

Mots-clés

 Antibactériens
 Maladies virales
 Médecine générale

Key words

 Anti-bacterial agents
 Virus diseases
 General practice

Contre les virus, ils sont prescrits mordicus...

La prescription d'antibiotiques par les MG français dans les angines, les bronchites aiguës, les états fébriles et les rhinopharyngites : une étude épidémiologique

Prescription of antibiotics by French GPs in tonsillitis, acute bronchitis, febrile conditions and nasopharyngitis syndromes: an epidemiological study

**Analyse et commentaires de Michaël Rochoy (UFR Lille) et Cam-Anh Khau (UFR Paris-13-Nord-Bobigny)
D'après une communication de Morelière M (France)**

exercer 2015;121(suppl2):S50-S51.

moreliere.marie@gmail.com

Contexte

La France était le 5^e plus gros consommateur européen d'antibiotiques en 2012¹. Pour faire face à l'augmentation de résistances bactériennes, 3 plans nationaux ont été mis en place en 2001, 2007 puis 2010.

Objectif

Décrire l'évolution des prescriptions d'antibiotiques par les médecins généralistes français dans les angines, bronchites aiguës, états fébriles et rhinopharyngites entre 2000 et 2009. Analyser les facteurs associés à la prescription d'antibiotiques dans ces pathologies.

Méthode

Étude épidémiologique observationnelle utilisant les données entre juillet 2000 et juin 2009 issues de la cohorte prospective de l'Observatoire de la médecine générale (OMG) mis en place par la Société française de médecine générale (SFMG). Les médecins investigateurs incluaient tous les patients les consultant. Ils codaient les diagnostics selon le dictionnaire de résultats de consultations de la SFMG. Les comorbidités étaient définies dans les antécédents ou par la répétition d'un résultat de consultation au cours de l'année.

Résultats

Sur 10 ans, 116 médecins ont enregistré 87 681 consultations se concluant par une angine, une bronchite aiguë, un état fébrile ou une rhinopharyngite. Des antibiotiques

étaient prescrits dans 42 % des consultations en 2000, dans 25 % en 2004 et dans 30 % en 2009. Entre 2000 et 2009, le taux de prescription a diminué de 61 à 56 % pour les angines, de 67 à 58 % pour les bronchites aiguës, de 33 à 24 % pour les états fébriles et de 37 à 19 % pour les rhinopharyngites. Cette diminution était moins importante dans les tranches d'âge 0-1 an (diminution de 9 %) et plus de 66 ans (diminution de 4 %). La prescription d'antibiotique était associée à un âge plus élevé et la présence d'une comorbidité ; elle n'était pas associée au sexe. Les médecins prescrivaient essentiellement de l'amoxicilline (environ 55 %), des macrolides (25 %), des céphalosporines (15 %) et de l'amoxicilline-acide clavulanique (5 %). Lorsque les patients consultaient pour persistance du problème, un antibiotique était alors fréquemment prescrit dans les états fébriles et les rhinopharyngites. Le diagnostic d'angine chez un enfant de moins de un an amenait à une prescription d'antibiotique dans près de deux tiers des cas sur la durée de l'étude. La prescription d'antibiotiques dans les bronchites a augmenté chez les patients de plus de 66 ans (+3 %), qui restaient la population la moins traitée en dehors des nourrissons ; elle a également augmenté chez les patients ayant une comorbidité (+1 %).

Résultat principal

Les données issues de l'Observatoire de la médecine générale montrent que la prescription d'antibiotiques dans les angines, bronchites, états fébriles et rhinopharyngites a diminué entre 2000 et 2004, puis augmenté en 2009.



Commentaires

Cette étude décrit un phénomène global de prescription d'antibiotiques en soins primaires au fil des années. Ses résultats sont proches de ceux publiés à partir des données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)². La diminution de prescription des antibiotiques reste cependant encore trop timide, en particulier chez les sujets les plus âgés, ayant des comorbidités et une bronchite aiguë³. Ces données sont importantes pour élaborer les futurs messages de santé publique.

