

# Prescrire des antibiotiques dans les infections respiratoires

## Une aide à la décision est-elle utile ?

Par **Jean-Pierre Aubert, Jean Brami**, Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), 1, rue de la Butte-aux-Cailles, 75013 Paris, **Claude Carbon**, Unité INSERM 13, hôpital Bichat, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, **Véronique Delorieux, Hector Falcoff**, SFTG et les groupes de travail Île-de-France (D. Avramov, F. Bloede, F. Bricaire, P. Gehanno, M. Lavielle, M. Mondrzak, M. Prosper), Nord (L. Beaumadier, C. Beuscart, D. Chevalier, M. Cotté, B. Riff, Y. Rogeaux), Val de Loire (P. Choutet, N. Khoury, E. Lemaire, P. Ouvrard, D. Suzanne).

### Résumé :

**Objectif :** Élaborer et valider par des praticiens de terrain un outil d'aide à la prescription et à la non-prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires courantes de l'adulte.

**Méthode :** À partir de symptômes et non de diagnostics a été élaboré un référentiel d'aide à la décision de prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires courantes de l'adulte. Il a été évalué sur un groupe restreint de généralistes volontaires.

**Résultats :** L'évaluation a mis en évidence que ce référentiel permettait aux médecins d'identifier 81,5 % des situations qu'ils rencontraient.

Dans 83 % des situations identifiées, les médecins appliquaient la conduite préconisée par le référentiel en matière de prescription d'antibiotiques. La plupart des écarts au référentiel se faisaient dans le sens de la prescription d'antibiotiques. Ce référentiel a été ressenti par les médecins qui l'ont utilisé comme une aide à la non-prescription.

**Conclusion :** Malgré sa simplicité apparente, ce référentiel permet d'éclaircir un domaine dans lequel le flou est habituel. Il serait souhaitable de tester la seconde version auprès d'un groupe plus large de généralistes tirés au sort.

*Rev Prat Med Gen 2001 ; 15 (532) : 635-40.*

Les ordonnances d'antibiotiques sont passées en France de 30 millions par an en 1982 à 40 millions en 1992 (+ 33,3 %) [1] et l'essentiel de ces prescriptions concerne les infections respiratoires courantes. En 1992, 41 % des médecins généralistes français déclaraient avoir conscience de prescrire une quantité excessive d'antibiotiques [2].

En principe, on devrait prescrire un antibiotique soit lorsque la probabilité d'une infection ou d'une surinfection bactérienne est élevée soit lorsque le risque lié à la surinfection, sur un terrain particulier, est élevé.

Dans le cas des infections respiratoires courantes rencontrées en médecine générale il est souvent difficile d'affirmer ou

## ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

d'éliminer une de ces situations. Dans le doute, le praticien réagit toujours en prescrivant des antibiotiques (cf. infra) [3]. Il existe d'autres déterminants de la prescription qui sont la pression des laboratoires pharmaceutiques et celle exercée par la concurrence, la demande du patient [3], et le système de représentations de la maladie infectieuse propre à chaque culture. Ainsi en France, on a pu mettre en évidence qu'il existe dans le public une confusion entre antibiotiques et antipyrétiques [4]. La modification des conduites des médecins généralistes est un des objectifs des conférences de consensus [4, 5] organisées en France. À l'évidence, la progression du nombre de prescriptions d'antibiotiques indique que cet objectif n'est pas atteint. Les procédures actuelles visant à la modification des conduites sont inadaptées.

À partir de ce constat, nous avons identifié 4 séries de faits :

– Des situations cliniques mal définies. On sait que le germe dominant dans les sinusites de l'adulte est l'*Hæmophilus*, et qu'il est raisonnable, dans cette indication, de proposer en choix probabiliste un antibiotique actif sur ce germe (par exemple une association amoxicilline-acide clavulanique). Cette recommandation, pourtant claire, bute sur la définition clinique de la sinusite. Quand s'arrête, par exemple, la rhinopharyngite (qui, même purulente, ne nécessite pas d'antibiothérapie) et quand commence la sinusite ?

