

**UNIVERSITE PARIS DIDEROT-PARIS 7
FACULTE DE MEDECINE**

Année 2011

N°

**Thèse
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Par

Alice STEINEBACH
10/06/1979 Paris XI

Présentée et soutenue publiquement le : 27 Juin 2011

**LES FREINS A L'ABSTENTION THERAPEUTIQUE DANS LE
TRAITEMENT DE L'OTITE MOYENNE AIGÛE DE L'ENFANT DE PLUS
DE DEUX ANS EN MEDECINE GENERALE**

Président de thèse : Monsieur le Professeur BRICAIRE François

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur EDDI Alain

Membres du Jury : Madame le Professeur LEGER Juliane

Monsieur le Docteur RATAJCZAK Paul

DES MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier Monsieur le Professeur François Bricaire, qui m'a fait l'honneur de présider de ce jury de thèse.

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à Monsieur le Professeur Alain Eddi pour m'avoir dirigée durant ce travail de thèse et pour sa disponibilité.

Je tiens à remercier Madame le Professeur Juliane Léger et Monsieur le Docteur Ratajczak Paul d'avoir accepté de participer à ce jury.

Je voudrais remercier aussi Madame le Professeur Julienne Brabet pour ses précieux conseils méthodologiques et pour avoir apporté son éclairage de sociologue.

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans l'aide des médecins généralistes qui ont accepté de prendre le temps de réaliser les entretiens. L'intérêt de leurs témoignages m'a renforcée dans mon choix de la médecine générale.

Je remercie également tous mes maîtres de stages, au cabinet ou à l'hôpital, toujours prêts à jouer leur rôle dans cette relation particulière de compagnonnage si particulière à la médecine qui s'établit entre l'étudiant et son professeur.

SOMMAIRE

A.	INTRODUCTION	6
B.	PARTIE I : L'OTITE MOYENNE AIGUË ET LA PRESCRIPTION DANS LA LITTÉRATURE.....	8
1.	Epidémiologie et antibiorésistance de l'otite moyenne aiguë	8
1.1	Bactéries et antibiorésistances.....	9
1.1.1	Haemophilus Influenzae (Hi).....	10
1.1.2	Streptococcus pneumoniae (PC)	11
1.1.3	Moraxella Catarrhalis (MC)	12
1.2	Virus responsables de l'OMA.....	12
2.	Les études parues sur les antibiotiques et l'OMA : légitimité d'une attitude expectative	13
3	Les consensus : accords et ambiguïtés	16
3.1	Les recommandations françaises.....	16
3.2	Recommandations étrangères	17
3.3	Accords et ambiguïtés.....	18
4	Les pratiques de prescription des généralistes et leurs conséquences.....	19
4.1	Evaluation des pratiques des médecins généralistes au vu des recommandations.....	19
4.2	Surconsommation d'antibiotiques.	22
5	Le poids des représentations comme déterminant de la prescription d'antibiotiques	23

C. PARTIE II ENQUETE SUR LES REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES DU TRAITEMENT DE L'OMA CHEZ L'ENFANT DE PLUS DE DEUX ANS	32
1 Objectifs et méthodologie de la recherche empirique.....	32
1.1 Problématique et choix de la méthode	33
1.2 L'entretien semi-directif	35
1.3 Echantillonnage par quotas.....	39
1.3.1 Structuration de l'échantillon	39
1.3.2 Construction progressive de l'échantillon.....	44
1.4 Elaboration du guide d'entretien.....	46
1.4.1 Premier guide d'entretien (ANNEXE 1).....	46
1.4.2 Pré-tests et guide d'entretien définitif (ANNEXE 1).....	49
1.5 Réalisation des entretiens.....	51
1.5.1 Prise de rendez – vous.	51
1.5.2 Déroulement de l'entretien.....	51
1.5.3 La mémorisation des données.....	53
1.5.4 Retranscription.....	53
1.6 Analyse de contenu	54
2 Résultats.....	57
2.1 Composition de l'échantillon	57
2.1.1 Disponibilité du médecin	58
2.1.2 Exercice en cabinet de groupe.....	60
2.1.3 Lieu d'installation	65
2.1.4 Age	68
2.1.5 Formation.....	70
2.2 Les médecins interrogés face à la prescription	71
2.2.1 La prescription systématique et ses déterminants	72
2.2.2 Attitudes face à la prescription	78
2.3 Attitudes face aux recommandations	80
2.4 Les raisons de prescrire.....	86
2.4.1 Des raisons de prescrire évoquées (ou déniées) majoritairement	87
2.4.2 Des raisons de prescrire évoquées minoritairement	93

2.4.3	Les alternatives à la prescription immédiate	109
2.5	Typologie des représentations et des pratiques	112
2.5.1	Les rigoureux bien informés (ANNEXE 2).....	112
2.5.2	Les expérimentés confiants (ANNEXE 3)	114
2.5.3	Les prescripteurs anxieux (ANNEXE 4).....	115
2.5.4	Les réfractaires avertis (ANNEXE 5).....	117
3	Discussion	118
3.1	Rappel des principales limites.....	118
3.2	Discussion des résultats et comparaison avec les données de la littérature	119
3.2.1	Pratiques des médecins.....	119
3.2.2	Attitudes face aux recommandations	119
3.2.3	Les raisons de prescrire.....	120
3.2.4	Typologie des représentations et des pratiques.....	123
D	CONCLUSION.....	125
1	Clarification des recommandations	127
2	Amélioration de la formation et nouveaux supports d'information.....	128
3	Le problème de la disponibilité du médecin et de sa charge de travail	130
E	BIBLIOGRAPHIE	132
F.	ANNEXES	137
1	Annexe 1: Guide d'entretien	137
2	Annexe 2 : interview d'un médecin appartenant au groupe des rigoureux bien informés.....	142
3	Annexe 3 : interview d'un médecin appartenant au groupe des expérimentés confiants	153
4	Annexe 4 : interview d'un médecin appartenant au groupe des prescripteurs anxieux	166
5	Annexe 5 : interview d'un médecin appartenant au groupe des réfractaires avertis.....	177
6	Annexe 6 : Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes. Chapitres se rapportant à l'otite moyenne aiguë. AFFSAPS, octobre 2005.....	185

A. INTRODUCTION

L'otite moyenne aiguë (OMA) est l'infection la plus fréquente de l'enfant de moins de 5 ans, représentant environ un tiers des visites médicales de l'enfant [1]. Dans une étude prospective de 7 ans réalisée aux Etats-Unis, plus des trois-quarts (83%) des 498 enfants participant à l'investigation avaient présenté au moins un épisode d'OMA avant l'âge de trois ans et 45% avaient présenté au moins trois épisodes [2]. Les *Centers for Disease Control and Prevention* ont estimé le nombre de visites chez le médecin généraliste pour otite moyenne aux USA à plus de 20 millions [3]. De plus, un sondage international montrait que les pédiatres consultaient au moins un patient par jour pour otite moyenne [4-5]. L'OMA est la première cause de prescriptions d'antibiotiques chez les enfants aux Etats-Unis et dans la plupart des autres pays développés [6]. Or le phénomène d'antibiorésistance progresse, parfois plus vite que le développement de nouvelles classes d'antibiotiques. On voit donc que la prescription d'antibiotique dans les cas d'OMA est un enjeu de santé publique.

Chez l'enfant de plus de deux ans les *guidelines* internationales et celles de l'AFSSAPS 2005 [14] (annexe 6) ne recommandent pas l'antibiothérapie d'emblée. Cependant la prescription d'antibiotiques reste très importante. Quels sont donc les freins à une abstention thérapeutique dans cette indication?

Pour tenter de répondre à cette question et d'analyser les déterminants qui incitent les médecins à prescrire des antibiotiques malgré les recommandations, nous avons d'abord interrogé la littérature (Partie I) puis nous avons mené une étude empirique exploratoire qualitative auprès de vingt-trois médecins généralistes par entretiens semi-directifs (Partie II). A partir des résultats obtenus, nous avons

essayé de proposer, au fil de notre étude mais surtout dans sa conclusion, des voies permettant de réduire la sur-prescription d'antibiotiques dans les cas d'OMA chez l'enfant de plus de deux ans.

B. PARTIE I : L'OTITE MOYENNE AIGÜE ET LA PRESCRIPTION DANS LA LITTERATURE.

Dans cette étude de la littérature, nous tenterons d'analyser les causes de l'otite moyenne aiguë et les raisons qui conduisent les praticiens à une surprescription d'antibiotiques. Nous nous centrerons d'abord sur l'épidémiologie de l'otite moyenne et sur l'antibiorésistance que provoque aujourd'hui son traitement, particulièrement en France (1), nous nous interrogerons ensuite sur la légitimité d'une attitude expectative dans ce traitement (2) et sur la manière dont les consensus (français ou étrangers) encadrent de manière plus ou moins ambiguë cette attitude (3). C'est ensuite aux pratiques de prescription des généralistes que révèlent les études et à la surconsommation des antibiotiques qu'elles entraînent que nous nous intéresserons (4) pour finir par une analyse des raisons qui guident ces pratiques dans lesquelles les représentations des médecins et des patients pèsent fortement (5).

1 Epidémiologie et antibiorésistance de l'otite moyenne aiguë

L'OMA est une maladie qui peut être causée par différentes bactéries, ayant pour chacune développé des résistances (1.1), et virus (1.2). Les virus seuls sont retrouvés dans seulement 20% des cas, alors qu'une co-infection bactérienne est retrouvée dans 65% des cas [4].

1.1 Bactéries et antibiorésistances

Streptococcus pneumoniae et *Haemophilus Influenzae* sont de loin les plus fréquents des agents pathogènes bactériens des OMA, à l'origine de 80% des cas. *Moraxella Catarrhalis* est le troisième agent bactérien le plus fréquemment retrouvé (3-20%) [4].

Lors d'une étude multicentrique française de la flore nasopharyngée des OMA, suivies en ville de décembre 2000 à mars 2001 par Offredo *et al* [7] sur 734 enfants (6 mois–6 ans) répartis sur l'ensemble du territoire national, mille cent trente-trois souches bactériennes ont été isolées des sécrétions nasopharyngées, comportant majoritairement 3 espèces : *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* et *Moraxella catarrhalis* (figure 1).

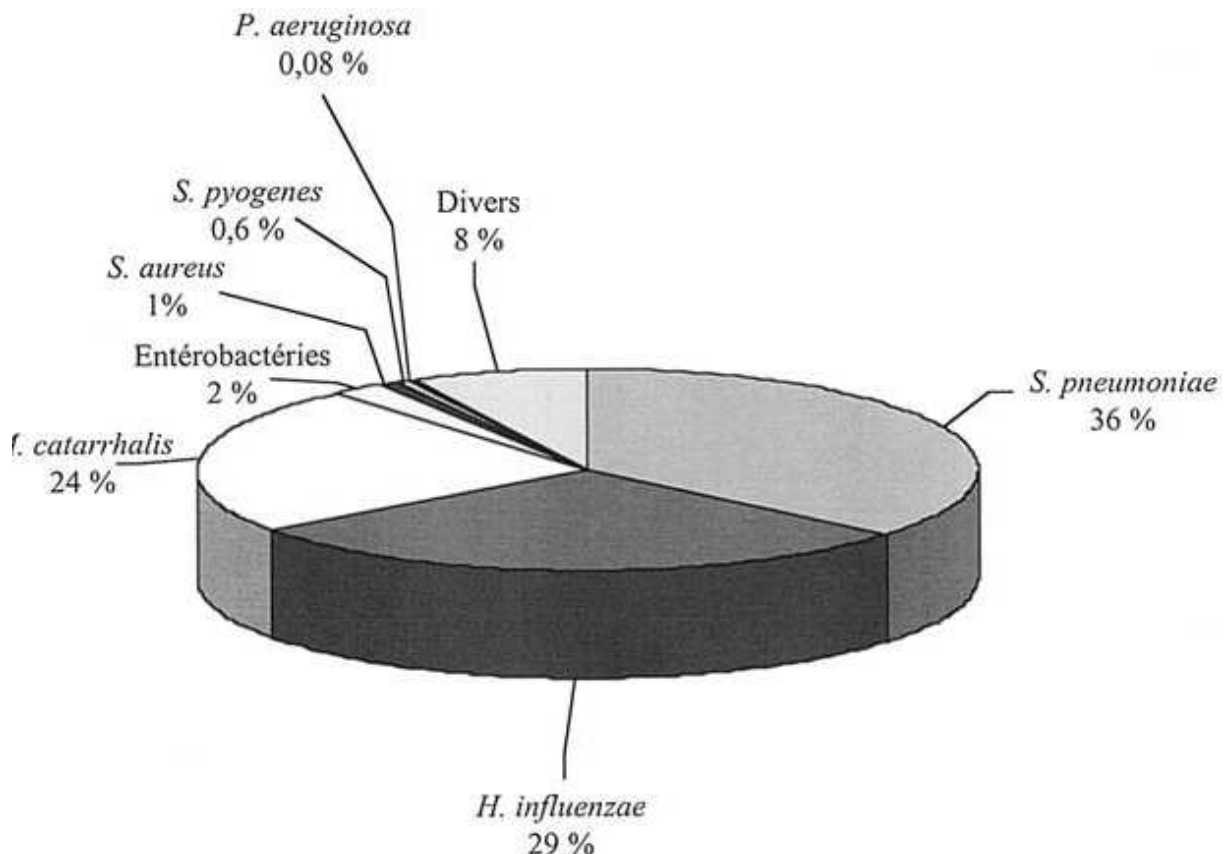


Fig.1. Distribution des espèces bactériennes isolées des sécrétions nasopharyngées d'enfants ayant une OMA (734 enfants, 1133 souches bactériennes) 2000-2001.

En France les enquêtes épidémiologiques retrouvent [8-9-10] :

Haemophilus influenzae (40 à 45 %)

Streptococcus pneumoniae (25 à 40%)

Branhamella Catarrhalis (5 à 10 %)

Les autres bactéries sont beaucoup plus rares :

Streptococcus pyogènes groupe A (1 à 4 %)

Staphylococcus Aureus (1 à 4 %), entérobactéries (1 à 3 %)

Pseudomonas aeruginosa (0.2 à 1%)

Anaérobies

Nous synthétiserons dans les pages suivantes les résultats des études concernant les trois principales espèces bactériennes identifiées par les enquêtes épidémiologiques et les résistances aux traitements.

1.1.1 Haemophilus Influenzae (Hi)

Dans l'étude menée par Offredo et al. [7], 328 souches d'Hi ont été isolées. Hi était isolé chez 45% des enfants, 43 % des souches étaient productrices de bêta-lactamases.

Le premier mécanisme essentiel de la résistance d'Hi aux bêta-lactamines est une sécrétion de bêta-lactamases [13]. Elle est observée pour 26,5 % des souches étudiées par le Centre National de Référence des *Haemophilus Influenzae* en 2004. Parmi les souches isolées de pus d'otite, le taux de présence de la bêta-lactamase est de 25,9% [12]. Ce mécanisme de résistance rend inactif l'amoxicilline et à un moindre degré, les céphalosporines de première génération. La prévalence d'Hi producteur de bêta-lactamases aux USA augmente de 15,2% en 1983-1984 à

36,4% en 1994-1995, pour diminuer légèrement et atteindre 31,3% en 1997-1998 [13].

Un autre mécanisme de résistance vis-à-vis des bêta-lactamines a été observé. Il s'agit d'un mécanisme non enzymatique reposant sur une modification de la cible des bêta-lactamines, les PLP ou protéines de liaison à la pénicilline. Ces souches sont appelées BLNAR (souches résistantes à l'ampicilline sans production de bêta-lactamase) [13]. Certaines souches cumulent les deux mécanismes de résistance. La fréquence des souches BLNAR en 2004 était de 22,4% ; en augmentation par rapport à 2003 (16,2%) [12]. Récemment le taux de BLNAR était de 58,1% en Corée, 37% au Japon, 0%-33% en Europe et 4%-10,1% aux USA [13].

1.1.2 Streptococcus pneumoniae (PC)

Dans l'étude menée par Offredo *et al.* [7] en 2003, 409 souches de streptococcus pneumoniae ont été retrouvées (26%). Sur les 409 S. pneumoniae, 63% étaient de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP). Trente-deux pour cent des PSDP appartenaient au sérotype 19, les autres sérotypes concernés par la résistance étaient les 23, 14, 6 et 9.

Les mécanismes de résistance du PC aux bêta-lactamines sont liés à la modification des protéines de liaison aux pénicillines (PLP) et à la réduction de l'affinité des bêta-lactamines aux PLP [13].

Les dernières données issues des Observatoires Régionaux du Pneumocoque révèlent une baisse significative des PSDP puisque le taux de PSDP était de 55,4 % en 2001, alors qu'il n'a pas dépassé 50 % en 2003 ($p = 0,002$). Cependant, selon les données comparatives d'*European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS)*, la France reste en 2003 le pays européen où la

fréquence des résistances est la plus élevée [11]. De récents rapports montrent que les taux de PSDP étaient de 54,8% en Corée, 43,2% à Hong-Kong, 38,6% à Taïwan, 71,4% au Vietnam, 29,3% au Japon, 12% aux Etats-Unis et 2% en Allemagne [13].

Près de 80% des souches isolées d'OMA sont résistantes aux macrolides. Parmi les souches de sensibilité diminuée aux bêta-lactamines, 98,6% sont résistantes aux macrolides [12]. Cette résistance aux macrolides est une préoccupation dans l'ensemble du monde : les taux de résistances sont de 70-80% au Japon, 92,1% au Vietnam, 86% à Taïwan, 80,2% en Corée, 76,8% à Hong-Kong et 30% aux USA [13].

1.1.3 Moraxella Catarrhalis (MC)

Dans l'étude menée par Offredo et al. [7], 275 souches de MC ont été retrouvées (24%) dont 98,6% productrices de bêta-lactamases.