Ce travail met justement en exergue l'importance des messages collectifs de santé publique. La CNAMTS a associé une campagne de communication au 1^{er} Plan national de 2002 (« *Les antibiotiques, c'est pas automatique* »). L'absence de slogan et de communication massive a pu diminuer l'impact du 2^e Plan national ; cette hypothèse sera à vérifier avec les résultats du 3^e Plan national, associé à un nouveau slogan : « *Les antibiotiques, utilisés à tort, ils deviendront moins forts* ». L'OMG constitue une importante base de données de soins primaires, dont le recueil prospectif et informatisé limite les biais. Il existe suffisamment de subtilités dans les codages pour éviter les erreurs d'interprétation (par exemple la différenciation entre bronchite et exacerbation aiguë de bronchopneumopathie chronique obstructive, entre grippe persistante et pneumonie). Toutefois, cette étude présente plusieurs limites. La représentativité des médecins investigateurs dans la base utilisée est inconnue⁴. Les données ne sont pas ajustées sur l'âge : la faible diminution des prescriptions d'antibiotiques pourrait être en partie liée à un vieillissement de la population sur les 9 années de l'étude, et le franchissement d'un seuil de 60-65 ans pour nombre d'entre eux (*papy-boom*). À côté des plans nationaux de lutte contre les résistances bactériennes, l'antibiothérapie faisait partie des traitements recommandés pour toute angine jusqu'en 2002, dans les bronchites persistantes jusqu'en 2000 et dans les rhinopharyngites persistantes chez les enfants de moins de un an à risque jusqu'en 2005. L'étude n'en tient pas compte. Enfin, les angines sont régulièrement d'origine bactérienne (environ 25-40 % chez l'enfant et 15-20 % chez l'adulte)⁵ : les résultats auraient pu être affinés à partir de 2002 avec l'arrivée des tests diagnostiques rapides, dont l'utilisation n'est pas renseignée.

Par ailleurs, ces résultats intéressants ne peuvent pas refléter toute la complexité d'une consultation médicale. Les médecins sont influencés dans leur prescription d'antibiotiques par les *a priori* des patients et des parents (apport d'un diagnostic potentiel, notion de résistance du problème)⁶. Ainsi, le fait de « penser » qu'un parent

souhaite un antibiotique en multiplie sa prescription d'un facteur 7 à 9^{6,7}. Cette situation est vécue comme peu satisfaisante par les médecins^{8,9}.

Cette prescription insatisfaisante renvoie à l'*evidence-based medicine* : les médecins généralistes connaissent l'absence d'efficacité des antibiotiques dans les pathologies virales, mais l'expérience clinique du médecin et les préférences du patient peuvent largement influencer sur la prescription. Or, pour les médecins et les patients, l'antibiothérapie reste un remède miracle^{8,9}, dont on oublie facilement la découverte récente et l'histoire jalonnée de résistances bactériennes. L'importante prescription de céphalosporines dans cette étude (20 %) invite à poursuivre les recherches sur les déterminants de prescription d'antibiotiques à spectre d'action de plus en plus large. Parallèlement, il semble nécessaire de rappeler qu'un antibiotique à grand pouvoir bactéricide implique de grandes responsabilités de prescription. Cette étude décrit le mésusage des antibiotiques en France dans des pathologies majoritairement virales et rappelle l'importance des messages collectifs de santé publique. La qualité des informations utilisées est un plaidoyer pour un recueil pérenne des données en médecine générale.

Michaël Rochoy – UFR Lille
Cam-Anh Khau – UFR Paris-13-Nord-Bobigny

Références

1. European center for disease prevention and control. Summary of the latest data on antibiotic consumption in the European Union. Stockholm : ECDC, 2014.
2. Maraninchi D. Rapport de l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France. Paris: Afssaps, 2011. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/content/download/41860/544524/version/2/file/Afssaps_Rapport-annuel-2011.pdf [consulté le 16 juin 2015].
3. Little P, Stuart B, Moore M, et al. Amoxicillin for acute lower-respiratory-tract infection in primary care when pneumonia is not suspected: a 12-country, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Infect Dis* 2013;13:123-9.
4. Rosman S, Vaillant ML, Schellevis F, et al. Prescribing patterns for upper respiratory tract infections in general practice in France and in the Netherlands. *Eur J Public Health* 2008;18:312-6.
5. Buchbinder N, Benzdira A, Belgaid A, et al. Angine streptococcique aux urgences pédiatriques : performances et impact d'un test de diagnostic rapide. *Arch Pediatr* 2007;14:1057-61.
6. Stivers T, Mangione-Smith R, Elliott MN, et al. Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physicians believe. *J Fam Pract* 2003;52:140-8.
7. Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, et al. The relationship between perceived parental expectations and pediatrician antimicrobial prescribing behavior. *Pediatrics* 1999;103:711-8.
8. Butler CC, Rollnick S, Pill R, et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998;317:637-42.
9. Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A, et al. Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. *exercer* 2015;13-21.