– Des facteurs de risque de surinfection insuffisamment évalués. Les surinfections bactériennes des infections respiratoires courantes sont-elles plus fréquentes chez le fumeur, le patient asthmatique ou la femme enceinte ? Ce type de risques est un élément incontournable et mal évalué de la stratégie de prescription d'antibiotiques.

– Des recommandations en matière d'infections respiratoires à élaborer et à diffuser par des médecins généralistes. Les généralistes sont les premiers concernés par les infections respiratoires courantes de l'adulte : il est souhaitable qu'ils prennent l'initiative de développer des recommandations adaptées à leur champ spécifique, et qu'ils participent activement à leur diffusion. Ces activités (développement et diffusion des recommandations) doivent constituer un pivot essentiel de la FMC.

– Des recommandations qui n'enseignent pas la « non prescription ». Des études récentes [6] sur la prise en charge thérapeutique des toux aiguës de l'adulte montrent qu'il n'existe pas de différence d'efficacité entre antibiotique et placebo. Diffuser les résultats de ce type d'étude ne suffit pas à modifier le comportement des prescripteurs. Le fait de « ne pas prescrire » est un acte symbolique très fort qu'il faut assortir d'outils concrets permettant au praticien d'échapper aux pressions, conscientes ou inconscientes, qui le poussent à prescrire.

L'objectif de l'étude présentée dans cet article a été de faire élaborer, puis valider par des praticiens de terrain, un outil d'aide à la prescription et à la non-prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires courantes de l'adulte. Cet outil est appelé « référentiel » dans la suite de l'article.

### Méthodologie

Ce travail a été mené de 1995 à 1997 dans le cadre d'un contrat INSERM U13-Mutuelle générale de l'Éducation Nationale (MGEN) - Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG). Il a été coordonné par un groupe de pilotage, comprenant 3 généralistes et 2 infectiologues. La recherche a compris 2 étapes dont la première a déjà fait l'objet d'une publication [7].

### MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche a été effectuée le 7 février 1995 sur la base de données MEDLINE. Les 5 principaux groupements de mots clés utilisés étaient :

– **Symptôme ou signe** : common cold, cough, dyspnea, hoarseness, nasal obstruction, earache.

– **Diagnostic** : rhinitis, rhinopharyngitis, laryngitis, pharyngitis, tonsillitis, sinusitis, otitis, bronchitis, bronchopneumonia, pneumonia, pleuropneumonia, tracheitis, pleurisy.

– **Essai thérapeutique** : clinical trial, clinical trial phase III, clinical trial phase IV, multicenter studies, meta-analysis, randomized controlled trials.

– **Recommandations** : guidelines, health planning guidelines, practice guidelines.

– **Facteurs de risque** : asthma, diabetes mellitus, cardiovascular diseases, alcoholism, respiratory insufficiency, smoking, splenectomy, pregnancy, age, elderly.

– **Médecine générale** : family practice, family physicians.

– **Autres mots clés utilisés dans la recherche** : epidemiology bacteria community human, adult antibiotics placebo double blind respiratory tract infections risk factor risk.

Après croisements, la recherche a permis d'obtenir 1 102 références, un tri rapide sur les titres et les abstracts a permis d'en retenir 172.

La recherche bibliographique a été effectuée avec l'aide du Centre d'information médicale automatisée de l'INSERM (voir encadré ci-dessus).

### Étape n° 1 : élaboration de la première version du référentiel

La technique que nous avons utilisée est inspirée de la méthode DELPHI [8].

Trois groupes d'experts ont été constitués, en Île-de-France, dans le Nord et dans le Val-de-Loire. Chaque groupe comprenait 2 à 4 médecins généralistes, un infectiologue, un ORL et un pneumologue.