Actuellement, plus de 90% des souches sont résistantes à l'amoxicilline par sécrétion de bêta-lactamases. L'amoxicilline-acide clavulanique, les céphalosporines de deuxième et troisième génération sont actives sur ces souches. Cette espèce bactérienne reste sensible aux macrolides et aux sulfamides [14].

1.2 Virus responsables de l'OMA

Les virus respiratoires sont parfois trouvés isolément ou en association avec des bactéries dans le liquide auriculaire [14].

Une étude menée en Turquie sur 120 enfants âgés de 6 à 144 mois a tenté d'élucider l'étiologie des OMA grâce à des tests bactériologiques et virologiques. Un virus respiratoire a été retrouvé dans 32,9% des cas et une bactérie dans 54,8%. Le

virus le plus fréquemment retrouvé était le virus respiratoire syncitial (46,5 % des étiologies virales) suivi par le rhinovirus (25.6%) puis le coronavirus (11.6%), le virus influenzae de type A (9.3%), adénovirus de type sub type A : (4%) et para- influenzae type 3 (2%) [15].

2 Les études parues sur les antibiotiques et l'OMA : légitimité d'une attitude expectative

Devant cet accroissement de l'antibiorésistance, il paraît impératif de limiter les prescriptions d'antibiotiques. Des équipes ont essayé d'étudier l'évolution de l'otite en l'absence d'antibiotiques et d'évaluer la légitimité d'une attitude expectative en première intention.

Dans le Lancet 2004 [16], Rovers étudie trois méta-analyses indépendantes [17-18-19] avec des échantillons d'importance variée et différentes méthodes de collecte de données. Celles-ci trouvent un taux de 80% d'enfants présentant un soulagement clinique spontané en 2 à 14 jours. Ce résultat est plus incertain chez les enfants âgés de moins de deux ans car les articles sources n'incluaient pas tous de jeunes enfants. Les taux élevés de guérison spontanée et le faible bénéfice apporté par l'antibiothérapie suggèrent que des enfants souffrant d'OMA pourraient bénéficier d'une observation initiale. L'absence d'antibiothérapie initiale chez les enfants plus âgés n'a pas augmenté le taux de complication dans ces essais randomisés [17].

Spiro et Arnold ont analysé les données de sept études [20] dans le but d'établir un algorithme des situations dans lesquelles une antibiothérapie d'emblée était nécessaire et celles où une approche expectative était possible. La table 1 décrit les méthodes, les résultats principaux et les limites des études qui ont évalué l'approche observationnelle dans le traitement des OMA.

Référence	Design	Cadre d'étude	Taille de l'échantillon	de Classe d'âge	Absence de prescription(a)	de Principales limites
Pitts [22]	1987 Série de cas	Soins primaires (Angleterre)	20	3-12 ans	90%	Pas de groupe contrôle, diagnostic clinique par 1 praticien
Cates [23]	1999 Quasi-expérimental	Soins primaires (Angleterre)	1063	Non reporté	32% A	Pas de groupe contrôle en pratique
Little et al. 2001 [24]	Essai randomisé contrôlé	Soins primaires (Angleterre)	150	0,5-10 ans	76%	Exclusion des enfants avec forte fièvre, utilisation d'échantillons par commodité
Siegel et al. 2006 [25]	et Cohorte d'observation	Soins primaires (USA)	175	1-12 ans	69%	Pas de groupe contrôle, exclusions des enfants avec forte fièvre
Mc Cormick et al. 2005 [26]	Essai randomisé contrôlé	Soins primaires (USA)	111	0,5-12 ans	66%	Evaluation uniquement de l'OMA non sévère utilisant un score de sévérité non validé
Merchetti et al. 2005 [27]	et Cohorte d'observation	Soins primaires (Italie)	1099	1-14 ans	68%	Pas de graduation de la sévérité de l'OMA, utilisation d'échantillons par commodité
Spiro et al. 2006 [28]	Essai randomisé contrôlé	Urgences (US)	132	0,5-12 ans	62%	Pas de graduation de la sévérité de l'OMA, pas d'aveugle chez les parents

A Rapporté comme pourcentage de réduction de prescription d'amoxicilline par rapport à la moyenne nationale

Tableau 1 Etudes évaluant l'approche observationnelle dans le traitement des OMA.

La revue de ces articles montre que deux familles sur trois n'auront pas recours aux antibiotiques, après la phase d'abstention initiale, sans effet secondaire mis en évidence pour les enfants non traités. Les principales causes d'utilisation d'antibiotiques sont la fièvre persistante et l'otalgie. On retrouve un haut taux de satisfaction des parents face à l'approche observationnelle.

Une méta-analyse plus récente du Lancet 2006 [21] à nouveau menée par

Rovers a essayé de définir les sous-groupes pouvant bénéficier d'une absence d'antibiothérapie initiale et les enfants pour lesquels une prescription d'antibiotiques d'emblée était nécessaire. La méta-analyse a étudié six essais randomisés [22-23-24-25-26-27] portant sur l'efficacité des antibiotiques chez les enfants atteints d'OMA. 1643 enfants âgés de 6 mois à 12 ans ont été inclus. Le critère d'évaluation principal était la présence de fièvre et/ou douleur entre 3 et 7 jours après la première consultation. **L'antibiothérapie a montré un bénéfice chez les enfants de moins de 2 ans atteints d'OMA bilatérale et chez les enfants atteints d'OMA avec otorrhée.** Une attitude d'observation pourrait être employée pour la plupart des autres enfants, c'est-à-dire pour tous les enfants de moins de deux ans atteints d'OMA unilatérale ou les enfants de plus de deux ans atteints d'OMA sans otorrhée, ce qui représente plus de la moitié des enfants inclus.

Une autre méta-analyse publiée en 2009 dans le J Antimicrob Chemoter [28] est plus nuancée. Les auteurs ont identifié sept essais [22-23-24-26-29-30-31] contrôlés randomisés comparant le traitement antibiotique dans les OMA avec un placebo et quatre avec une attitude expectative [25-27-32-33], chez des enfants de 6 mois à 12 ans. L'amélioration clinique était plus fréquente chez les patients appartenant au sous-groupe traité par antibiotiques en comparaison de ceux recevant un placebo ou relevant de l'attitude expectative et dans l'analyse combinée incluant tous les essais. La persistance des symptômes à court terme était moins fréquente chez les patients traités par antibiotiques. Cependant, les problèmes de sécurité et l'effet faible des traitements rendent nécessaire selon les auteurs la prise en considération d'autres facteurs cliniques pertinents dans la prise de décision. Il est intéressant de constater que cette dernière méta-analyse étudie quatre des six essais de la méta-analyse du Lancet 2006 pour arriver à une conclusion beaucoup

plus nuancée.

Les résultats des études récentes ne sont donc pas univoques, mais montrent majoritairement une absence d'amélioration clinique des OMA traitées par antibiotique chez l'enfant de plus de deux ans. Les études n'aboutissant pas à cette conclusion pointent cependant le faible bénéfice apporté par les antibiotiques, à mettre en balance avec les risques, en termes de santé publique, liés à la prise d'antibiotique. Toutes ces études sont cependant unanimes pour dire que le contexte clinique doit être pris en compte dans le processus décisionnel de choix de traitement.

Nous nous sommes interrogée sur l'impact de ces résultats sur les recommandations.

3 Les consensus : accords et ambiguïtés

Devant le constat de l'augmentation de l'antibiorésistance et les résultats d'études démontrant, avec nuance cependant, la légitimité d'une attitude expectative, les recommandations des différents pays ont évolué afin de pouvoir mieux guider les pratiques des médecins. Mais ces recommandations sont-elles assez explicites pour être suivies en pratique ? Nous commencerons en analysant les recommandations françaises (3.1) nous les comparerons ensuite aux recommandations étrangères (3.2) pour conclure en analysant les ambiguïtés qui persistent (3.3).

3.1 Les recommandations françaises

Deux conférences de consensus françaises font autorité : celle de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) « 10e conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse, les infections ORL », 19 juin 1996 [10] et la conférence de consensus de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des

Produits de Santé (AFSSAPS) en octobre 2005 : « Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'enfant et de l'adulte » [14] (annexe 6).

La conférence de consensus de la SPILF précise que 70% des otites moyennes aiguës chez l'enfant de plus de deux ans ont une évolution spontanément favorable mais ne discute pas de l'opportunité d'un traitement symptomatique exclusif.

La conférence de consensus de l'AFSSAPS précise qu'il n'est pas légitime de prescrire une antibiothérapie d'emblée chez l'enfant de plus de deux ans si l'enfant ne présente pas de critère clinique de sévérité. Cependant ces critères sont flous et mal identifiés : « chez l'enfant de plus de 2 ans peu symptomatique, l'abstention en première intention de l'antibiothérapie est licite ; en revanche, si la symptomatologie est bruyante (**fièvre élevée, otalgie intense**), une antibiothérapie doit être prescrite ». Les deux critères de décision sont donc l'intensité de la fièvre et de l'otalgie mais ils ne sont pas quantifiés quant ils pourraient l'être (pour la température) et l'intensité de l'otalgie est un critère subjectif. Par ailleurs ces critères semblent restrictifs : on pourrait évoquer également la fatigue de l'enfant, l'anorexie, la perte de poids, la capacité des parents à les surveiller...

3.2 Recommandations étrangères

Les recommandations américaines de la revue *Pediatrics* 2004 [34-35] prônent une observation sans recours aux antibiotiques pour les enfants atteints d'otites moyennes aiguës non compliquées. Cette sélection des enfants ne devant pas recevoir d'antibiotique en première intention est fondée sur des critères d'âge

(plus de 6 mois ou plus de 2 ans selon les cas), de certitude du diagnostic (installation brutale des symptômes, inflammation et suppuration du tympan), de gravité clinique (otalgie modérée avec fièvre inférieure ou égale à 39 dans les 4 dernières heures) et de possibilité de suivi.

Au Canada, la Société Canadienne de Pédiatrie [36] recommande la même attitude que les américains.

Au Luxembourg, le Conseil Scientifique Domaine de la Santé se fonde sur les données des conférences de consensus américaines et de l'AFSSAPS pour recommander l'abstention d'antibiothérapie en première intention chez l'enfant de plus de 2 ans, lorsque l'OMA est peu symptomatique (tympan d'OMA purulente mais fièvre modérée et otalgie absente ou modérée), sous réserve d'une surveillance clinique rapprochée [37].

Aux Pays-Bas, depuis plus de 10 ans, l'attitude recommandée est de ne pas traiter d'emblée par antibiotique les OMA purulentes après l'âge de 6 mois (sauf terrain particulier) et de préférer un traitement symptomatique, l'antibiotique n'étant prescrit qu'en cas de persistance des symptômes au-delà de 48 heures ou en cas de survenue de complication [38].

3.3 Accords et ambiguïtés

Les recommandations des pays d'Amérique du nord et d'Europe ont évolué au cours des dix dernières années et conseillent toutes désormais une attitude expectative en fonction de la sévérité clinique du symptôme chez l'enfant de plus de deux ans. Par contre la définition de cette sévérité est plus ou moins ambiguë ou moins précise selon les pays.

L'attitude à tenir pour les enfants de 6 mois à 2 ans est moins harmonieuse.

Le texte de la SPILF recommande l'antibiothérapie systématique mais celui-ci date de 1996, il serait intéressant de savoir si l'avis de ces experts a évolué à la lumière des études récentes, or aucune nouvelle recommandation n'a été publiée par la SPILF depuis cette date.

4 Les pratiques de prescription des généralistes et leurs conséquences

Malgré quelques ambiguïtés, les guidelines recommandent unanimement une attitude expectative initiale dans le traitement de l'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de deux ans. Comment ces recommandations ont-elles été accueillies par les médecins généralistes et ont-elles fait évoluer leurs pratiques ? (4.1) En tout cas on continue à observer une surconsommation d'antibiotiques même s'il existe des différenciations nationales et des évolutions (4.2).

4.1 Evaluation des pratiques des médecins généralistes au vu des recommandations

Vernacchio L. et al dans *Pediatr. Infect. Dis. J.* ont tenté d'évaluer la répercussion des guidelines américaines parues en 2004 sur les prescriptions des médecins américains [39- 40]. Ils ont mené deux études en 2004 et 2006 avec des méthodes similaires afin d'évaluer l'évolution des pratiques entre ces deux dates.

La première étude a été conduite d'octobre à décembre 2004 auprès de 469 médecins appartenant à un groupe de recherche pédiatrique grâce à un questionnaire adressé par la poste, avec un taux de réponse de 58.8% (276 médecins ont répondu). Les guidelines sont alors connues de 90.5% des répondants

mais la plupart ne les suivent pas. L'attitude expectative face à certains des sujets était acceptable pour 88% d'entre eux mais n'était mise en œuvre que dans 10% des cas d'otites moyennes aiguës traitées par ces médecins. Interrogés sur la place de préoccupation d'aggravation des symptômes et de risques de complication de l'OMA dans leur prise de décision de prescription d'antibiotiques, 75.6 se déclaraient pas ou peu concernés par cette préoccupation, 24.4 étaient modérément ou très concernés. En général, ces médecins affirmaient avoir diminué leurs prescriptions d'antibiotiques depuis la publication des recommandations [39].

De mars à Juin 2006 la même équipe a adressé un nouveau questionnaire à des médecins de ce groupe avec un taux de réponse de 62.7% (299 médecins). L'attitude expectative était alors jugée comme raisonnable par 83.3% d'entre eux et était appliquée dans 15 % des cas d'otites moyennes aiguës traitées au cours des 3 mois précédents. Les freins les plus fréquents à l'attitude expectative avancés par les médecins étaient en premier lieu la réticence des parents (83.5%) puis le coût et la difficulté du suivi des enfants dont l'état clinique ne s'améliore pas (30.9%). [40]

Ces deux enquêtes montrent que les pédiatres acceptent le concept de l'attitude expectative mais ne le mettent que rarement en œuvre et cela sans progression entre les deux périodes d'enquête.

Jensen PM et Lous J [41] se sont penchés plus spécifiquement sur les pratiques des médecins généralistes danois. Leur étude tente de comparer les règles de bonnes pratiques cliniques telles qu'elles sont énoncées par les médecins généralistes et leurs pratiques effectives pour le traitement de l'otite moyenne aiguë dans un service de médecine générale. Les règles de bonnes pratiques ont été établies d'après un questionnaire adressé à 790 médecins généralistes et leur demandant de définir les critères de traitement en première intention et les molécules

employées. Les pratiques effectives ont été établies par l'étude de dossiers de consultation de 368 enfants souffrant d'otite moyenne aiguë. Le taux de retour du questionnaire était de 72%. D'après les réponses, seulement 51% des interrogés donneraient des antibiotiques de façon systématiques et 79% utiliseraient une pénicilline V en première intention. D'après l'étude des dossiers par contre, lors des consultations, 74% des enfants consultant pour otite moyenne aiguë se sont vus prescrire des antibiotiques d'emblée. On voit donc que les critères théoriques de prescriptions d'antibiotiques des interrogés sont restreints avec une non prescription si l'évolution des symptômes est courte et de la pénicilline V comme antibiotique de première intention. L'étude des pratiques des médecins suggère par contre des critères moins restrictifs guidant leurs prescriptions.

Une étude rétrospective menée dans le Journal of Paediatric Child Health en 2006 [43] montre un accroissement du taux de prescription d'antibiotiques dans les cas d'otite moyenne aiguë dans le service d'urgences. Ils ont étudié tous les enfants qui se sont présentés aux urgences en 2002, avec un diagnostic d'otite moyenne aiguë, pendant une période de 4 semaines réparties entre les 4 saisons, soit 306 patients dont 14 % de moins d'un an, 23 % entre un et deux ans et 63% de plus de 2 ans. 22% avaient reçu des antibiotiques avant leur consultation aux urgences et 67% s'en sont vu prescrire lors de leur consultation aux urgences. Cette prescription s'est faite indépendamment de l'âge de l'enfant. On constate donc un taux de prescription d'antibiotiques élevé en dépit d'un accès direct à des guidelines recommandant une attitude expectative chez les enfants âgés de plus de 2 ans.

4.2 Surconsommation d'antibiotiques.

Cette décision de prescription d'antibiotiques fondée sur des critères moins restrictifs que ceux retenus par les guidelines entraîne une surconsommation d'antibiotiques pointée par plusieurs études, avec pour conséquence directe une augmentation de l'antibiorésistance [42-44].

Pour évaluer cette sur-prescription et l'augmentation de l'antibiorésistance entre 1997 et 2002, trois articles ont analysé les données de l' « European Surveillance of Antimicrobial Consumption » (ESAC programme) [44-45-46] dont le but était de collecter les données sur l'utilisation d'antibiotiques en Europe. Ils ont calculé le nombre de doses prescrites par 1000 habitants et par jour pour 26 pays européens. Le taux le plus haut a été constaté en France (32.2 doses journalière par 1000 habitants et par jour) et le plus bas pour les Pays-Bas (10 doses) avec une grande variation entre les pays, et une augmentation de l'antibiorésistance dans les pays à haute consommation d'antibiotiques.

Les études menées sur la consommation d'antibiotiques en Europe concluent à une surconsommation d'antibiotique avec augmentation de l'antibiorésistance, et ce de façon plus marquée en France que dans les autres pays d'Europe. Pourquoi les antibiotiques y restent-ils sur-prescrits en dépit des recommandations ? Quels sont les déterminants qui dissuadent les médecins d'adopter une attitude expectative ?

5 Le poids des représentations comme déterminant de la prescription d'antibiotiques

Les représentations des médecins et des patients semblent jouer un rôle majeur dans les sur prescriptions d'antibiotiques.

