cette manière de procéder, malgré un temps d'explication et de négociation important ne rallonge pas la durée moyenne de la consultation, ce type de travail étant, de l'avis même de tous les médecins-chercheurs, compatible avec un fonctionnement habituel.

### Qualité de la relation médecin/malade non prédictive du résultat final

Une des autres surprises de ce travail a été de constater que la qualité de la relation médecin-malade n'était pas prédictive du résultat final. En cas de relation durable, l'analyse croisée avec la synthèse des entretiens a mis en évidence que 2 types de phénomènes étaient capables de se neutraliser en termes de résultats. Dans certains cas, les médecins ne prenaient pas le risque de remettre en cause une « bonne relation » pour une « simple prescription d'antibiotiques », comme si tout changement brutal de pratique était en mesure de compromettre définitivement la qualité de cette relation. Dans d'autres cas, au contraire, la qualité de la relation et la confiance réciproque ont permis de convaincre le patient de l'inutilité des antibiotiques (« la qualité de la relation » a été citée 15 fois, uniquement en cas d'ICF). Cela amène à s'interroger sur ce qu'il est habituellement convenu de nommer une « bonne relation médecin-malade ». Selon M. Balint, il s'agit d'un investissement élaboré au fil du temps par le médecin et le malade pour tenter de résoudre les problèmes qui se posent à eux. Les tentatives de résolution de ces derniers enrichissent et nourrissent peu à peu cette relation : chaque protagoniste apprend progressivement ce qu'il peut dire, faire et surtout attendre de l'autre. Toute modification brutale du fonctionnement d'un des acteurs est donc en mesure de rompre, plus ou moins définitivement, cet équilibre relationnel. Si, à la plainte « infection respiratoire », la réponse habituelle était une prescription d'antibiotiques, il est facile de comprendre que tout changement de pratique pour se mettre en accord avec les données de la science soit source de conflit potentiel. C'est vraisemblablement pour éviter cette situation difficile à gérer que patient et médecin évitent parfois d'aborder ce qui risque de « fâcher ». Ce fonctionnement est observé dans d'autres situations (sevrage tabagique, alcoolique, etc.).

*Par ailleurs*, la prescription effectuée contre son gré peut être vécue par le médecin comme un échec personnel, une remise en question de son pouvoir mais aussi de la confiance des malades. Cette situation était exacerbée lorsque le médecin avait, conformément au projet de recherche, déployé une stratégie de conviction. Cela renforce l'idée que rendre visible une situation peut être favorable à un changement de pratique

## INFECTIONS RESPIRATOIRES VIRALES DE L'ADULTE

mais peut aussi provoquer une frustration importante. Les durées de consultations n'étaient augmentées ni par ce travail de recherche ni par la mise en place des stratégies décrites précédemment. En fait, elles restaient globalement inchangées et donc compatibles avec un fonctionnement habituel. Au contraire les médecins ont insisté sur la façon d'utiliser plus rationnellement le temps à des fins non prescriptives, ce qui semblait dans leur esprit correspondre à un gain de temps. Il s'agit là vraisemblablement d'un temps subjectif, temps perçu et lié au degré d'implication et à la conviction du médecin.

### Généralisation des résultats ?

Les principaux problèmes soulevés par ce travail réalisé par 30 médecins généralistes enseignants sont ceux de sa validité pragmatique : les données qualitatives et quantitatives obtenues par cette expérimentation peuvent-elles avoir une portée plus générale ? En particulier :

- les situations décrites comme critiques sont-elles bien celles qui posent le plus de difficulté à la majorité des médecins généralistes en pratique courante ? Sont-elles celles qui induisent majoritairement des prescriptions inadaptées d'antibiotiques ?
- les stratégies de convictions et d'applications préconisées dans ce travail sont-elles en mesure de diminuer notablement et durablement la prescription inadéquate d'antibiotiques ?
- en cas de réponses favorables, quelles conditions seront nécessaires pour que ce dispositif de recherche alimente ou devienne un véritable dispositif de formation ? Faudra-t-il encourager ce type de travail et évaluer les modifications de pratiques qui s'y rattachent ? Faudra-t-il, au contraire, envisager des formations initiales et continues qui intègrent ces données ?
- quels seront les effets non voulus de ces stratégies sur la santé individuelle et sur la santé publique ?

La réponse à toutes ces questions nécessite la mise en place de nouveaux travaux dont l'objectif sera de vérifier à grande échelle la validité et l'efficacité des stratégies proposées. Il faudra aussi tester de manière rigoureuse ce qui est en mesure de modifier le plus durablement les pratiques : formation à partir de données issues de la recherche qualitative en médecine générale ou dispositif de recherche mobilisant un nombre important de médecins généralistes ? Ce n'est qu'à ce prix que les innovations préconisées ici obtiendront une validité scientifique classique indiscutable.

### CONCLUSION

Menée dans le cadre théorique du « praticien réflexif », cette recherche relayée par l'action, utilisant la technique dite de l'incident critique associée à des entretiens collectifs a permis :

- de repérer et d'analyser qualitativement et quantitativement les situations cliniques qui posent des problèmes aux médecins lorsqu'il s'agit pour eux de ne pas prescrire d'antibiotiques ;
- de décrire les stratégies utilisées par les praticiens-chercheurs en fonction du contexte, du vécu et de l'issue de la consultation pour modifier leurs pratiques conformément aux données de la science ;
- de percevoir l'évolution des pratiques liées à une implication durable dans ce travail de réflexion dans l'action.