Ils devaient respecter 3 contraintes :

– proposer des critères basés sur la symptomatologie et non sur le diagnostic. Les experts ne devaient pas utiliser de termes nosographiques (sinusite, bronchite, etc.) mais uniquement des termes désignant des symptômes (rhinorrhée claire ou purulente, toux sèche ou productive, etc.) ;

– parvenir à un consensus quand les sources scientifiques étaient incomplètes ;

– formuler clairement les situations dans lesquelles il est légitime de ne pas prescrire d'antibiotiques.

Cinq groupes de situations cliniques ont été retenus, selon que le symptôme dominant était la rhinorrhée, la toux, le mal de gorge, l'extinction de voix ou l'otalgie.

Le groupe de pilotage a sélectionné 5 questions par situation à poser aux experts, et les a formulées de façon à respecter les contraintes ci-dessus. Ces questions visaient à leur faire préciser les combinaisons de symptômes et (ou) de terrains dans lesquelles ils conseillaient ou déconseillaient la prescription d'antibiotiques (voir encadré page suivante). Chaque groupe d'experts disposait de la bibliographie sélectionnée par le groupe de pilotage, et avait la liberté de proposer d'autres sources. Lorsqu'une réponse était consensuelle entre les 3 groupes d'experts, elle était retenue par le groupe de pilotage. En cas de divergence,

## ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

### EXEMPLE D'UN QUESTIONNAIRE PROPOSÉ AUX EXPERTS

Un adulte vous paraît présenter, au terme de votre interrogatoire et de votre examen clinique, le symptôme « dominant » suivant :

**Jetage ou obstruction nasale**

1. Parmi les signes ou symptômes suivants, en est-il un qui, ajouté seul au symptôme « dominant », vous paraît justifier le recours à un traitement antibiotique ?

#### Liste A

- Fièvre
  - Céphalées
  - purulence du jetage
- (Liste non exhaustive, à compléter éventuellement)
- Quelles sont, dans ce contexte, les situations qui vous paraissent justifier un examen complémentaire, et lequel ?

(Moduler les symptômes en fonction de leur intensité, leur durée, ou leur localisation)

2. Quelles sont les combinaisons de symptômes (pris dans la liste A) qui, ajoutés au symptôme « dominant », vous paraissent justifier le recours à un traitement antibiotique ?

3. Un des terrains suivants, ajouté au symptôme « dominant », vous paraît-il à lui seul justifier le recours à un traitement antibiotique ?

#### Liste B

- Asthme
- Insuffisance respiratoire
- Diabète insuffisance coronaire
- Insuffisance cardiaque
- Déficit immunitaire
- Splénectomie
- Grossesse
- Allaitement, alcoolisme chronique
- Tabagisme chronique
- Personne âgée

(Liste non exhaustive, à compléter éventuellement)

4. Quelles sont les combinaisons de symptômes (pris dans la liste A) qui, ajoutés à un terrain particulier (pris dans la liste B) et au symptôme dominant, vous paraissent justifier le recours à un traitement antibiotique ?

5. Compte tenu du travail que vous venez d'effectuer, formulez explicitement les combinaisons de symptômes et de terrain vous paraissant ne pas justifier le recours à un traitement antibiotique.

les groupes d'experts étaient informés de leurs contradictions, et chargés de trouver un consensus.

Le groupe de pilotage a synthétisé l'ensemble des réponses dans un document unique d'une seule page, édité sous une forme compatible avec son utilisation en médecine générale (voir figure : version initiale du référentiel).

#### Étape n° 2 : test de la première version du référentiel

Ce document a été proposé à un petit groupe de médecins généralistes volontaires. Chaque praticien devait tester l'outil à son cabinet sur une période de 5 jours, pour chaque patient adulte présentant une infection respiratoire ou ORL. Une fiche était remplie pour chaque situation.