L'étude PAAIR [47] parue en 2001 et menée en France par le Dr Attali C. tente de comprendre les raisons qui incitent les généralistes à prescrire des antibiotiques dans les infections respiratoires présumées « virales ». Bien que, comme nous l'avons analysé plus haut, l'étiologie de l'OMA soit plus complexe, cette recherche nous intéresse puisqu'elle identifie à la fois les freins à l'attitude expectative et les stratégies qui permettent de les dépasser. Ceux-ci peuvent aussi jouer dans le cas sur lequel porte nos investigations. L'étude a en effet pour objectif d'identifier les situations à problèmes et les stratégies utilisées par 30 médecins généralistes pour éviter de prescrire un antibiotique à un patient chez qui l'antibiothérapie n'est pas justifiée mais pour lequel cette abstention thérapeutique va poser problème du fait d'une opposition du malade, de son entourage ou du médecin lui même. L'hypothèse principale de ce travail est que les médecins développent par leur expérience des connaissances et stratégies pour faire face aux situations complexes. Il s'agit d'analyser ces processus individuels afin d'élaborer des stratégies valides. C'est le principe de la réflexion dans l'action.

Cette étude s'est déroulée en deux temps : le premier étudie le fonctionnement médecin/patient in vivo. 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 leurs habitudes de prescription. Ces « praticiens-chercheurs » ont dû 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 » a été utilisée. Il s'agit ici d'une situation où l'application du référentiel pose problème : le médecin, le patient ou son entourage sont plutôt en faveur de l'antibiothérapie. Cette situation clinique complexe peut avoir deux issues :

- L'incident critique à issue favorable (ICF) est défini par une situation de non prescription d'antibiotique après adaptation stratégique du médecin.
- L'incident critique à issue défavorable (ICD) est défini par la prescription d'antibiotique du fait du renoncement ou de l'échec de la mise en place d'une stratégie de non-prescription.

Chaque cahier de recueil de données comportait des informations quantitatives ainsi que des données qualitatives.

Dans un deuxième temps chaque médecin devait participer à un entretien collectif qui avait pour but de recueillir le point de vue de ces praticiens-chercheurs sur les questions qu'ils se posaient, les représentations qu'ils avaient des attentes et des demandes de leurs patients, sur le vécu de leur consultation

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.

Les caractéristiques des situations critiques de décision de prescription identifiées sont les suivantes:

- Le patient souhaite avoir des antibiotiques
- Le patient fait référence à des expériences passées, en particulier à des expériences considérées à tort ou à raison comme des échecs de la non-

prescription

- 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 2ème ou du 3ème contact pour le même épisode
- Le patient paraît fatigué
- Le malade est perçu comme ayant des risques particuliers
- Le médecin doute
- La conviction du médecin est forte et opposée aux recommandations qu'elle qu'en soient les raisons

Les facteurs motivant la prescription d'antibiotiques ou au contraire permettant la non prescription ont été ensuite analysés.

Un médecin va avoir tendance à prescrire des antibiotiques pour une affection respiratoire qu'il suppose virale, en dehors du référentiel utilisé, pour les raisons suivantes : pression du patient (87% des IC décrits), conviction du médecin qu'il faut prescrire malgré le référentiel (28 %), pression de l'entourage du patient, plus rarement (9 %). Le manque de temps et la fatigue du médecin sont de forts indicateurs en faveur d'une évolution défavorable de l'incident critique. La relation médecin malade a été analysée en fonction du type de relation (première consultation, occasionnelle, ancienne, conflictuelle ou amicale) pour tenter de déterminer si la prescription d'antibiotique était liée au type de relation. Il apparaît que si la nature de la relation influence la prescription, elle ne permet pas de la prédire.

Qu'un antibiotique soit prescrit ou non, la durée de la consultation est similaire. Prescrire un antibiotique « sous la pression » ne raccourcit pas la consultation.

Quand les médecins généralistes parviennent à ne pas prescrire un antibiotique « sous la pression », la consultation leur paraît plus courte. A l'inverse, quand ils ne parviennent pas à résister à la pression des patients, ils ont plus souvent le sentiment d'avoir perdu leur temps.

Cette étude montre l'importance du doute diagnostique, de l'état général du patient et de l'importance du terrain : les médecins généralistes parviennent mieux à résister à la pression des patients, de manière statistiquement significative ($p < 0.05$), quand ils sont certains de l'origine virale de l'infection, que le patient a l'air en forme sans signe important de fatigue, que le patient ne présente pas de « facteurs de risque ». Par contre ils ont tendance à prescrire des antibiotiques, contrairement aux recommandations du référentiel, quand ils ne sont pas certains de l'origine virale de l'infection, que le patient a l'air fatigué, qu'ils estiment que le patient présente des « facteurs de risque », quand ils ont une conviction contraire aux recommandations du référentiel.

Tous les médecins (95 %) qui ont su résister à la pression des patients ont cherché à donner des explications aux patients. L'absence d'explication accroît significativement la probabilité d'une prescription d'antibiotiques. La plupart du temps (4 fois sur 5), les médecins généralistes n'ont pas ressenti de difficultés à fournir ces explications.

Les stratégies professionnelles utilisées en situations critiques sont les suivantes:

- Prendre très tôt la décision de ne pas prescrire, puis la négocier tout le long de la

consultation

- Repérer très tôt que la non prescription risque de poser problème
- Expliquer précisément les différences entre virus et bactéries
- Expliquer l'action des antibiotiques
- Expliquer les effets nocifs « potentiels » des antibiotiques
- Proposer une explication/ prescription de « recharge »
- Faire expliciter la demande
- Partir des craintes et des représentations des patients « pourquoi cette demande thérapeutique? »
- Pratiquer un examen ritualisé et commenté dès le début
- Organiser de façon inversée la consultation en l'orientant dès le départ, avant même l'examen clinique, vers la non prescription. Ne pas prescrire ne rallonge pas la durée de la consultation !

Lors de la seconde phase de l'étude, celle des entretiens avec les médecins, il est apparu que les antibiotiques possédaient un pouvoir symbolique fort, aussi bien pour les patients que pour les médecins.

i-La perception des malades selon les médecins :

Selon les dires des médecins, les antibiotiques véhiculent une image de puissance, d'efficacité, de rapidité. Par extension, sont attribuées aux antibiotiques des vertus quasi magiques, allant bien au-delà de la guérison d'une maladie donnée. La manière dont le malade formule sa demande laisse parfois transparaître des attentes supérieures : obtention d'un examen, réussite d'un entretien professionnel...

"Il faut absolument me mettre sous antibiotiques parce que j'ai beaucoup de choses à faire, j'ai du boulot, les enfants, il y a la fête de la musique de la commune, et puis je tiens la petite école de musique avec mon compagnon. Là, je lui dis : expliquez-

moi ce que vous attendez d'un antibiotique. Elle me dit : ça va régler le problème. Je lui dis : non, je ne crois pas que ça va vous permettre de pouvoir tout faire, vous occuper de vos gosses, de l'école de musique."

Les patients attendent de la part du médecin qu'il prescrive un médicament à la hauteur de leur mal.

"Il m'est arrivé cette semaine de prescrire à un patient quelques gouttes de corticoïdes parce qu'il avait un syndrome inflammatoire. Quand il a entendu cortisone, il était très content parce que c'était au moins aussi puissant que l'Augmentin® qu'il attendait."

Selon les médecins, une des garanties d'efficacité semble résider dans le passage obligé par le médecin pour l'obtention de certains médicaments (médicaments listés) qui confère à ceux-ci une forme de puissance à priori.

Cependant, les médecins interrogés ont noté que l'attitude des malades commence à évoluer : un certain nombre d'entre eux se montrent réticents voire opposés à la prescription d'antibiotiques.

ii-La perception des médecins

Les représentations des professionnels ne sont pas très éloignées de celles qu'ils attribuent à leur malade : l'antibiotique leur apparaît comme un médicament puissant. Sa diffusion a contribué à un accroissement fort des moyens thérapeutiques, elle a renforcé le pouvoir du corps médical. Il est donc important de resituer la problématique de la prescription de cette classe thérapeutique dans sa perspective historique : la perception d'une toute puissance des antibiotiques a existé dans l'esprit des médecins avant de s'inscrire dans l'imaginaire des malades.

Dans une moindre mesure, les médecins perçoivent l'absence de prescription comme une prise de risque, ne serait-ce que le risque de voir leur patient revenir

mécontent.

Plus généralement, lors de ces entretiens, les généralistes ont présenté l'antibiotique comme un allié : il est perçu comme un instrument thérapeutique très utile que ce soit dans le cadre d'une indication appropriée ou d'une indication non justifiée sur un plan scientifique. Il est alors utilisé comme un "placebo", son usage est détourné. Mais, l'antibiotique, de par la place qu'il occupe dans les représentations des profanes, peut aussi être perçu par le médecin comme un concurrent : il lui ôte toute prérogative. Du statut d'allié, il passe alors à celui d'ennemi. Dans cette dernière situation, le malade vient avec son diagnostic, sa demande d'antibiotique et il ne laisse aucune place à l'expertise du médecin.

Cette étude a permis de mieux définir les déterminants d'une sur-prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires présumées virales en médecine ambulatoire et les moyens que les médecins généralistes mettent en œuvre pour essayer de lutter contre cette sur-prescription.

Un de ces moyens a été suggéré par l'étude PAAIR II [48]: la formation des médecins. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé portant sur 200 médecins généralistes répartis en deux groupes de façon aléatoire: 100 médecins dans le groupe contrôle et 100 dans le groupe intervention comportant deux bras : le premier bras constitué de 50 médecins recevant une «formation» AFSSAPS seule (séminaire interactif fondé sur les recommandations nationales) et le deuxième bras constitué des 50 autres médecins recevant en plus une formation complémentaire à partir des données de PAAIR I. Ces formations se sont déroulées en 2004. On constate une diminution significative de la prescription d'antibiotiques (et par conséquent des coûts de traitement) dans le groupe ayant reçu la formation et au sein de ce groupe une prescription encore plus faible dans bras ayant reçu la formation la plus complète.

Grâce à la « méthode des incidents critiques », l'étude PAAIR a mis en évidence 11 types de situations à risque de prescription inappropriée et identifié les déterminants de cette prescription et les stratégies de conviction permettant la non prescription. Il sera intéressant dans notre étude de reprendre ces « situations à risque » comme hypothèses de frein à l'abstention thérapeutique, mais cette fois dans le cadre de l'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de deux ans et de tester ces hypothèses dans ce nouveau cadre.

La sur-prescription d'antibiotique et l'émergence de bactériorésistance dans l'otite moyenne aiguë est donc bien étudiée et démontrée dans la littérature.

Cette constatation a amené les chercheurs à se poser la question de la légitimité d'une attitude expectative en première intention dans le but de diminuer la prescription d'antibiotiques. Les résultats sont nuancés mais tendent à montrer que cette attitude est envisageable chez l'enfant de plus de deux ans « dans la plupart des cas ». Ces cas sont en revanche mal définis et varient selon les études. Devant ces résultats, les *guidelines* ont évolué et recommandent unanimement une abstention thérapeutique chez l'enfant de plus de deux ans en fonction de critères de gravité clinique. Ces critères sont cependant flous et subjectifs.

Malgré l'évolution des recommandations, les médecins continuent de prescrire largement des antibiotiques dans cette indication. La légitimité d'une abstention thérapeutique semble connue mais peu appliquée. On peut noter que les Pays-Bas qui ont recommandé l'abstention thérapeutique depuis plus de 10 ans chez l'enfant dès 6 mois ont le plus faible taux de prescription d'antibiotiques [44-45-46].

Si la prescription d'antibiotiques dans le traitement de l'OMA a bien fait l'objet d'études, les raisons conduisant à une sur-prescription n'ont pas été investiguées

dans cette indication. Pourtant, le poids des représentations ayant été souligné à ce sujet dans le cas d'autres infections respiratoires notre étude empirique y accordera une place importante.

C. PARTIE II ENQUETE SUR LES REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES DU TRAITEMENT DE L'OMA CHEZ L'ENFANT DE PLUS DE DEUX ANS

A la lumière des résultats de cette revue de littérature, nous avons mené une recherche empirique exploratoire pour identifier les freins à l'abstention thérapeutique dans le traitement de l'OMA chez l'enfant de plus de deux ans. Nous en préciserons d'abord les objectifs et la méthodologie (1) puis nous en présenterons les résultats (2).

1 Objectifs et méthodologie de la recherche empirique

Nous inspirant de la philosophie de l'étude PAAIR [47], mais sans disposer des moyens dont bénéficiaient les auteurs de cette étude, nous avons bâti une méthodologie nous permettant d'explorer les représentations des médecins généralistes interrogés en tenant compte de leur situation concrète. Cette situation concrète est supposée influencer en partie les représentations. Nous préciserons d'abord comment notre problématique (1.1) nous a conduite au choix d'une méthode qualitative (1.2), nous expliquerons ensuite comment nous avons construit un échantillon de médecins généralistes (1.3) et élaboré un guide d'entretien pour mener notre enquête (1.4). Nous présenterons enfin la manière dont nous avons réalisé les entretiens par téléphone (1.5) puis analysé leur contenu (1.6).

1.1 Problématique et choix de la méthode

Pour identifier les freins à l'abstention thérapeutique dans le traitement de l'OMA, qui avait été malgré l'importance de ce syndrome chez l'enfant, fort peu étudiés, nous avons choisi de mener une enquête par entretiens semi-directifs. En effet pour identifier des freins, il s'agit à la fois de tenir compte d'éléments, de variables, « objectifs » et subjectifs. L'éloignement de spécialistes auxquels les médecins généralistes pourraient référer les enfants en cas de doute diagnostique peut, par exemple, constituer un frein « objectif » à l'abstention. Tandis que l'anxiété d'un médecin, qui aggrave une crainte de complications, constituera un frein subjectif. Cette dichotomie entre objectif et subjectif est cependant artificielle. En effet pour reprendre nos exemples, l'éloignement des spécialistes constituera d'autant plus un frein à l'abstention que le médecin sera anxieux. Toute la littérature traitant des représentations traite de cette interaction entre subjectif et objectif. C'est dans ce cadre de références théorique que s'est située notre démarche.

Les représentations sociales, l'un des objets privilégiés de la psychologie sociale, sont d'abord mises en avant et définies comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Egalement désignée comme savoir de sens commun ou encore savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique.»[49] On s'intéresse ici à des représentations partagées en soulignant la manière dont elles construisent la réalité, en même temps qu'elles sont construites par les interactions dans un contexte qui les modèle. L'attention se porte ensuite sur les représentations individuelles, en les considérant aussi comme liées aux situations et à l'action mais en acceptant plus les différenciations qui peuvent s'établir « Les

représentations qui sont toujours celles de quelqu'un ont une fonction expressive. Leur étude permet d'accéder aux significations que les sujets, individuels ou collectifs, attribuent à un objet localisé dans leur environnement social et matériel, et d'examiner comment ces significations sont articulées à leur sensibilité, leurs intérêts, leurs désirs, à leurs émotions comme au fonctionnement cognitif » [50]. Ces derniers travaux s'intéressent donc beaucoup plus aux dimensions subjectives et en particulier affectives de la représentation. Ainsi, ils mobilisent Canguilhem (1978) qui affirmait « Le malade est un Sujet, capable d'expression, qui se reconnaît comme Sujet dans tout ce qu'il ne sait désigner que par des possessifs : sa douleur et la représentation qu'il s'en fait, son angoisse, ses espoirs et ses rêves. (...) Il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue par le malade. Cette protestation d'existence mérite d'être entendue, alors même qu'elle oppose à la rationalité d'un jugement bien fondé la limite d'une sorte de plafond impossible à crever. » [51] Ces réflexions valent aussi pour les médecins et « la subjectivité de l'expérience vécue » face au patient.

Dans le même sens que le courant des représentations initié par Moscovici, d'autres psychologues sociaux comme Karl Weick, ou même des neurophysiologistes comme Jean-Didier Vincent ont insisté sur le lien entre représentation et action. Le premier parle d' « enaction » [52], le second de « représentation » [53] Ces auteurs montrent comment l'environnement lui-même d'un individu, sa situation présente, sont non seulement vécus de manière subjective mais encore construits concrètement en partie par lui et ses interactions avec d'autres. Ainsi la disponibilité d'un médecin, liée au nombre de consultations qu'il pratique est aussi le résultat de choix qu'il a opérés précédemment de manière plus ou moins consciente et contrainte. Cette caractéristique « objective » de sa situation,

est donc aussi le fruit, la conséquence de son histoire, de sa vision du métier, de ses succès....

Pour comprendre les freins à l'abstention thérapeutique, il était donc essentiel pour nous de recueillir des informations sur la situation, les pratiques, les représentations des médecins que nous interrogeons. Cela nous a conduit à choisir l'entretien comme méthode principale de recueil des informations

1.2 L'entretien semi-directif

Nous nous sommes inspirés de la célèbre approche non directive issue des travaux du psychothérapeute Carl Rogers (1971) : l'important est la qualité de la relation entre le thérapeute et son client. Le thérapeute doit créer un climat de confiance et d'intimité grâce à l'acceptation inconditionnelle de son client. C'est ce climat qu'il s'agit de créer lors des entretiens afin que l'interviewé puisse s'exprimer librement et ainsi produire un discours riche. Pour ce faire on propose une question de départ ouverte et intimiste puis on reformule progressivement le discours de l'interviewé. Par exemple, abordant les problèmes de l'abstention thérapeutique, on pourra demander à un médecin « Que pensez-vous de la prescription d'antibiotiques dans le cas d'OMA... ». Cette question de départ ouverte devrait permettre à l'interviewé d'exprimer librement son point de vue, sans orienter son discours ni lui imposer de cadre. La formulation de cette première question doit donc être neutre, compréhensible (mais non nécessairement dénuée d'ambiguïté) et retenir l'intérêt de l'interviewé qui doit se sentir concerné par le sujet traité, tout en se gardant d'induire des défenses. L'interviewé doit se sentir écouté sans évaluation (positive ou négative) de la part de l'intervieweur. Pour manifester son intérêt, l'intervieweur adoptera une écoute active. On préférera ainsi, lorsque l'interviewé (dans notre cas

le médecin) affirme ne pas avoir la possibilité de revoir l'enfant, lui renvoyer en écho : « revoir l'enfant ? », ou reformuler : « c'est un problème de surveillance... » ou simplement hocher la tête ou manifester par un « oui... » ou un « hum., hum ... » la réalité de l'écoute. Des synthèses partielles seront proposées à différents moments de l'interview pour permettre à l'interviewé de rebondir, d'approfondir, de compléter, de nuancer, de corriger son discours. Lorsque l'entretien semble s'enliser ou s'achever, la question de départ pourra être rappelée pour laisser à l'interviewé la possibilité d'approfondir ou au contraire de vérifier que tous les thèmes qui lui semblaient être pertinents ont bien été abordés au cours de l'entretien. Et cela sans induire l'évaluation implicite que pourrait impliquer la question plus claire « Avez-vous terminé? » que l'interviewé peut entendre comme « vous avez une vision bien limitée du sujet ! ». C'est pourquoi le chercheur préférera rappeler la question de départ puis synthétiser les propos de l'interviewé au cours de l'entretien pour permettre une comparaison du champ proposé au champ traité. L'interviewé peut ainsi, sans pression apparente, choisir de confirmer la fin de l'entretien ou au contraire approfondir ses réponses. Lorsque l'interviewé semble sortir du sujet de l'entretien on procède de la même manière pour recadrer l'entretien en évitant de vexer l'interviewé et ainsi de mettre en péril la relation de confiance instaurée, et sans canaliser l'entretien de façon trop fermée ce qui risquerait d'empêcher l'interviewé d'exprimer une association ou une connotation qui compléteront l'analyse.