Ce travail montre les difficultés de mettre en application les référentiels dans toutes les circonstances de la médecine ambulatoire. Il est clair que la pratique de la médecine ne peut se résumer à l'application stricte de connaissance théorique et que ses modifications sont multifactorielles. Les résultats de cette

recherche contribueront peut-être à aborder la problématique de la prescription d'antibiotiques d'une manière plus large que sous l'angle uniquement bactériologique ou économique. ■

### Références

1. Guillemot D, Carbon C, Vauzelle-Kervroedan F *et al.* Inappropriateness and variability of antibiotic prescription among French office-based physicians. *J Clin Epidemiol* 1998 ; 51 : 61-8.
2. Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments dans les secteurs ambulatoires et hospitaliers. Prescription et consommation des antibiotiques en ambulatoire. Agence du médicament 1998.
3. Huchon G, Chidiac C, Delaval P *et al.* Conduite à tenir devant une infection respiratoire basse communautaire de l'adulte. Recommandations élaborées par la Société française de pneumologie de langue française, avec la collaboration de la Société de pathologie infectieuse de langue française à partir des recommandations de l'European Respiratory Society. *Rev Mal Respir* 1999 ; 16 : 224-33.
4. Conférence de consensus de Lille. Infections des voies respiratoires. *Med Mal Infect* 1992 ; 22 : 42-19.
5. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998 ; 317 : 637-42.
6. Schön A. Nouvelle épistémologie de la pratique. Savoirs théoriques et savoirs d'action Paris : PUF, 1996.
7. Saint-Arnaud Y. Connaître par l'action. Presse Universitaire de Montréal, 1992.
8. Flanagan JC. American Institute for Research and University of Pittsburgh. *Rev Psychol Appl*, 1954.
9. Falcoff H, Aubert JP, Brami J, Carbon C, Perronne C. Élaboration d'un outil d'aide à la décision pour la prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires courantes de l'adulte : méthodologie, premiers résultats. *Med Mal Infect* 1997 ; 27 (Spécial) : 355-61.
10. Huberman M, Miles MB. Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles : De Boeck, 1991.
11. Piaget J. Éducation et instructions depuis 1935. In : Psychologie et pédagogie. Paris : Denoël, médiations, 1969.
12. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot et Rivages, 1988, 1996.
13. Place de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires de l'enfant de 0 à 7 ans. Étude régionale inter régime. Assurance maladie des professions indépendantes. Mutualité sociale agricole. Assurance maladie de la Sécurité sociale.
14. Chauvin P, Petitpretz P, Brai A *et al.* Prise en charge des épisodes infectieux bronchiques en médecine générale. *Rev Mal Respir* 1996 ; 13 : 397-404.

**Ont participé à ce travail :** Jean-Pierre Arligui ; Jean-Pierre Aubert ; Isabelle Aubin ; Philippe Birembaux ; L. Caillaud ; Annie Catu ; Patrick Chevallier ; Alain Eddi ; Christian Ghasarossian ; Raymonde Jassaud ; Ginette Kawka ; Gérard Leroux ; Jean-Pierre Lucas ; Hervé Mangin ; Michel Mares ; Henri Partouche ; Pierre Rabany ; Vincent Renard ; Jean-François Renault ; Joël Rico ; Patrick Russo ; Frédéric Schramm ; Jean-Claude Schwartz ; Eva Teslar ; François Thibault ; Jean-Pierre Wainsten ; Benoît Weiler.

### LIMITING ANTIBIOTICS PRESCRIPTIONS IN SO-CALLED VIRAL RESPIRATORY INFECTIONS PAAIR STUDY RESULTS

**OBJECTIVES :** WHY DO GENERAL PRACTITIONERS TEND TO OVERPRESCRIBE ANTIBIOTICS IN SO-CALLED « VIRAL » RESPIRATORY INFECTIONS ? CAN THIS PRACTICE BE REVISED ? ARE ALTERNATIVE EFFICIENT SOLUTIONS AVAILABLE TO AVOID THOSE PRESCRIPTIONS ?

**THE GUIDING PRINCIPLE UNDERSCORING THIS STUDY WAS THAT THIS PRACTICE MIGHT BE EXPLAINED BY THE THOUGHT-INTO-ACTION THEORY AND THE NECESSARY CORRECTIONS MIGHT BE PROVIDED.**

**METHODS :** THE PHYSICIAN/PATIENT RELATIONSHIP WAS STUDIED IN VIVO TO BETTER UNDERSTAND WHY UNNECESSARY ANTIBIOTICS WERE PRESCRIBED IN THE CLINICAL SETTING. THE PAAIR STUDY INVOLVED PHYSICIANS ATTEMPTING TO REVISE THEIR PRESCRIPTION PATTERNS IN « REAL TIME » (« REFLECTIVE » METHODOLOGY.)

**RESULTS :** THE QUALITATIVE RESULTS HELPED IDENTIFY 11 CASES WHERE ANTIBIOTICS MIGHT HAVE BEEN PRESCRIBED INADEQUATELY AS WELL AS ALTERNATIVE EFFICIENT SOLUTIONS TO AVOID THIS ; THE QUANTITATIVE RESULTS EVIDENCED THE FACTORS THAT SIGNIFICANTLY INFLUENCED THESE PRESCRIPTIONS.

**CONCLUSION :** THANKS TO THE CRITICAL INCIDENT METHODOLOGY, THE PAAIR STUDY HELPED BETTER UNDERSTAND WHY AND HOW ANTIBIOTICS ARE OVERPRESCRIBED IN SO-CALLED AMBULATORY « VIRAL » RESPIRATORY INFECTIONS ; IT ALSO EXPLAINED HOW GENERAL PRACTITIONERS ARE ATTEMPTING TO AVOID OVERPRESCRIBING.

REV PRAT MED GEN 2003 ; 17 (601) : 155-60.