Si la situation clinique à laquelle le praticien était confronté était identifiable dans le référentiel, le médecin indiquait s'il appliquait ou non la conduite préconisée (prescription recommandée ou non d'un antibiotique). Il motivait sa réponse s'il ne suivait pas la recommandation.

Si la situation clinique n'était pas identifiable dans le référentiel, le généraliste devait en faire la description, et préciser s'il avait ou non prescrit un traitement antibiotique.

#### Résultats de l'étape n° 2

Parmi les 30 médecins sollicités pour participer à l'étude, 12 ont accepté. Le nombre de situations analysées a été de 243, soit une moyenne de 20 par médecin.

#### 81 % des situations étaient identifiées par le référentiel

Parmi les 243 situations rencontrées, 198 (81,5 %) ont été rapportées à une situation décrite (« identifiée ») dans le référentiel et 45 (18,5 % des cas) n'ont pu être identifiées par les médecins à l'aide du référentiel.

#### Dans 83 % des situations identifiées, la conduite préconisée était respectée

Sur les 198 situations identifiées, la conduite préconisée a été respectée 163 fois (83 %) avec la distribution suivante : dans 91 cas, les antibiotiques étaient non conseillés, et ils n'avaient pas été prescrits ; dans 50 cas ils étaient conseillés et ils avaient été prescrits ; 22 situations étaient ouvertes, cela signifie que le référentiel laissait aux médecins le choix de la prescription d'antibiotiques : 18 fois sur 22, ils ont alors choisi de prescrire un antibiotique.

Pour 34 observations (17 %), la situation était identifiée, mais le médecin avait un avis divergent sur l'opportunité ou non de prescrire un antibiotique. Dans tous ces cas, le médecin a prescrit l'antibiotique alors que le référentiel ne le conseillait pas. Dans ces situations, les généralistes devaient motiver leur conduite. Dans 18 cas (45 %) cette conduite était secondaire à des pressions psychosociales de la part du patient (efficacité vécue comme supérieure des antibiotiques, justification de la visite chez le médecin, épisodes infectieux antérieurs ayant abouti finalement à une prescription antibiotique, etc.).

Par ailleurs, une question ouverte sur le référentiel a confirmé que le référentiel était d'utilisation facile et perçu comme une aide concrète à la non-prescription d'antibiotiques. Il a permis aux praticiens de mieux résister à certaines pressions psychosociales.

#### Discussion

La définition des critères cliniques d'entrée (symptômes retenus) a été faite initialement par le groupe de pilotage. La légitimité de ces choix a été confortée rétrospectivement par le taux élevé d'identification des situations cliniques par les praticiens. Un autre outil est aujourd'hui disponible et pourrait servir de base à un travail analogue, le dictionnaire des résultats de consultation de la Société française de médecine générale (SFMG). À l'époque où nous avons commencé ce travail, cet outil n'était pas publié, et nous n'en avons donc pas tenu compte.

Le référentiel n'a été testé que sur un petit groupe de médecins, tous volontaires et intéressés par le sujet. Néanmoins, l'objectif de ce travail étant d'obtenir des informations aussi riches que possible, et en partie qualitatives, sur les problèmes rencontrés

## ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

**TABLEAU D'AIDE À LA DÉCISION POUR LA PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES (VERSION INITIALE)**

*L'utilisation de cet outil est proposée pour le cas des personnes âgées de plus de 15 ans, rencontrant le médecin généraliste pour la première fois pour une infection respiratoire ou ORL, à l'exclusion des personnes dont l'état nécessite une hospitalisation, un ou plusieurs examens complémentaires, ou un avis spécialisé.*