Après cette première phase non directive de l'entretien où l'interviewé exprime sa logique propre et sa structuration spontanée du sujet, l'entretien est souvent enrichi d'une seconde phase de relances qui permet à l'enquêteur d'aborder les thèmes qu'il estime pertinents. S'il souhaite aborder la question de l'influence des recommandations sur les prescriptions d'antibiotique, il prévoira une relance sur ce

thème qui sera différente selon que l'interviewé a abordé spontanément ou non le sujet lors de la première phase de l'entretien. Les relances, « pourriez vous me dire si vous pensez que les recommandations influencent les prescriptions des médecins ? » et « vous avez évoqué l'influence des recommandations sur les prescriptions des médecins, pourriez-vous m'en parler un peu plus ? », s'adaptent au contenu de la phase non directive de l'entretien. Cette approche semi-directive peut être adoptée d'emblée. Soit parce que le chercheur décide d'utiliser des relances sur les questions l'intéressant dès que le thème est abordé par l'interviewé, soit parce que l'interviewé aborde des contenus que le chercheur n'avait pas encore envisagés, qu'il identifie comme pertinent et cherche alors à les explorer. Le chercheur peut aussi, en fonction de sa connaissance du sujet et de son projet de recherche, avoir élaboré un guide d'entretien semi-directif (plus ou moins détaillé) qui est la trame de l'entretien et impose ainsi sa structuration du sujet. C'est l'approche que nous avons finalement retenue nous orientant même vers un questionnaire à questions ouvertes en adoptant cependant une attitude non directive pour l'administrer. Le choix entre ces possibilités est complexe et dépend du stade de la recherche, du cadre de références théoriques dans lequel elle s'inscrit, de la nécessité lors de l'analyse des données de comparer les différents thèmes évoqués et les structures des discours obtenus. Il dépend également du nombre d'enquêteurs, de leur connaissance du thème de recherche et de leur implication dans celle-ci, du nombre d'interviews envisagé auprès d'un même interviewé, de la taille de l'échantillon... Le questionnaire fermé, aux réponses préconçues, est l'instrument de recueil d'information le plus directif. Nous ne l'avons pas retenu car il exige une question de recherche fortement structurée: les représentations du sujet sont connues et analysées et l'élaboration du questionnaire s'appuie sur ces connaissances. Il n'est

pas approprié à la phase exploratoire. Mais il faut noter que même l'entretien non directif produit un discours provoqué et influencé (Bourdieu 1993). Le chercheur, contrairement au thérapeute, n'introduit pas la discussion par une question du type « parlez-moi » sans définir un sujet. Il choisit l'objet de recherche et son étude ne s'intéresse qu'à une certaine part du comportement verbal et parfois non verbal du sujet. La question de départ apporte toujours un cadre à l'entretien: peut-être la prescription d'antibiotiques importe-t-elle fort peu à l'interviewé, peut-être ne l'évoquerait-il pas spontanément dans le cadre d'un entretien portant plus généralement sur l'otite... L'enquêteur va se présenter à l'interviewé et lui présenter son thème de recherche, ses buts et objectifs. Dès cette introduction l'interviewé est influencé. La présentation même de l'enquêteur joue un rôle : son attitude, sa présentation vestimentaire et physique, le choix du lieu d'entretien...Le recueil des données peut s'opérer soit par prise de note simultanée soit par enregistrement (caméscope ou magnétophone). La première méthode n'est pas compatible avec la concentration nécessaire à l'enquêteur et ne lui permet pas d'enregistrer le contenu non verbal du discours, la deuxième méthode induit une distance entre les deux protagonistes du fait même de l'appareil enregistreur. Les techniques de reformulations et d'écho vont induire une sélection dans le contenu du discours. L'étudiant que nous sommes, qui peut arguer d'une recherche très ouverte sur les pratiques de prescriptions d'antibiotiques dans l'otite moyenne aiguë, et qui constitue, dans nos sociétés, du fait de son statut d'être en formation, une figure relativement neutre et banalisée, peu menaçante s'il garantit l'anonymat du répondant, aura le sentiment d'exercer une influence peu perturbante. Nous avons bénéficié d'une telle position privilégiée. Cependant d'après les travaux de Carl Rogers l'entretien non directif a des effets puisque la relation entre le thérapeute et

son client constitue le fondement de cette forme de psychothérapie et doit aboutir au processus de transformation de l'aidé. L'entretien transforme l'interviewé et ses représentations. Finalement le discours de l'interviewé est un «simple» témoignage, plus ou moins honnête, lucide, précis...qui, de sa production à sa retranscription, est largement influencé par le processus de recherche.

1.3 Echantillonnage par quotas

Pour mener à bien notre étude, nous avons structuré un échantillon non probabiliste, par quotas, mais que nous avons tenté de raisonner de manière à y faire figurer les individus nous permettant d'explorer les hypothèses issues de la revue de littérature (1.3.1) le nombre des interviewés a découlé des objectifs que nous nous étions fixés en termes de quotas mais aussi des contraintes auxquelles nous étions soumise. C'est progressivement que nous avons construit notre échantillon à partir de populations de généralistes que nous connaissions ou auxquelles on nous avait introduite ou au contraire en utilisant l'annuaire du téléphone (1.3.2).

1.3.1 Structuration de l'échantillon

Le but de l'échantillonnage raisonné par quotas est d'ouvrir les voies à l'estimation et/ou à la comparaison lorsque l'on ne peut avoir recours à un échantillon aléatoire de grande taille. Il s'agit alors, idéalement parlant, d'assurer la présence dans l'échantillon d'au moins un représentant (de préférence plusieurs) de chaque groupe pertinent au regard de l'objet de l'enquête et des premières hypothèses formulées. L'ambition n'est donc pas de viser une représentativité statistique. Notre

objectif était de créer un échantillon permettant la compréhension du processus de prescription d'antibiotiques. Le principe de l'échantillon par quotas nous permettait d'explorer les différences de représentation et de pratiques en fonction des « caractéristiques » de l'interviewé.

Pour construire notre échantillon, nous avons formulé l'hypothèse que les variations de pratiques et de représentations étaient liées à l'âge du médecin, sa situation géographique, sa formation, sa disponibilité, son mode d'installation. Comme nous le verrons plus bas, chacune de ces caractéristiques était susceptible de modifier les représentations et les pratiques de l'abstention thérapeutique, et plus généralement celles des patients et des médecins.

Pour l'âge du médecin nous avons considéré que ce paramètre intervenait à la fois en termes d'expérience et de formation. Concernant l'expérience, on peut penser que les médecins bénéficiant d'une expérience plus longue sont mieux à même de diagnostiquer la sévérité des symptômes et de développer une stratégie de communication vis-à-vis des parents permettant l'abstention thérapeutique. En même temps il s'agit d'une génération moins sensibilisée dans les débuts de sa carrière aux enjeux de santé publique liés au développement des résistances aux antibiotiques et qui a bénéficié d'une formation initiale moins approfondie. Nous formulons l'hypothèse que cette formation « supplémentaire » de résidanat sensibilisait les médecins aux études scientifiques et aux recommandations. Le résidanat ayant été créé en 1981, nous avons considéré qu'en avaient bénéficié ceux qui finissaient leur troisième cycle en 1981, soit environ 7 ans après l'obtention du baccalauréat (ce qui prend en compte les redoublements fréquents, notamment pendant la première année), soit des médecins âgés de 25 ans en 1981. Nous avons donc créé deux sous catégories : les médecins nés avant 1956 et ceux nés en 1956 ou après.

Cependant le choix de l'âge de 55 ans, qui permet de tenir compte à la fois (mais dans nos hypothèses, en sens opposé) d'une expérience certaine et d'une différence dans la formation initiale, ne tient compte ni du nombre de redoublement (ou de l'absence de redoublement) ni des évolutions postérieures des études de médecine générale ou de la formation continue qui pourraient également expliquer des différences de niveau de formation.

En ce qui concerne la situation géographique, nous considérons qu'elle pouvait jouer, elle aussi, un rôle ambigu : en effet, une implantation rurale pouvait impliquer une intimité plus grande entre patients et médecins, une confiance permettant des échanges et des explications pour accompagner la non prescription d'antibiotiques. Par contre cette situation rurale pouvait aussi éloigner les médecins à la fois des spécialistes à qui adresser leur patient dans les cas de doute diagnostique et de réseaux d'enseignement et plus largement de communications académiques et professionnelles qui encouragent à une attitude d'abstention. Pour estimer la situation géographique nous avons opposé les zones urbaines aux zones rurales et semi-rurales. L'espace rural est défini par l'Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) comme l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, communes péri-urbaines et communes multi-factorielles). L'espace rural représente 70% de la surface de la France et 2/3 des communes. Les unités urbaines sont l'ensemble des communes qui comportent une zone bâtie d'au moins 2000 habitants si aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres. Une commune urbaine est une commune appartenant à une unité urbaine. Les autres sont dites rurales. Le concept de « semi-rural » n'est pas défini par les textes juridiques. Nous avons donc considéré comme rurale toute commune de moins de

2000 habitants et semi-rurale toute commune de moins de 5000 habitants. La définition de la zone rurale s'est donc appuyée sur les définitions de l'INSEE et n'a pas pris en compte celle du code de l'urbanisme (article R 123-1) qui définit les zones urbaines comme des zones dans lesquelles les capacités des équipements publics existants ou en cours de réalisation permettent d'admettre immédiatement des constructions. Cette définition nous paraissait moins adaptée à notre étude. La zone semi-rurale n'étant définie ni par l'INSEE, ni par le code de l'urbanisme, ni par les textes juridiques, nous avons choisi une définition qui nous paraissait pragmatique et acceptable à la lumière de la définition de zone rurale.

Pour la formation des médecins nous avons considéré qu'un critère objectif de formation active et continue (favorable selon nos hypothèses à l'abstention comme nous l'avons expliqué plus haut) était la participation à des activités d'enseignement de la faculté (cours, enseignement à des externes ou internes en stage dans le cabinet). Le critère de participation à une activité de la faculté a donc été retenu comme le critère de formation élevée des médecins. Nous avons donc cherché à obtenir de façon comparable, dans les mêmes proportions, des enseignants de la faculté et des médecins qui ne participaient pas aux activités de la faculté. Idéalement il aurait fallu aussi retenir les formations médicales continues (FMC) qui sont de qualités hétérogènes et il ne nous a pas été possible de vérifier la qualité de ces formations. La participation à une FMC n'a donc pas été retenue comme critère de formation des médecins, ce qui peut être critiquable. De la même façon la participation à des activités hospitalières ou extra-hospitalières est un élément intéressant dans un parcours de médecin qui n'a pas pu être pris en compte dans l'analyse du fait de la grande diversité de ces activités. Les regroupements n'étaient alors plus possible.

Enfin, nous formulions l'hypothèse qu'un temps de consultation plus long, qu'une meilleure disponibilité des médecins permettait de développer une stratégie de non prescription accompagnée d'écoute des craintes des parents et d'explications et de possibilité plus grande de pratiquer une surveillance après la consultation. Un bon indicateur du temps de disponibilité des médecins est leur nombre de consultations par jour. Nous avons considéré qu'une journée moyenne de médecin comprenait environ neuf heures de consultation (9h- 20h avec une heure d'arrêt pour le déjeuner et une heure répartie entre les temps de pause et les déplacements entre les visites). Nous avons pris comme temps de consultation moyen 20 min, ce qui revient environ à 25 consultations par jour. Nous avons donc réparti les médecins en 2 groupes : ceux réalisant plus de 25 consultations par jour et ceux en réalisant 25 ou moins. Une des limites méthodologiques de notre travail est qu'il ne nous a pas été possible d'obtenir les données de RIAP qui auraient été les seules objectives. L'estimation du nombre de consultations journalières par le praticien peut être sur ou sous évaluée par celui-ci et variable en fonction des journées. Par ailleurs le temps de consultation n'est pas directement fonction du nombre de consultations mais aussi de la durée de la journée de travail du médecin que nous avons aussi fixé arbitrairement. Il n'en demeure pas moins que si la disponibilité du médecin ne peut être évaluée précisément en fonction de son temps de consultation, le nombre de consultations reste lui un bon indicateur de la surcharge de travail.

Pour le mode d'installation, nous avons opposé les médecins exerçant en cabinet de groupe (au moins deux médecins) et les médecins installés seuls. Le groupe nous paraissait propice au partage des informations et des réflexions et donc susceptible d'aboutir à de moindres sur prescriptions d'antibiotiques.

En fonction de ces critères nous avons réalisé un tableau croisé. Nous ne pouvions pas avoir exactement le même nombre de médecins représentant chacune des sous catégories ainsi définies mais nous avons essayé d'obtenir que chacune de ces catégories soit représentée autant que possible de façon à pouvoir confronter nos résultats à nos hypothèses. Il ne s'agissait pas bien entendu dans ce cadre exploratoire d'infirmier ou de confirmer ces dernières.

La détermination a priori du nombre approximatif d'une vingtaine d'interviewés pour constituer cet échantillon a résulté d'un compromis entre la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de participants afin que les données soient exploitables, que chaque groupe défini comme pertinent soit représenté (âge, mode d'installation, zone d'installation, nombre de consultations par jour, participation à une activité de la faculté) d'une part et d'autre part les contraintes de temps et de moyens : un seul intervieweur et transcripteur. Le nombre d'interviewés a finalement été arrêté à vingt trois interviewés. Nous avons interrompu nos interviews lorsque nous avons réussi à représenter chacune des catégories que nous avons définies.

I.3.2 Construction progressive de l'échantillon

Pour réaliser notre échantillon, nous avons donc choisi a priori des médecins que nous savions appartenir à une catégorie d'âge ou enseigner à la faculté ou exercer en zone rurale ou urbaine. Les enseignants de la faculté ont été recrutés au sein de Paris 7. En effet les médecins ont facilement accepté ces entretiens pour aider une de leurs étudiantes. Nous connaissions ces enseignants et avons donc

choisi, parmi eux, ceux que nous savions appartenir à une catégorie d'âge et exercer dans une certaine zone géographique, bien que la très large majorité d'entre eux soit installée en zone urbaine. Nous avons ensuite choisi en partie des médecins qui nous avaient été recommandés comme des médecins volontaires pour nous aider dans notre étude. Comme nous connaissions ces médecins, nous pouvions vérifier à quelle sous catégorie ils appartenaient (âge, installation en cabinet seul ou de groupe) afin d'équilibrer les sous-groupes. Les autres médecins ont été choisis en fonction de leur zone géographique afin de s'assurer que chaque zone soit représentée par un nombre suffisant de médecins. Nous avons sélectionné des lieux que nous connaissions et savions être des zones rurales ou urbaines et réparties sur l'ensemble du territoire français. Une fois ces zones définies, nous avons consulté les pages jaunes internet. Toujours dans le but de représenter chaque sous catégorie (médecins ruraux installés en groupe ou seuls, médecins urbains installés en groupe ou seuls), nous avons identifié les adresses où plusieurs médecins étaient recensés et qui semblaient donc correspondre à un cabinet de groupe, et ceux où un seul médecin était identifié à l'adresse choisie, et avons privilégié ceux appartenant au sous groupe le moins représenté en fonction de l'évolution des entretiens. Les médecins ont alors été contactés au sein de ces sous groupes en essayant de ne pas introduire les biais que peuvent impliquer le choix par ordre alphabétique. Pour ces médecins nous ne pouvions connaître l'âge a priori donc nous avons vérifié au fur et à mesure des entretiens que les catégories d'âge étaient bien représentées. L' nombre de consultations réalisées par jour a été plus aléatoire, car c'est un paramètre que nous ne pouvions connaître à priori pour aucun des interviewés: nous avons là aussi vérifié au fur et à mesure du déroulement des interviews qu'il n'existait pas de déséquilibre trop important entre les deux catégories. Nous avons ainsi pu

réaliser notre échantillonnage de telle façon que chaque sous catégorie soit représentée mais nous sommes bien consciente qu'il n'est pas dépourvu de biais.

La construction de notre échantillon, son caractère non aléatoire et sa taille, constitue l'une des principales limites de l'étude que nous avons menée. Une étude complémentaire serait nécessaire pour valider des hypothèses. Cependant ce nombre d'interviewés est suffisant pour obtenir des résultats intéressants, même les grandes études qualitatives portant rarement sur un échantillon de plus d'une soixantaine d'interviewés.