Symptômes dominants	Antibiotiques justifiés	Antibiotiques non-justifiés
<b>Jetage</b>	1-1 purulent > 7 j 1-2 purulent unilatéral (toute durée) 1-3 purulent + céphalées 1-4 purulent + fièvre > 3 j 1-5 purulent + terrain : diabète déséquilibré, corticothérapie au long cours, allaitement	1-6 purulent isolé = 7 j 1-7 non purulent fébrile
<b>Toux</b>	2-1 Suspicion de pneumopathie : T° > 38,5°C + anomalies auscultatoires ± douleur thoracique 2-2 Pousée desurinfection chez BPCO connu + 2 des 3 éléments : augmentation de la dyspnée ou du volume de l'expectoration, purulence de l'expectoration	2-3 toux isolée, non fébrile, sans terrain, ou avec un seul symptôme 2-4 toux dans contexte de virose haute évidente (jetage non purulent, céphalées, mal de gorge...)
	<b>Antibiothérapie à discuter, éventuellement après radio ou en fonction du terrain</b> 2-a toux + anomalies auscultatoires en foyer ou douleur thoracique + personne âgée 2-b toux + fièvre + durée > 3 j 2-c toux + purulence + durée > 7 j 2-d toux + fièvre + personne âgée 2-e toux + fièvre + crachats purulents + tabagisme chronique	
<b>Mal de gorge</b>	3-1 fièvre + adénopathie + aspect érythémateux ou érythématopultacé 3-2 fièvre + immunodépression connue	3-3 +1 seul symptôme y compris fièvre, quel que soit le terrain 3-4 dans un contexte de virose évidente
<b>Extinction de voix</b>	4-1 pas de consensus sur des situations justifiant des antibiotiques	4-2 isolée (sans fièvre, sans signes de diffusion) même en cas de terrain particulier 4-3 avec fièvre < 5 j sans terrain particulier et sans autre signe
<b>Otalgie</b>	<b>Si le tympan est vu</b> 5-1 rouge opaque bombé avec relief disparu 5-2 perforé + fièvre 5-3 otorrhée séreuse + diabète ou femme enceinte ou immunodépression  <b>Si le tympan n'est pas vu</b> 5-4 otorrhée purulente 5-5 otorrhée séreuse + fièvre 5-6 otorrhée séreuse + diabète ou femme enceinte 5-7 fièvre + diabète ou splénectomie ou immunodépression 5-8 diabète + CAE inflammatoire	5-9 tympan vus normaux 5-10 tympan non vus isolés (pas d'otorrhée, etc.) quel que soit le terrain

dans l'utilisation du référentiel, la motivation des médecins impliqués était plutôt un atout.

Nous avons recueilli 243 situations cliniques d'infections respiratoires courantes en médecine générale. Il est possible que quelques situations n'aient pas été rencontrées par nos investigateurs, mais ces cas sont nécessairement rares.

Trois points ont émergé : le choix antibiotique préférentiel, les terrains à risque, le problème des situations peu fréquentes ou non identifiées.

### Le choix antibiotique préférentiel

Quand la conduite recommandée par le référentiel n'était pas respectée par le praticien, ou lorsque le référentiel ne tranchait pas clairement, l'écart à la recommandation se faisait toujours dans le sens de la prescription d'un antibiotique. Il n'y a pas eu un praticien qui s'est abstenu de prescrire des antibiotiques alors que le référentiel les recommandait, ou ne les excluait pas nettement.

## ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

**TABLEAU D'AIDE À LA DÉCISION POUR LA PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES (VERSION DÉFINITIVE)**

*L'utilisation de cet outil est proposée pour le cas des personnes âgées de plus de 15 ans, rencontrant le médecin généraliste pour la première fois pour une infection respiratoire ou ORL, à l'exclusion des personnes dont l'état nécessite une hospitalisation, un ou plusieurs examens complémentaires, ou un avis spécialisé.*