1.4 Elaboration du guide d'entretien

Nous avons en fonction des thèmes que nous souhaitons aborder, élaboré un premier guide d'entretien semi-directif, nous l'avons testé (1.4.1) puis réadapté en fonction de nos premières observations (1.4.2)

1.4.1 Premier guide d'entretien (ANNEXE 1)

Le guide constitue la trame de l'entretien. Il comprend trois étapes : la prise du rendez vous ; le corps de l'entretien composé d'une première question très large et de 10 relances ; et enfin le recueil des caractéristiques de l'exercice et de la formation du médecin interrogé permettant ensuite de croiser ces variables « objectives » de situation avec ce que les médecins nous ont dit de leurs représentations et de leurs pratiques face à la prescription. Nous avons noté nos hypothèses sur le guide même de l'entretien que nous utilisons afin de pouvoir vérifier en cours d'entretien que nous les testions toutes. Rappelons, en effet, que les

« questions », que nous présentons ci-dessous, étaient utilisées plutôt comme des relances. Par ailleurs, la question d'introduction : « Dans le cas d'OMA chez l'enfant de plus de 2 ans certains confrères prescrivent systématiquement des ATB. Pourriez-vous me dire ce que vous en pensez? » est conçue de manière à ne pas soulever de défenses chez l'interviewé. En demandant un avis sur les pratiques des confrères, et non sur celles de l'interviewé, nous évitons en effet de mettre directement ce dernier en cause. Nous lui permettons ainsi de s'exprimer plus librement. Il s'agit d'une technique classique dans l'approche non directive.

RESUME DU GUIDE D'ENTRETIEN

I PRISE DE RENDEZ- VOUS TELEPHONIQUE

II. LORS DE L'ENTRETIEN

1) Présentation personnelle et du déroulement ; demande d'enregistrement

2) Corps du guide d'entretien

QUESTION D'INTRODUCTION LARGE

- Dans le cas d'OMA chez l'enfant de plus de 2 ans certains confrères prescrivent systématiquement des ATB. Pourriez-vous me dire ce que vous en pensez?

QUESTIONS OUVERTES/ RELANCES (à poser si le sujet n'a pas été abordé spontanément ou suffisamment développé)

- Pour quelles raisons vous semble-t-il nécessaire de prescrire des ATB dans les cas d'OMA?
- A votre avis existe-t-il des cas d'OMA où il est dangereux de ne pas prescrire d'ATB? Et d'autres au contraire où cette prescription ne s'impose pas?
- Est-ce qu'il est parfois difficile d'établir le diagnostic avec certitude?
- Est-ce que les mères demandent souvent des ATB?
- Comment les parents réagissent-ils aux campagnes de sensibilisation sur les ATB?
- Comment croyez-vous que les parents réagiraient si le médecin refusait de prescrire des ATB ?
- A votre avis est-ce que c'est une mission d'éducation? Selon vous est-ce que, pour les OMA, l'éducation des parents concernant les antibiotiques est possible et nécessaire?
- Que pensez-vous des recommandations qui existent au sujet du traitement des OMA?
- Si je prends le cas particuliers des recommandations de l'AFSSAPS 2005, celles-ci disent que pour les cas d'OMA chez l'enfant de plus de 2 ans, soit l'otite est congestive et l'antibiothérapie n'est pas recommandée, soit l'otite est purulente et l'antibiothérapie n'est pas recommandée de façon systématique mais en fonction de l'intensité des symptômes (fièvre et otalgie). Qu'en pensez-vous ?
- Selon vous, quelle est dans l'ensemble l'information véhiculée par les visiteurs médicaux sur ce sujet?
- Avons-nous fait le tour de la question de la prescription des ATB pour les cas d'OMA ou verriez-vous des points que nous n'avons pas abordés?

3) Recueil des données « objectives »

Question concernant RIAP

Apparaissent en jaune dans le tableau les parties ajoutées au guide, en bleu celles qui ont été supprimées (pour plus de détails, voir Annexe I).

1.4.2 Pré-tests et guide d'entretien définitif (ANNEXE 1)

Le pré test a été réalisé sur 5 médecins qui n'ont pas été inclus dans l'étude. Nous avons vérifié au cours de ces pré -tests que toutes les hypothèses étaient bien testées, que le temps de l'entretien restait acceptable, puis nous avons recueilli le sentiment des interviewés sur l'entretien.

Nos conclusions ont été les suivantes.

D'abord, nos hypothèses étaient bien testées et les entretiens duraient environ 15 minutes.

Ensuite, dans la mesure où les entretiens étaient téléphoniques, anonymes et où les propos tenus ne serviraient que dans le cadre de la thèse, nos interlocuteurs jugeaient le fait de préciser, en début d'entretien, qu'ils étaient enregistrés comme inutile et inhibant. Nous avons donc décidé de ne plus le préciser.

D'autre part, nous demandions initialement les chiffres de la sécurité sociale (RIAP) concernant le nombre d'enfants vus par le praticien. Or ce sont des données perçues comme personnelles par le médecin et les questionner sur ce sujet peut être mal vécu. Par ailleurs tous les médecins ne disposent pas de ces chiffres et leur obtention peut se révéler difficile. Nous avons donc opté pour une évaluation plus approximative de ces données en demandant directement à l'interviewé le nombre de patients consultés par jour et le nombre d'enfants ? de moins de 16 ans.

Enfin, la question concernant les recommandations a été problématique et centrale. Plusieurs des médecins ayant réalisé le pré-test ne m'ont avoué qu'après l'entretien ne pas connaître ces recommandations et s'être sentis mal à l'aise pour évaluer leur pertinence. J'ai donc proposé un résumé de ces recommandations

quand ma première relance restait sans réponse de manière à pouvoir recueillir un point de vue les concernant.

La principale limite de ce guide a été le caractère trop directif donné à l'entretien, qui ressemblera finalement plus, après une première phase non directive, à un questionnaire à réponses ouvertes, et cela pour deux raisons :

- le temps imparti à l'entretien était trop court (20 minutes au lieu d'au moins une heure dans les entretiens sociologiques) mais il aurait été difficile de faire accepter un entretien plus long aux médecins,
- et mon manque d'expérience qui m'a incitée à fermer les questions pour obtenir des réponses plus ciblées et pour éviter des temps de silence, des « blancs » difficiles à supporter pour qui n'a pas une longue pratique du non-directif.

1.5 Réalisation des entretiens

1.5.1 Prise de rendez – vous.

La prise de rendez-vous s'est faite par demande téléphonique au cabinet médical soit avec le secrétariat soit avec le médecin lui-même. Je me suis présentée et ai introduit brièvement mon sujet. 23 médecins sur 66 contactés, ont accepté un rendez-vous téléphonique. Les refus ont toujours été motivés par un manque de temps à nous accorder qui masquait peut-être parfois une volonté de ne pas rendre compte de ses pratiques, ou un manque de confiance dans l'interviewer, d'intérêt dans la finalité de l'étude...Comme dans toutes les enquêtes ces refus sont susceptibles d'entraîner un biais que nous n'avons aucune possibilité de redresser faute d'une connaissance détaillée de la population mère et d'un historique d'enquêtes auprès de cette population.

1.5.2 Déroulement de l'entretien

Les entretiens se sont déroulés sous forme d'entretiens téléphoniques d'une vingtaine de minute en moyenne. Cette durée est très dépendante du médecin interviewé et a varié de 8 minutes 9 secondes à 48 minutes 13 secondes.

Chaque entretien étant unique, nous avons essayé d'adapter au mieux les questions/relances au déroulement de l'entretien afin de pouvoir rebondir sur ce qui venait d'être dit par l'interviewé et ainsi conserver une certaine fluidité dans le discours. Nous avons utilisé parfois des reformulations ce qui donne du dynamisme à l'entretien et une certaine interactivité, montre à l'interlocuteur que le sens de son

propos a bien été saisi par l'intervieweur, lui permet d'élargir son discours. Les relances sont également utiles pour permettre à l'interviewé d'approfondir certains points évoqués. Cependant la qualité des entretiens dépend essentiellement de l'intervieweur et principalement de son expérience. J'ai été l'intervieweur et si je me suis entraînée pour réaliser ces entretiens, je n'ai pas de formation sociologique. J'ai amélioré ma technique au cours des entretiens mais elle n'atteint pas celle d'un spécialiste.

La technique de l'entretien téléphonique permet de réaliser des entretiens dans des régions géographiques éloignées et a permis d'interviewer six médecins en zone semi-rurale et rurale sans problème de transport. Elle a aussi l'intérêt de créer une distance physique entre intervieweur et interviewé, ce dernier se sent plus anonyme et donc moins jugé. Cette technique peut diminuer le stress de l'interviewé en évitant le face à face et lui permettre plus facilement de donner libre cours à ses idées.

La durée de l'entretien a été fixée à 20 minutes en moyenne. Les entretiens sociologiques sont généralement plus longs. Il aurait été difficile de faire accepter aux médecins un entretien de plus de 20 minutes. Cependant ce temps a été suffisant pour aborder les thèmes principaux et tester nos hypothèses. Aucun interviewé n'a abrégé l'entretien faute de temps et certains ont prolongé cette durée. Chacun a donc pris le temps d'exprimer toutes ses idées.

Il n'y a eu qu'un seul intervieweur : j'ai effectué tous les entretiens. Ceci a eu comme inconvénient d'en limiter le nombre. De plus cela ne permet pas de vérifier que la collecte d'information par des intervieweurs différents montre les mêmes résultats, preuve de transférabilité.

1.5.3 La mémorisation des données

Deux méthodes sont possibles dans le recueil de données : la prise de note simultanée et l'enregistrement. Notre choix s'est porté sur l'enregistrement afin de pouvoir ensuite analyser tout le discours dans sa richesse et sa diversité, et parce que la prise de notes simultanée ne nous paraît pas compatible avec la concentration nécessaire au cours de l'entretien. Aucune note n'a donc été prise lors des entretiens. Nous avons seulement rayé au fur et à mesure les questions/relances qui avaient déjà reçu réponse et les hypothèses testées.

1.5.4 Retranscription

Les entretiens ont été intégralement enregistrés puis retranscrits par écrit. Le but de la retranscription est de rester aussi fidèle que possible au discours de l'interviewé tout en produisant un texte écrit intelligible. En effet le langage oral retranscrit mot à mot est souvent difficilement compréhensible et doit être adapté à l'écrit. La retranscription intégrale des enregistrements est une méthode longue (environ 4 heures de retranscription pour une heure d'entretien). Le choix de cette méthode a été le principal facteur limitant le nombre d'entretien mais il garantit la validité d'une analyse de contenu thématique approfondie qui requière de nombreuses relectures des entretiens.

Une limite de cette méthodologie et en particulier du recueil de données est l'absence de triangulation qui aurait nécessité une méthode de collectes multiples. Nous aurions ainsi aimé confronter le discours sur les pratiques à d'autres indicateurs concernant les pratiques (RIAP), et à l'observation des pratiques. L'objectif aurait été de montrer que les résultats sont convergeant, donc la crédibilité et la transférabilité de l'étude.

1.6 Analyse de contenu

Afin d'analyser le discours, et d'en extraire les éléments informatifs susceptibles de répondre à la question posée, nous avons procédé à une analyse thématique des vingt-trois entretiens.

Chaque entretien a été intégralement retranscrit. Pour analyser les verbatims, on identifie les principaux thèmes du discours ou unités de signification par un code couleur de surlignage puis on les regroupe par catégories. Dans notre cas, les principales catégories correspondaient aux questions ouvertes/relances telles qu'elles figuraient dans notre guide d'entretien. Ainsi nous avons construit une catégorie : Attitude face au consensus qui regroupait la méconnaissance ou au contraire la connaissance, la méfiance ou la confiance ...face aux recommandations. Nous avons aussi tenu compte des thèmes moins attendus qui émergeaient au cours des entretiens.

Nous avons ensuite procédé selon une double méthode pour réaliser et présenter notre analyse des données. Nous avons continué à nous appuyer sur une approche qualitative, en réalisant une analyse de contenu et en fondant nos interprétations sur la richesse des verbatims dont nous avons cité les plus représentatifs. Nous avons aussi adopté une logique plus « quantitative », en réduisant les informations dont nous disposions, en les transformant en variables et en modalités de ces variables. Par exemple pour rendre compte d'un ensemble nuancé d'attitudes face à la prescription, nous avons construit la variable « attitude face à la prescription » et deux modalités : « ne prescrit pas systématiquement », « prescrit systématiquement ». Cela nous a permis de réaliser un tableau de onze colonnes selon la logique suivante : La première colonne liste les 23 médecins interviewés, les variables concernant les pratiques et les représentations ont été

reportées dans les cinq suivantes, les cinq dernières colonnes concernent les caractéristiques « objectives » des médecins.

Médecins / Caractéristiques	Prescription systématique	Accepte recommandations	Pression parents	Surveillance	Anxiété	A G e	Installation groupe	<25 Patients /j	Ur ba ins	Fac ulté
Médecin a-1										
Médecin a-2.... a-23										

Tableau 2 : Tableau de synthèse des pratiques, représentations et caractéristiques des interviewés

Nous avons donc d'abord réalisé un « tri à plat », ou tableau de fréquences permettant de repérer celles des pratiques, des représentations, des caractéristiques objectives pour l'ensemble de nos interviewés.

Nous avons ensuite croisé les variables. D'abord il s'agissait mieux décrire notre échantillon. Ensuite nous avons étudié les pratiques et les représentations des médecins en fonction des variables objectives les définissant et que nous avons établies préalablement comme des caractéristiques influençant leurs prescriptions. Nous avons aussi cherché à croiser entre elles les variables concernant les pratiques et les représentations : à savoir si, par exemple, les médecins ayant évoqué un souci d'anxiété lors de l'entretien avait également soulevé le problème de la surveillance des patients. Nous avons donc effectué des tris croisés pour chaque couple de variables.

Dans un dernier temps nous avons effectué une forme d'analyse multivariée. Nous n'avons pas dans ce cadre réalisé une véritable analyse des correspondances multiples mais nous avons tenté de déterminer des profils de médecins. Pour le faire

nous nous sommes appuyée à la fois sur la tonalité des discours des médecins et sur les similarités entre les « variables réduites » que nous avons créées, pour décrire les caractéristiques objectives, les pratiques et les représentations des médecins. Nous avons ainsi créé de manière intuitive mais en étayant nos intuitions 4 groupes de médecins qui se ressemblent. Nous ne l'avons pas fait pour sophisticationner nos analyses mais parce que nous souhaitions commencer à tirer des leçons pour l'action, de notre recherche empirique. Il nous est apparu que les médecins que nous avons interviewés ne relevaient pas tous des mêmes « mesures », qu'il était nécessaire de cibler en fonction de profils différenciés, formations, informations... C'est dans cette phase du traitement de l'information que nous avons recueillie que nous avons le plus regretté de ne pouvoir mobiliser un autre analyste pour assurer une fidélité inter-juges qui aurait mieux garanti la rigueur de nos résultats. C'est aussi dans cette phase que nous aurions aimé disposer d'un échantillon plus large et plus représentatif garantissant la validité de notre étude. En l'état, cependant, notre recherche exploratoire nous a semblé produire des résultats intéressants que nous exposerons maintenant

2 Résultats

Après avoir présenté la composition de l'échantillon par quotas que nous avons construit (2.1), nous exposerons les résultats que nous avons obtenus. Nous commencerons par traiter la démarche de prescription des médecins et des représentations qu'ils en ont (2.2). Puis nous aborderons les attitudes face aux recommandations (2.3). Nous analyserons ensuite les raisons conduisant les médecins à prescrire des antibiotiques (2.4). Enfin nous identifieront 4 types de médecins dont, plus encore que les caractéristiques objectives et les pratiques déclarées de prescription, les attitudes et les tonalités du discours se ressemblent (2.5).

2.1 Composition de l'échantillon

Vingt trois médecins ont été interrogés de façon à ce que chaque catégorie définie comme pertinente y soit représentée. La constitution de l'échantillon est exposée dans le tableau suivant :

Disponibilité	25 actes/j ou moins 15	Plus de 25 actes/j 8
Mode d'installation	Groupe : 12	Seul : 11
Lieu d'installation	Urbain 15	Rural et semi-rural 8
Age	55 ans ou moins 10	Plus de 55 ans 13
Formation	Enseignent à la fac 10	Ne participent pas à la fac 13

Tableau 3 : caractéristiques de l'échantillon

Après avoir estimé la fréquence de chacune des variables (disponibilité ; âge ; type d'exercice ; situation géographique ; formation) nous les avons progressivement croisées entre elles pour fournir une description plus précise de notre échantillon.

2.1.1 Disponibilité du médecin

Huit interviewés sur 23 pratiquent plus de 25 consultations par jour.

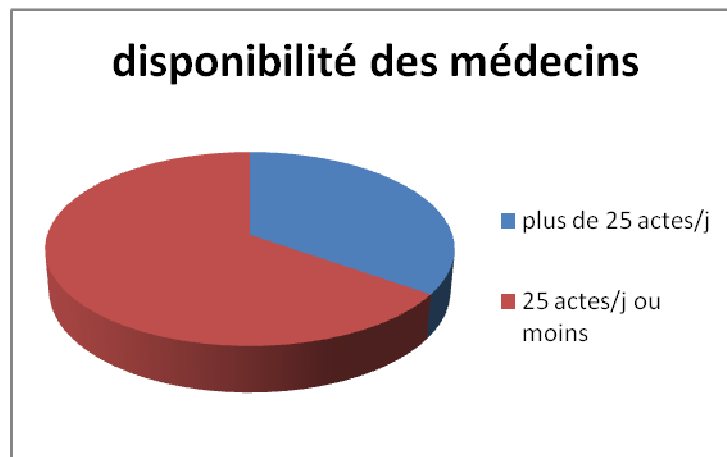
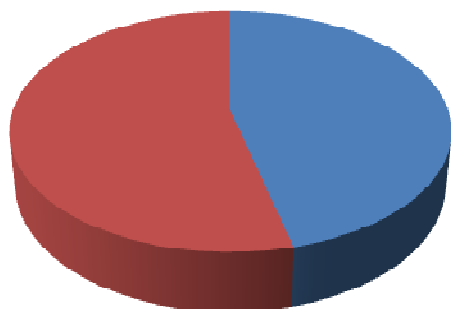


Figure 2

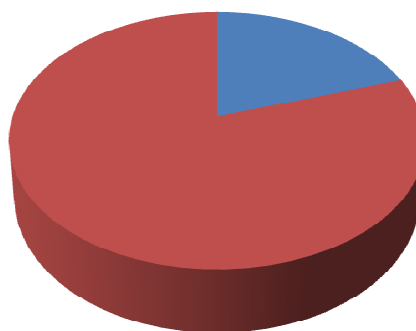
Parmi ces huit médecins consultant plus de 25 patients par jour, on note une plus grande proportion de médecins âgés de plus de 55 ans : six des treize médecins âgés de plus de 55 ans pratiquent plus de 25 actes par jour alors qu'ils ne sont que deux des dix médecins de moins de 55 ans à pratiquer plus de 25 actes par jour.