Symptômes dominants	Antibiotiques justifiés	Antibiotiques non-justifiés
<b>Jetage</b>	<p>1-1 évolution &gt;7 j et purulent bilatéral ce jour</p> <p>1-3 purulent unilatéral (quelles que soient la durée et la température)</p> <p>1-5 purulent + céphalées (quelles que soient la durée et la température)</p> <p>1-6 évolution &gt;3 j et ce jour purulence et T° &gt; 38 °C</p> <p>1-7 purulent (quelle que soit la durée) + terrain : diabète déséquilibré, corticothérapie au long cours, allaitement, VIH, femme enceinte</p>	<p>1-2 purulent bilatéral isolé (quelle que soit la durée)</p> <p>1-4 non purulent isolé (quelles que soient la durée et la température)</p>
<b>Toux</b>	<p>2-1 suspicion de pneumopathie : T° &gt; 38,5° C + anomalies auscultatoires ± douleur thoracique</p> <p>2-3 poussée de surinfection chez BPCO connu + 2 des 3 éléments : augmentation de la dyspnée ou du volume de l'expectoration, purulence de l'expectoration.</p> <p>2-4 toux + anomalies auscultatoires en foyer ou douleur thoracique + personne âgée</p> <p>2-5 toux &gt; 7 j et ce jour toux + crachats purulents</p> <p>2-6 toux + fièvre + personne âgée</p> <p>2-7 toux + fièvre + crachats purulents + tabagisme chronique</p> <p>2-8 toux + T° &gt; 38°C + durée &gt; 3 jours</p>	<p>2-2 toux isolée, non fébrile, sans terrain particulier associée au maximum à 1 des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- douleur thoracique</li> <li>- dyspnée</li> <li>- signes auscultatoires</li> <li>- purulence</li> </ul>
<b>Mal de gorge</b>	<p>3-1 fièvre + adénopathie sous angulo-maxillaire + amygdales avec aspect érythémateux ou érythémato-pultacé</p> <p>3-3 fièvre + immunodépression connue</p>	<p>3-2 mal de gorge avec au maximum 1 des symptômes suivants : adénopathie sous-angulo-maxillaire ou aspect érythémato-pultacé ou érythémateux</p>
<b>Pas de symptôme dominant évident et/ou jetage et/ou toux et/ou mal de gorge</b>	<p>4-1 lorsqu'au sein du tableau clinique on identifie une combinaison ci-dessus (colonne de gauche)</p>	<p>4-2 Épisode &lt; 7 j,</p> <p>si jetage : il n'est pas purulent</p> <p>si toux : elle est sèche ou avec expectorations non purulente, et sans anomalie auscultatoire,</p> <p>si mal de gorge : pas d'association amygdalite et adénopathie sous angulo-maxillaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il y a ou non de la fièvre,</li> <li>• il y a ou non des céphalées,</li> <li>• il y a ou non des myalgies</li> </ul> <p>• il n'y a pas de terrain particulier : âge avancé, asthme, grossesse, alcoolisme, tabagisme, immunodépression (corticoïdes au long cours, VIH, chimiothérapie, autres)</p>

Il semble donc qu'en l'absence d'informations, les médecins s'orientent vers un choix « de sécurité », celui de mettre un antibiotique « dans le doute ». Rien ne prouve que ce choix soit toujours le meilleur, mais nous abordons là un élément des représentations mentales des antibiotiques chez les médecins : ils sont vécus comme un élément de sécurité.

### Les terrains à risque

Les médecins ont considéré que l'immunodépression (sida,

alcoolisme, corticothérapie), la grossesse, l'asthme, et le tabagisme, étaient des situations particulières. Dans tous ces cas, des antibiotiques ont été prescrits, alors qu'ils n'étaient pas recommandés. Les généralistes percevaient donc ces terrains comme étant « à risque » ; cette attitude était en contradiction avec l'avis des experts.

Il semble – et les débats des experts réunis en groupes de travail l'avaient déjà souligné – qu'un élément gênant en médecine générale soit la pauvreté de la littérature disponible sur des ques-

## ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

tions du type : « quels sont les terrains sur lesquels les risques évolutifs des infections respiratoires sont plus importants ? Une prescription plus large d'antibiotiques dans ces cas est-elle susceptible de réduire des risques ? »

### Les situations peu fréquentes ou non identifiées

Le jetage non purulent non fébrile s'est avéré un motif fréquent de consultation, absent du référentiel. Si cet item avait été présent dans la première version du référentiel, les médecins auraient alors pu identifier 88 % des situations rencontrées. Les combinaisons de symptômes sans domination de l'un d'entre eux sont apparues comme relativement fréquentes (14 cas).

Moins de 5 % des situations cliniques rencontrées étaient « otalgie » et « extinction de voix ». Dans les rares cas où ces symptômes ont été rencontrés, les médecins ont toujours appliqué la conduite préconisée. Ces 2 items ont été supprimés dans la seconde version dans un souci de simplification.

### Conclusion

Le comité de pilotage a modifié le référentiel pour intégrer les résultats du test. Cette version « définitive » (voir page précédente) pourrait être évaluée sur un nombre plus important de praticiens.

Au-delà du résultat obtenu, cette méthode « en allers et retours » entre groupes d'experts et praticiens pourrait s'appliquer à d'autres domaines de la médecine générale pour lesquels il n'existe pas de ligne directrice précise.

Ce travail montre que des médecins généralistes peuvent utiliser ce type de référentiel à la fois comme une aide à la prescription et à la non-prescription d'antibiotiques. La modification des mentalités des prescripteurs en matière d'antibiothérapie passe probablement par l'utilisation de ce type d'outil, la publication dans la littérature médicale de résultats de travaux complémentaires en antibiothérapie (données sur l'évaluation des risques et bénéfices des antibiotiques, validation de la prescription sur des combinaisons précises de symptômes, validation de la prescription sur certains terrains particuliers...), et un travail parallèle sur les représentations des patients dans ce domaine. ●

### Références

1. Guillemot D, Maison P, Carbon C *et al.* Trends in antimicrobial drug use in the community between 1981 and 1992, in France. *J Infect Dis* 1998 ; 177 : 492-7.
2. Amendola P. Le péril infectieux. *Impact Médecin hebdo*, 1992 : 170.
3. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners and patients perception of antibiotics for sore throat. *BMJ* 1998 ; 317 : 637-42.
4. 10<sup>e</sup> Conférence de thérapie anti-infectieuse. *Lyon 19/6/97* : les infections ORL.
5. Rapport de l'agence du médicament : antibiothérapie par voie générale en pratique courante, infections ORL et respiratoires basses. *Presse Med* 1999 ; 28 : 406-14.
6. Fahey T, Stocks N, Toby Thomas T. Quantitative systematic review of randomised controlled trials comparing antibiotic with placebo for acute cough in adults. *BMJ* 1998 ; 316 : 906-10.
7. 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 : 355-61.
8. Linstone HA, Turoff M. *The Delphi Method: Techniques and Application*. Addison-Wesley, 1975.

### Summary

**Objective:** To develop and to validate by consulting practitioners a tool for prescription or non-prescription of antibiotics in common respiratory infections in the adult.

**Method:** Based on symptoms, and not on diagnosis, a reference system was developed to aid in the decision to prescribe antibiotics in common respiratory infections in the adult. It was evaluated in a small group of volunteer general practitioners.

**Results:** The evaluation showed that using the reference system, the physicians identified 81.5% of the situations proposed. In 83% of the situations identified, the physicians applied the antibiotic prescription suggested by the reference system. In most cases of non-application of the reference system, the difference was toward antibiotic prescription. The reference system was considered by the physicians using it as an aid for non-prescription.

**Conclusion:** Despite its apparent simplicity, the reference system elucidates a field which is ill-defined. It would be of interest to test a second version on a larger, randomly chosen group of general practitioners.

*Rev Prat Med Gen 2001 ; 15 (532) : 635-40.*

Un problème juridique ?  
[www.33docpro.com](http://www.33docpro.com)  
Obtenez une réponse en ligne

Groupe J.B. Baillière Santé