DISPONIBILITE DES MEDECINS EN FONCTION DE LEUR AGE

plus de 54 ans



54 ans ou moins



Plus de 25 actes/j

25 actes/j ou moins

Figure 3

2.1.2 Exercice en cabinet de groupe

Les interviewés se répartissent de façon presque équivalente entre ceux travaillant en groupe (**12 médecins**) et ceux exerçant seuls (**11 médecins**).

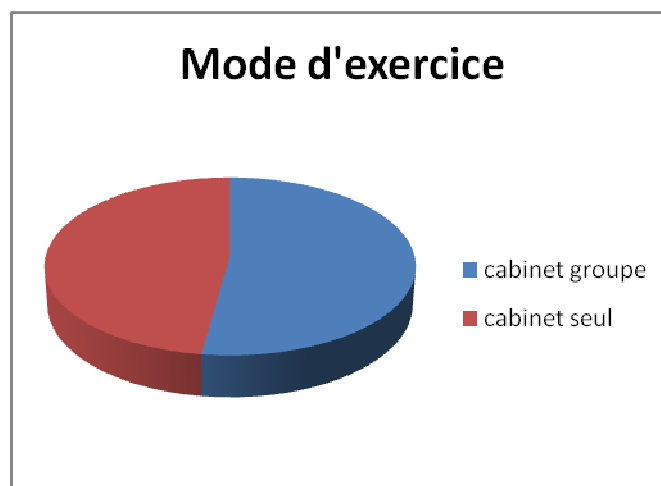


Figure 4

Les médecins installés en groupe se situent très majoritairement en milieu urbain: un seul des 12 médecins installés en groupe provient d'une région semi-rurale.

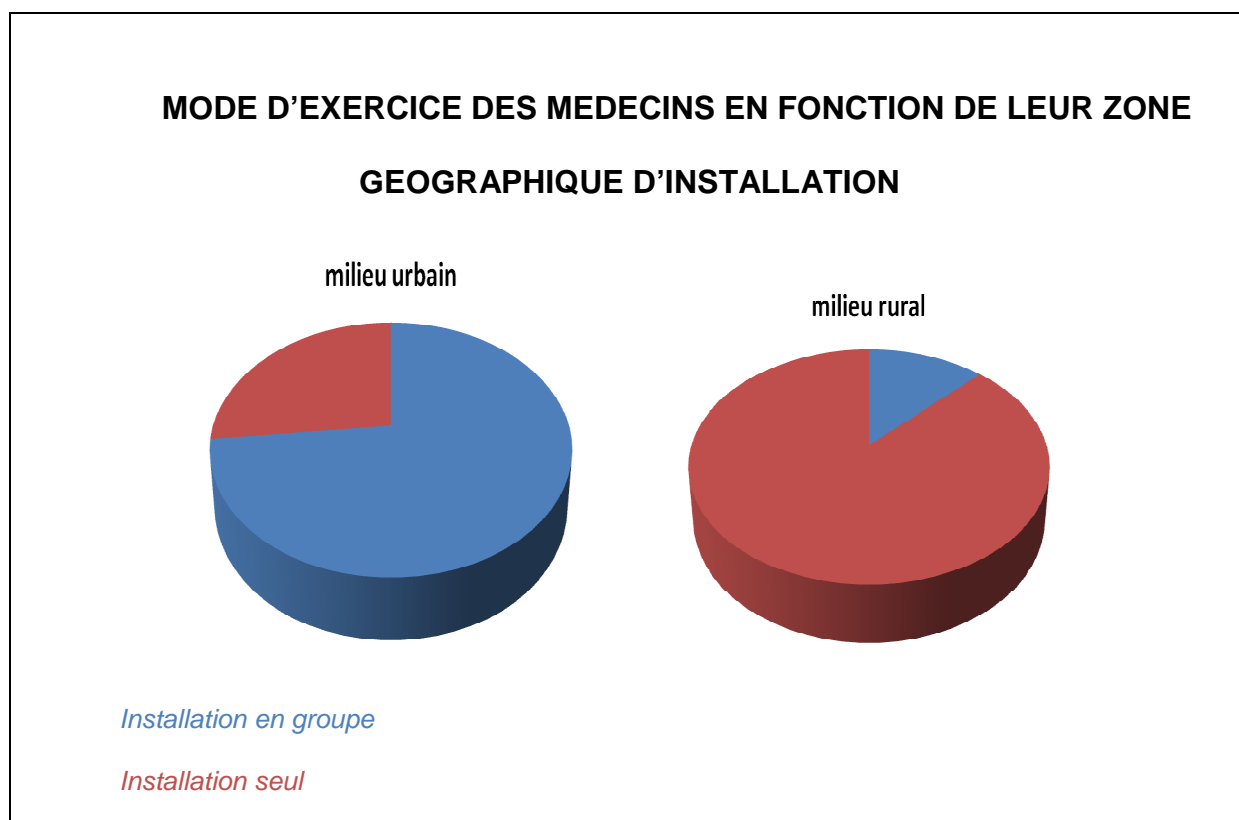


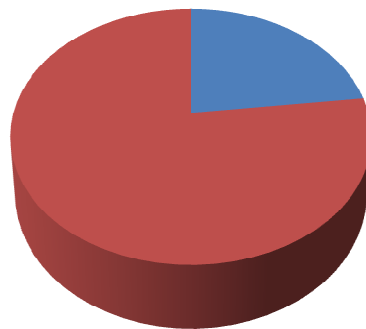
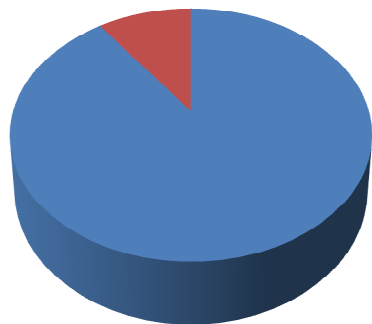
Figure 5

On peut également souligner que les médecins participant à une activité d'enseignement à la faculté sont majoritairement installés en groupe puisque qu'ils sont 9 sur 10 à avoir opté pour ce mode d'exercice. Ce résultat est à relier au fait que, comme nous le verrons plus loin, l'ensemble des médecins participant à une activité d'enseignement à la faculté sont installés en ville, et également que la majorité des médecins de ville est installée en groupe.

**MODE D'EXERCICE DES MEDECINS EN FONCTION DE LEUR
PARTICIPATION A L'ACTIVITE DE LA FACULTE**

participant à la faculté

Ne participant pas à la faculté



Installation en groupe

Installation seul

Figure 6

Les médecins âgés de 55 ans ou moins sont légèrement plus nombreux à être installés en groupe (sept des douze médecins installés en groupe ont moins de 55 ans) et leurs confrères plus âgés (cinq sur douze), la différence n'est cependant pas discriminante.

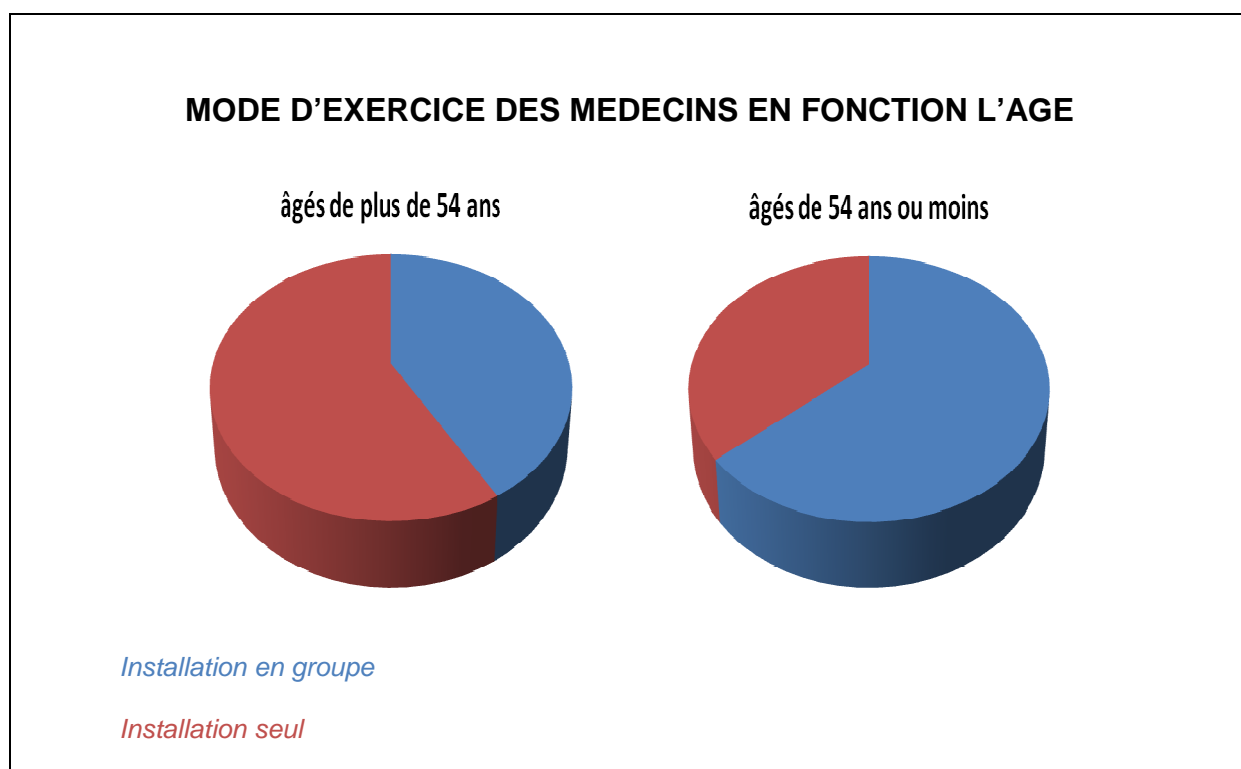


Figure 7

Les médecins effectuant plus de 25 consultations par jour sont pour la moitié installés en groupe et pour l'autre moitié installés seuls. Chez leurs quinze confrères réalisant 25 consultations ou moins, la répartition est également comparable entre ceux installés seuls (sept médecins) et ceux installés en groupe (huit médecins).

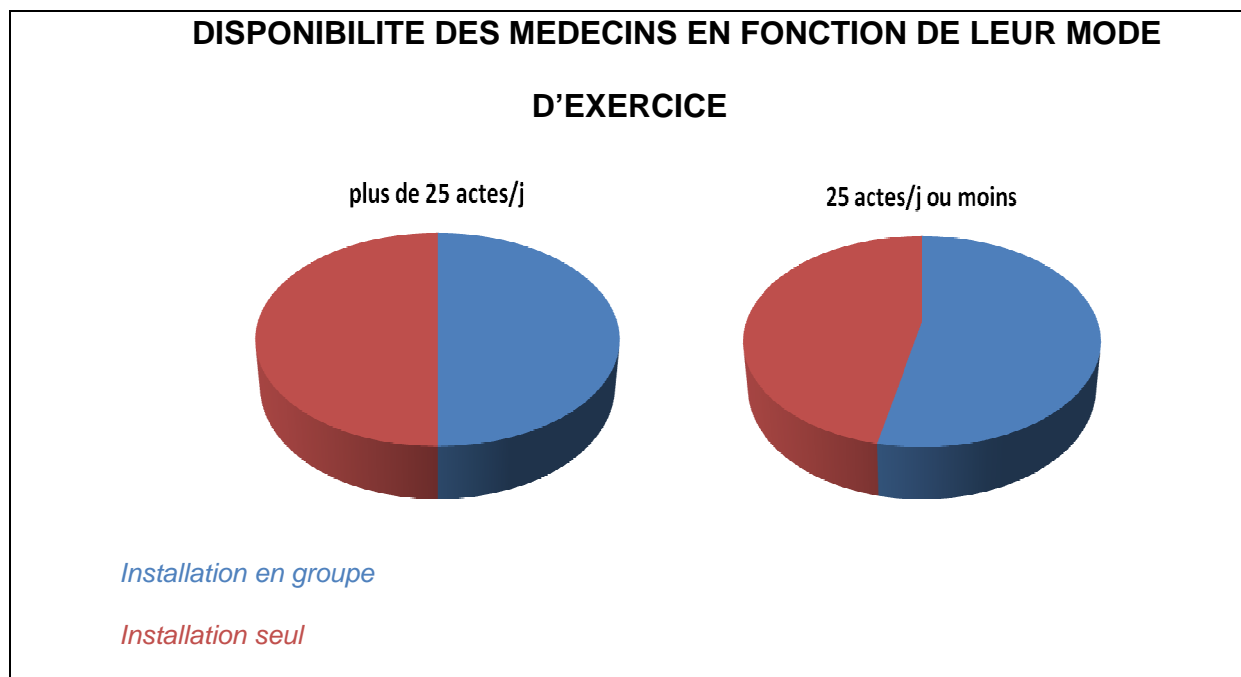


Figure 8

2.1.3 Lieu d'installation

Huit médecins interrogés sont installés en milieu rural et semi rural et **quinze** sont installés en milieu urbain.

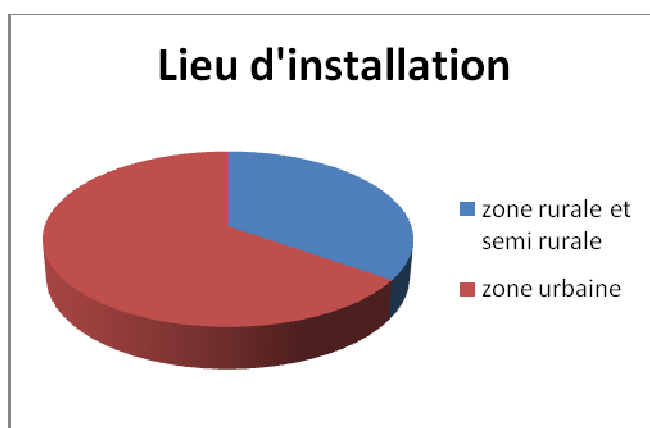


Figure 9

Aucun des médecins installés en zone rurale ou semi-rurale ne prend part à l'activité de faculté de médecine.

Les médecins exerçant en zone rurale sont légèrement plus nombreux à avoir plus de 55 ans que ceux installés en ville: cinq des huit médecins en milieu rural ont plus de 55 ans pour huit sur quinze chez ceux pratiquant en milieu urbain.

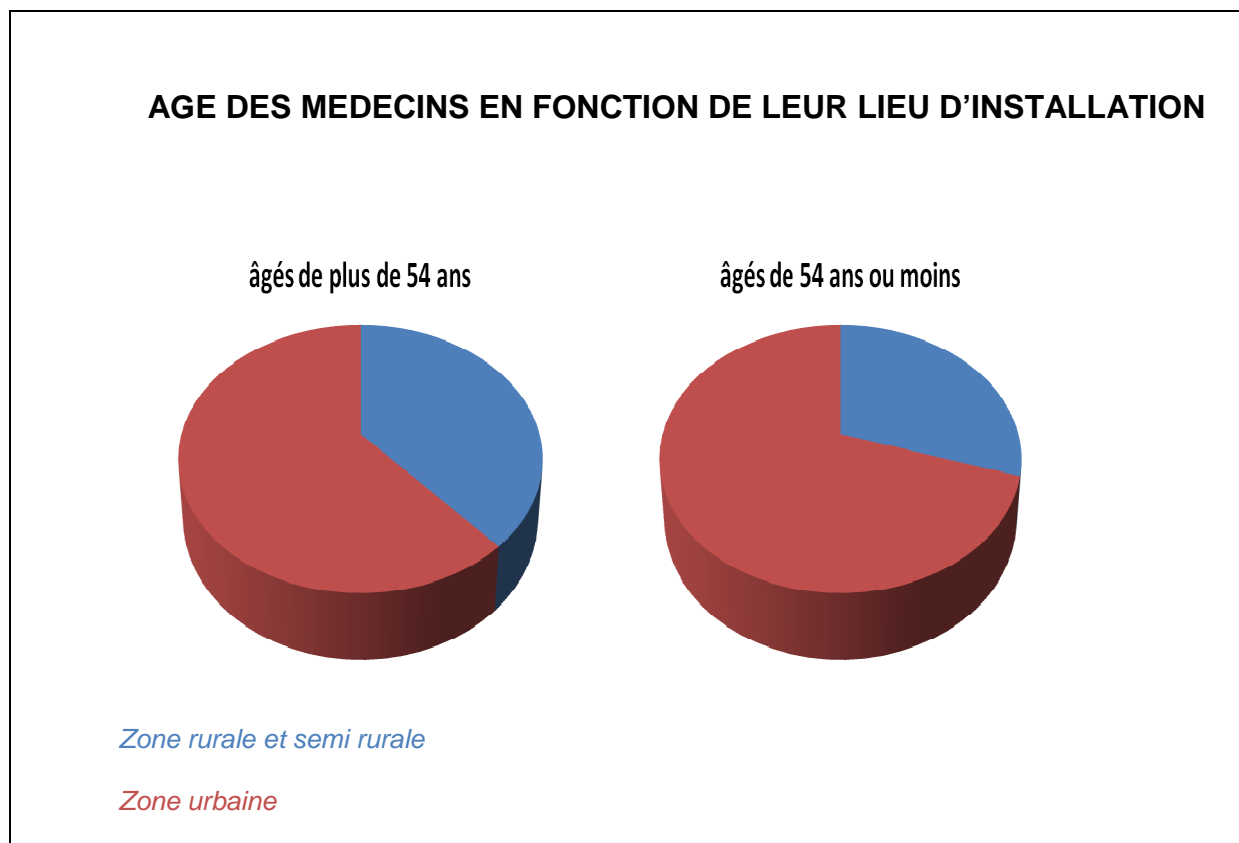


Figure 10

Le nombre moyen d'actes par jour est équivalent chez les ruraux et les médecins installés en ville: trois ruraux sur huit voient en moyenne plus de 25 patients par jour, cinq sur quinze pour les urbains.

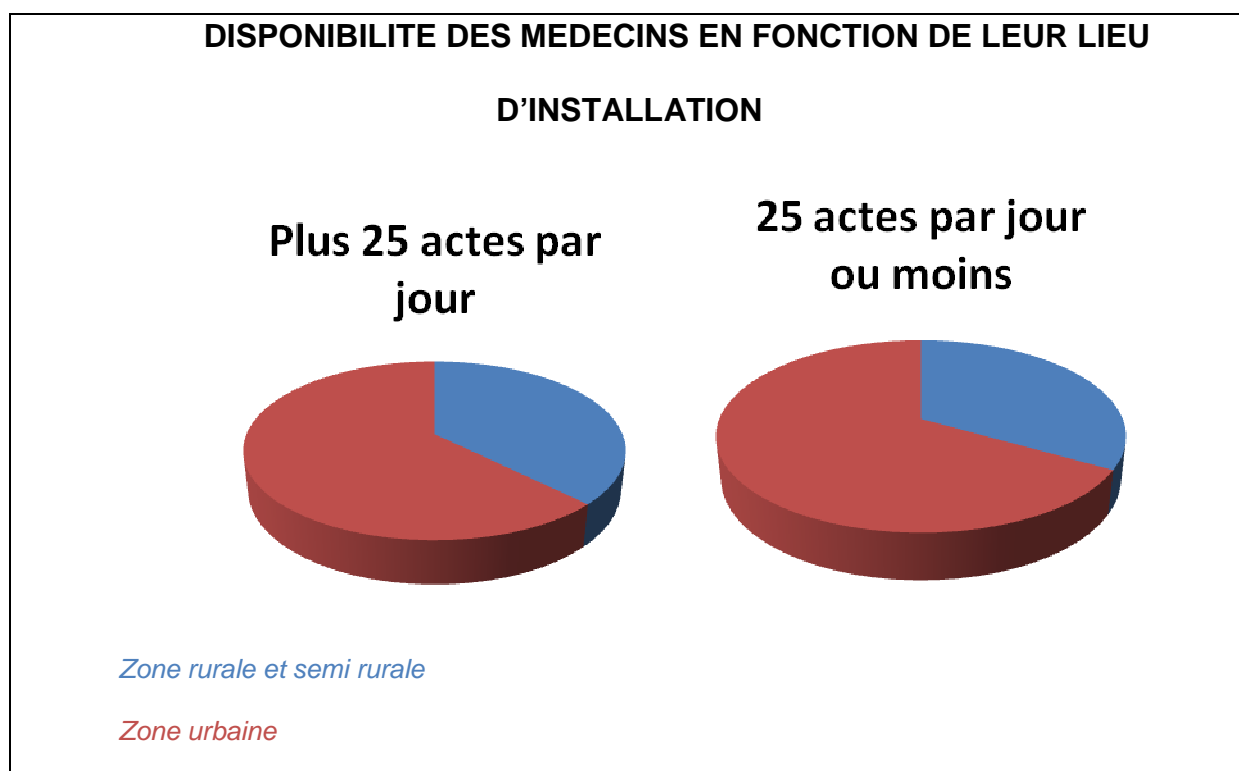


Figure 11

2.1.4 Age

Treize interviewés sont âgés de plus de 55 ans, dix ont moins de 55 ans.

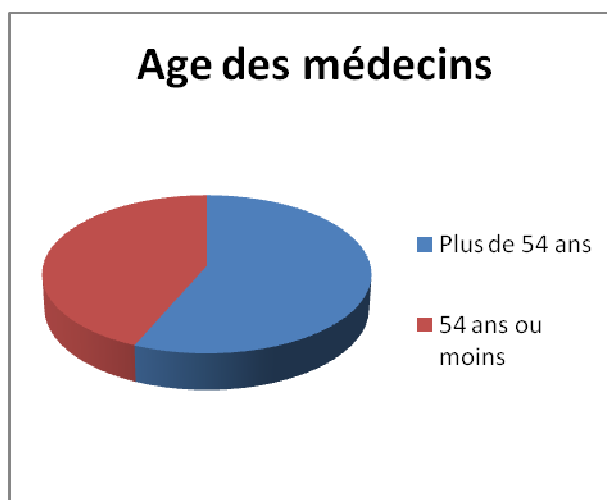


Figure 12

On note une plus grande proportion de médecins âgés de moins de 55 ans à participer à l'activité d'enseignement de la faculté: ils sont 6 des 10 médecins participant à la faculté a avoir moins de 55 ans alors qu'ils ne sont que 4 des 13 médecins n'exerçant pas à la faculté a appartenir à cette tranche d'âge

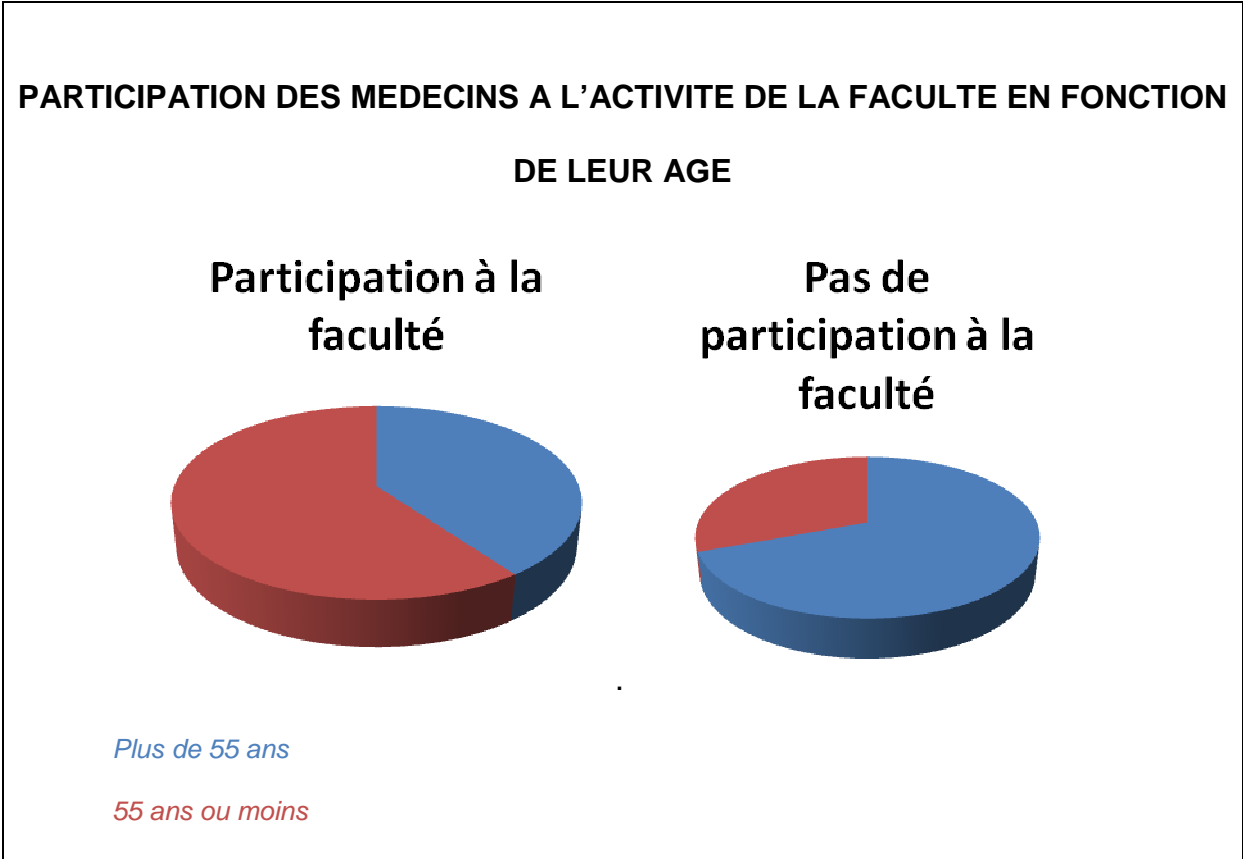


Figure 13

2.1.5 Formation

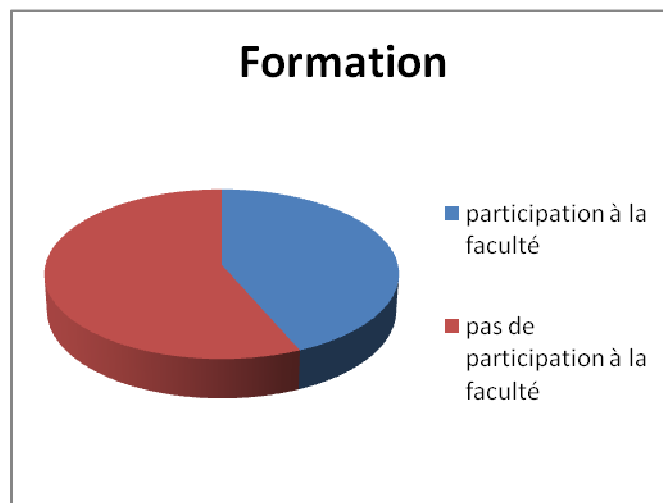


Figure 14

Dix médecins participent à l'activité de la faculté, **treize** n'y participent pas.

Les médecins participant à l'activité de la faculté sont tous installés en zone urbaine.

Parmi les huit médecins prenant part à l'activité de la faculté, trois pratiquent plus de 25 consultations par jour. Ce chiffre est comparable à ceux n'y participant pas (cinq sur treize).

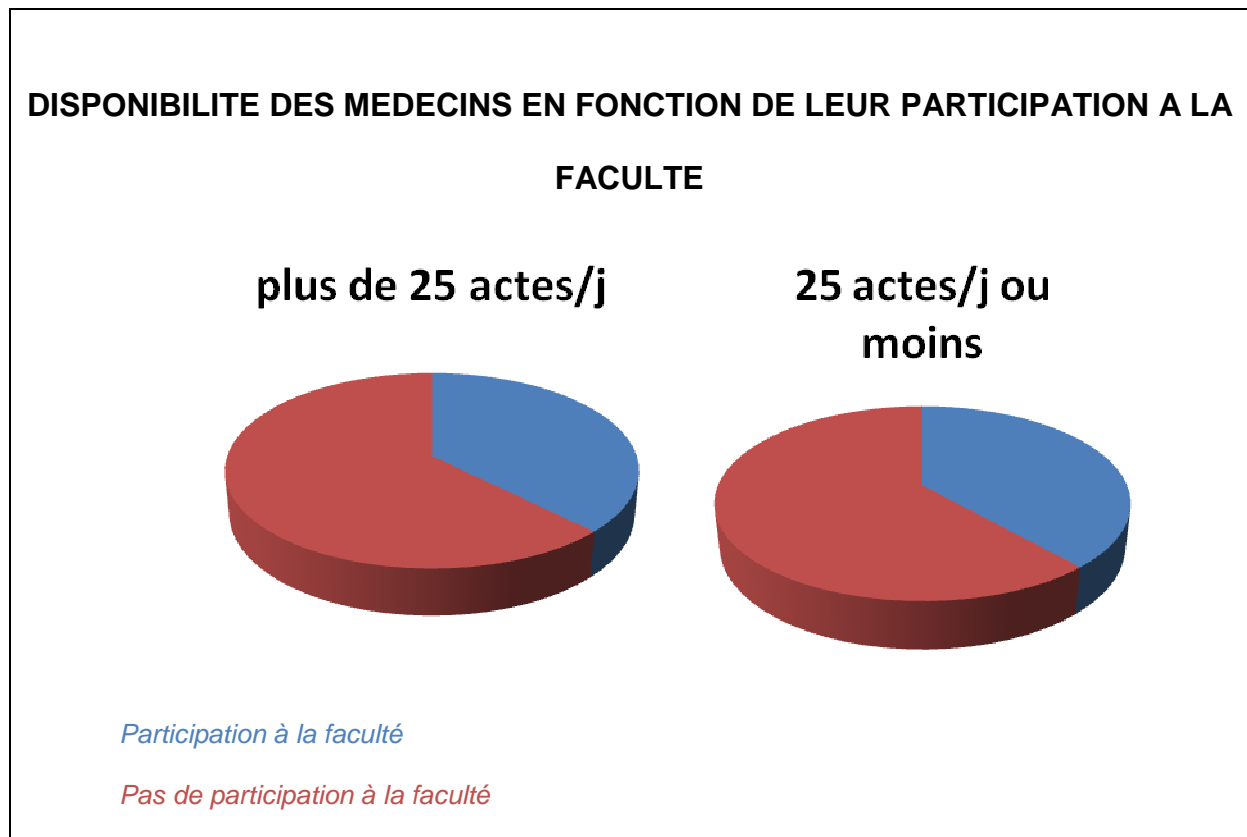


Figure 15

2.2 Les médecins interrogés face à la prescription

Une minorité de médecins déclare prescrire systématiquement des antibiotiques. Nous avons tenté d'identifier les caractéristiques de situation et les caractéristiques personnelles liées à cette pratique (II.2.1). Pour l'ensemble des médecins, qu'ils prescrivent systématiquement ou non, nous avons ensuite tenté de cerner les attitudes face à la prescription (II.2.2). Nous avons en effet observé que si

quelques-uns prescrivent sans complexe, d'autres manifestent une attitude plus ambiguë.

2.2.1 La prescription systématique et ses déterminants

Huit seulement des vingt trois interviewés (environ 1/3) déclarent prescrire des antibiotiques de façon systématique. Si l'on se fie à leurs déclarations, ils sont donc **fort minoritaires**. Sur un mode exploratoire nous avons analysé les déterminants « objectifs » de cette pratique, parmi lesquels le manque de disponibilité des médecins semble occuper une place prépondérante.

Caractéristiques des médecins	Proportion de médecins prescrivant de manière systématique présentant cette caractéristique	Proportion des médecins ne prescrivant pas systématiquement, présentant cette caractéristique
Plus de 25 actes/j	5/8 (62%)	3/15 (20%)
Exercice en cabinet de groupe	5/8 (62%)	7/15 (47%)
Exercice en zone urbaine	5/8 (62%)	10/15 (67%)
Age plus de 55 ans	5/8 (62%)	8/15 (53%)
Enseignent à la faculté	3/8 (37%)	7/15 (47%)

Tableau 5 : Tableau de synthèse des déterminants de la prescription systématique

A la lecture de ce tableau, on observe que, dans notre échantillon, la plupart des hypothèses (parfois nuancées) que nous avons formulées concernant les déterminants objectifs de la prescription systématique d'antibiotiques sont validées.

Mais cela, à l'exception notable de l'exercice en cabinet de groupe qui ne semble pas favoriser une attitude d'expectative en matière de prescription

2.2.1.1 Nombre moyen d'actes par jour, durée de consultation et disponibilité du médecin

Les médecins réalisant plus d'actes, et dont le temps de consultation est probablement en moyenne plus court, prescrivent des antibiotiques **de façon plus systématique**. Cinq des huit médecins prescrivant systématiquement une antibiothérapie consultent plus de 25 patients par jour alors qu'ils ne sont que trois parmi les quinze médecins n'en prescrivant pas systématiquement. Cela confirme l'hypothèse que nous avons formulée.

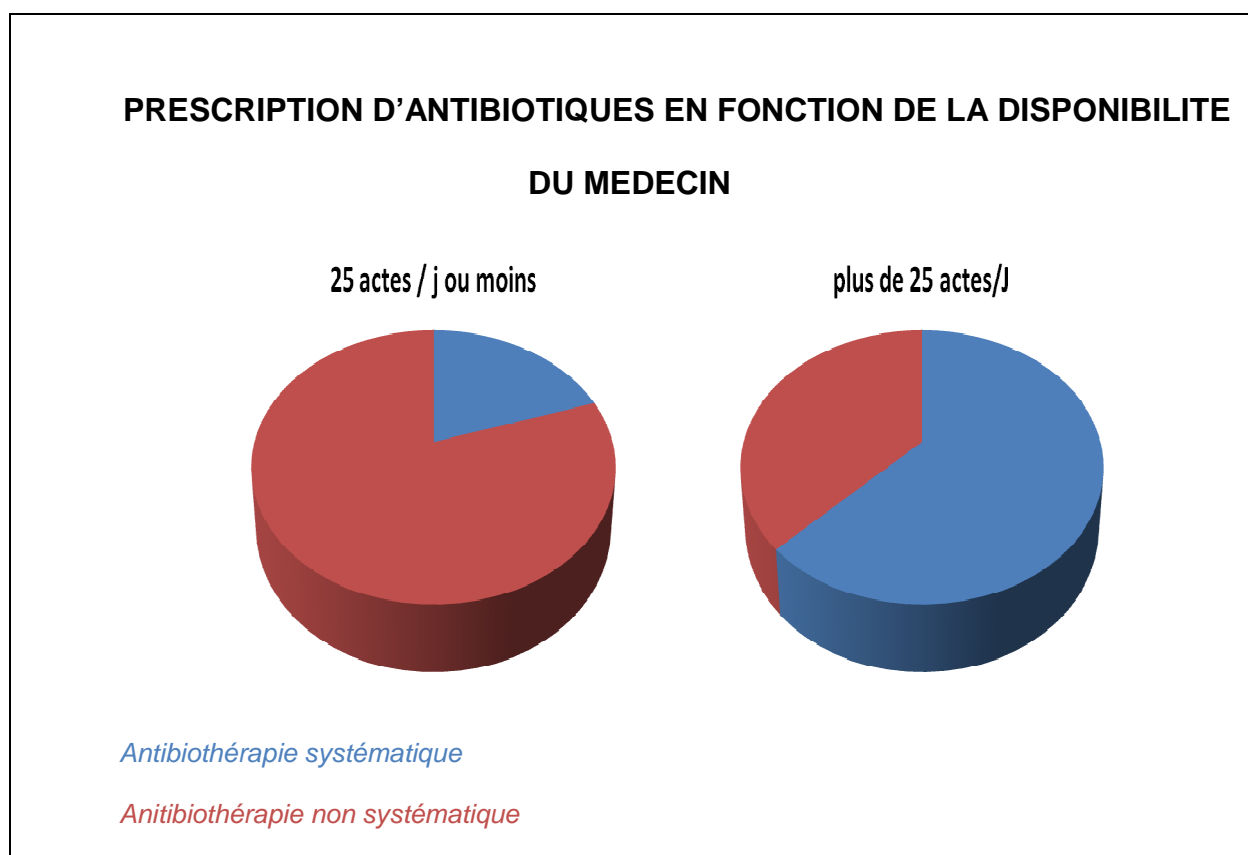


Figure 16

2.2.1.2 Exercice en cabinet de groupe

Cinq des douze médecins installés en groupe donnent systématiquement des antibiotiques alors qu'ils sont trois pour ceux (onze) exerçant seuls. Même si l'on peut considérer que ces résultats ne sont pas significativement différents, ils ne viennent pas confirmer notre hypothèse de départ. Nous pensons que les médecins installés en groupe prescriraient moins.

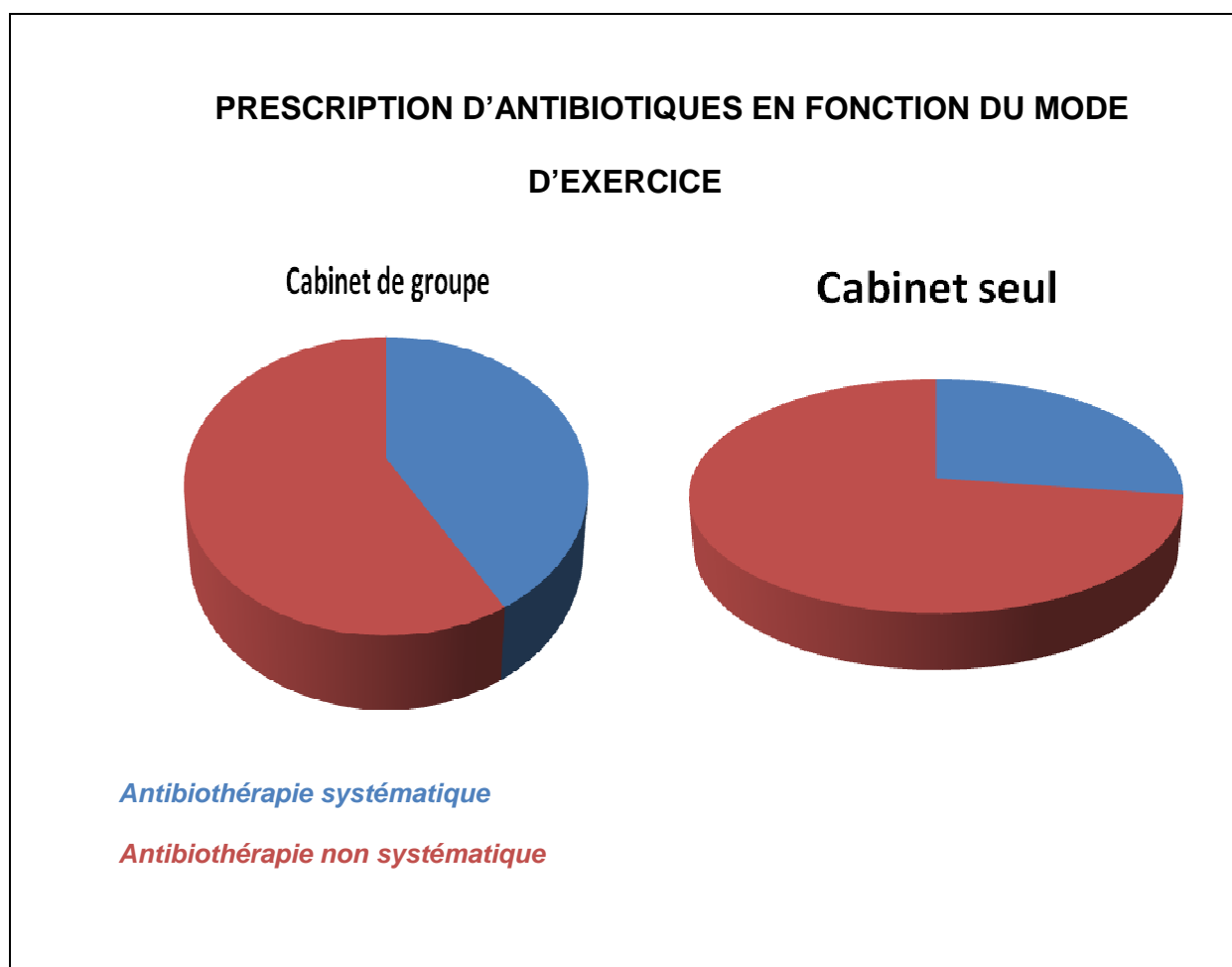


Figure 17

2.2.1.3 Lieu d'installation

Le fait d'être installé en ville ou à la campagne ne semble guère discriminant dans le choix de la stratégie thérapeutique: trois des huit médecins installés en zone rurale ou semi-rurale prescrivent systématiquement des antibiotiques, ils sont cinq parmi les quinze installés en milieu urbain. Nous avons formulé l'hypothèse que les médecins installés en ville prescriraient moins que les autres tout en nous interrogeant sur l'influence possible d'une plus grande familiarité des médecins installés en zone rurale avec leurs patients.

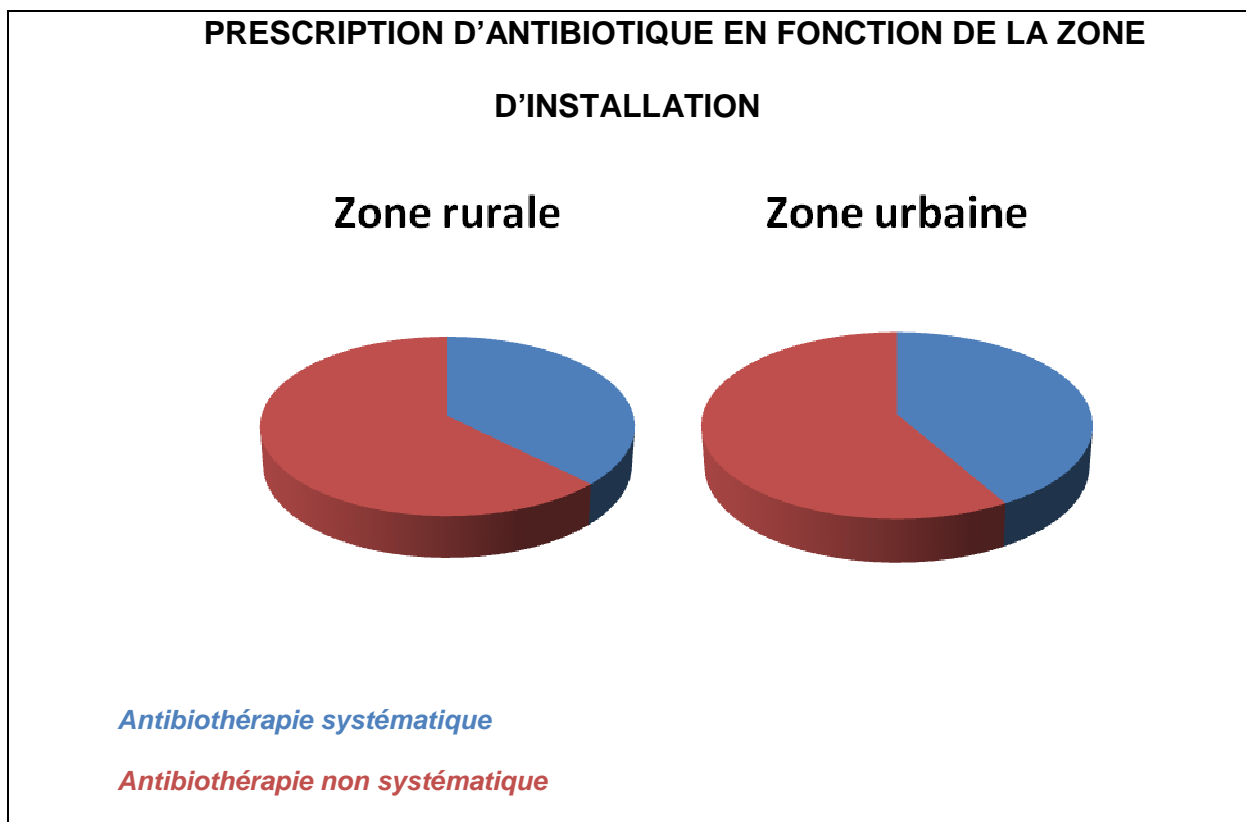


Figure 18

2.2.1.4 Age

Cinq des plus de 55 ans (13) prescrivent systématiquement des antibiotiques, contre trois des 55 ans et moins (10).

L'âge semble donc un facteur peu discriminant dans la décision de prescription d'antibiotiques, même si les résultats vont dans le sens de l'hypothèse que nous avons formulée.

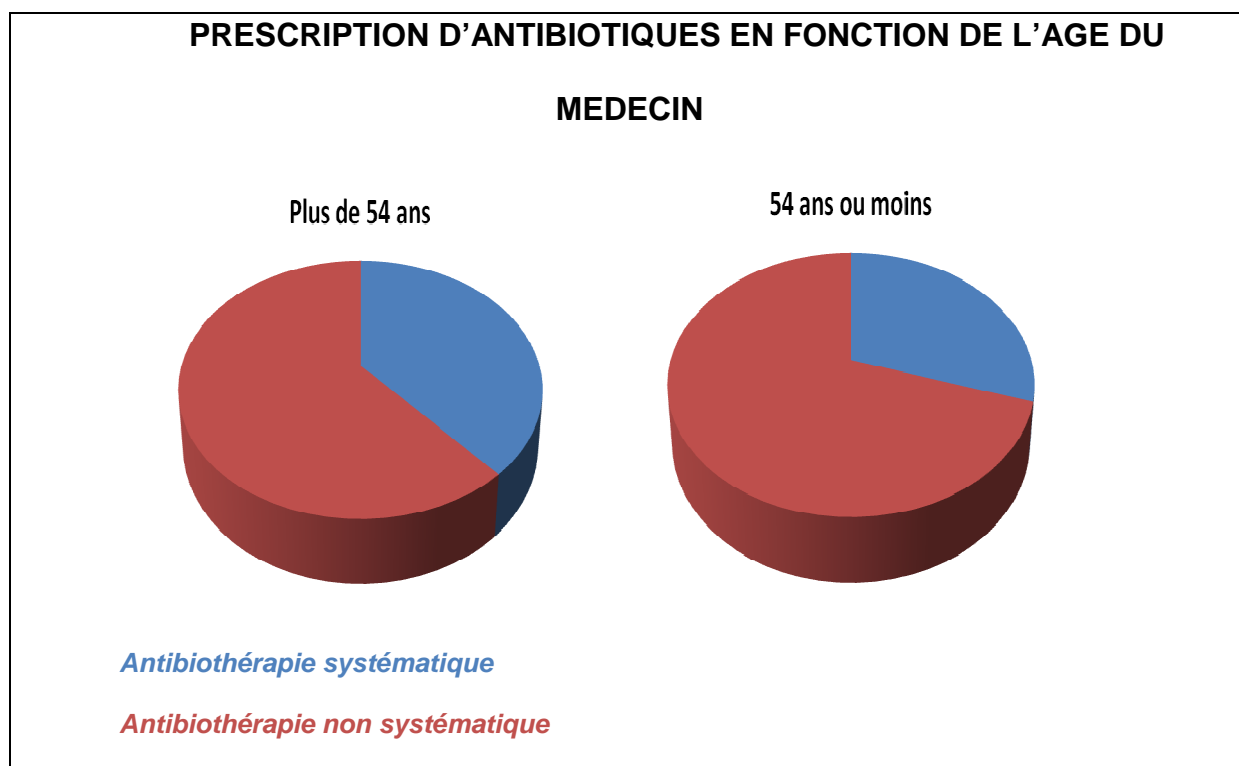


Figure 19

2.2.1.5 Formation

Le fait d'enseigner à la faculté ne semble guère discriminant dans la prise de décision de prescription d'antibiotiques : trois des dix médecins enseignant à la faculté prescrivent systématiquement des antibiotiques, ils sont cinq sur treize chez ceux ne participant pas à l'activité de la faculté. Même si ce résultat vient confirmer notre hypothèse de départ, la différence ne paraît guère significative.

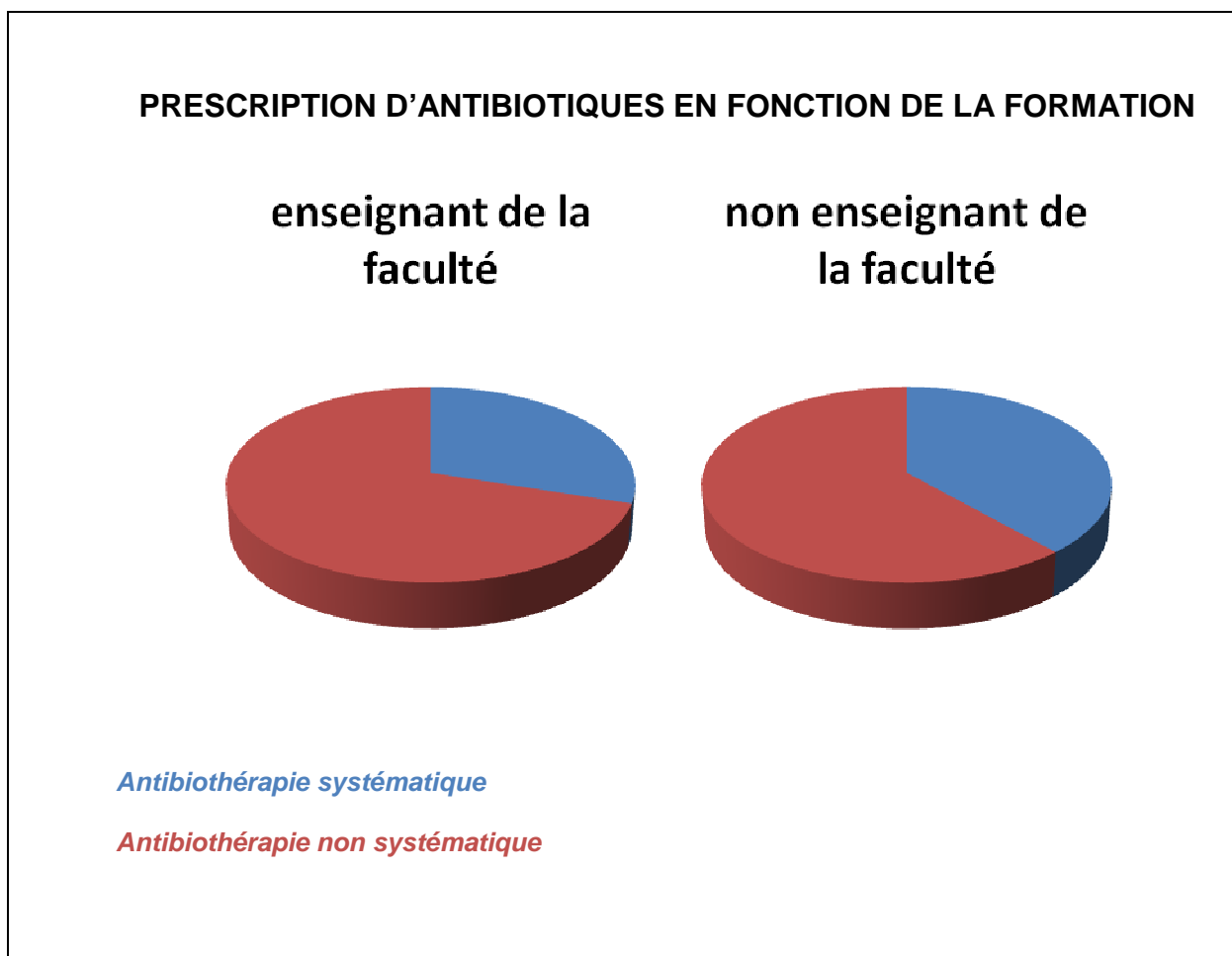


Figure 20

Cette première analyse permet donc de lier la disponibilité à une moindre propension à la prescription d'antibiotique dans l'otite moyenne chez l'enfant de plus de deux ans. En l'absence d'un échantillon représentatif ce sont cependant les attitudes face à la prescription qui permettent de mieux en explorer les moteurs.

2.2.3 Attitudes face à la prescription

Que les médecins prescrivent ou non systématiquement des antibiotiques, cette prescription semble s'opérer majoritairement sur un mode **culpabilisé**.

Dix-sept des vingt-trois médecins interrogés estiment que la prescription systématique d'antibiotiques dans l'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de deux ans n'est pas nécessaire. Parmi eux deux médecins déclarent prescrire malgré tout des antibiotiques de façon systématique mais à tort, tandis que quinze ne prescrivent pas les antibiotiques de façon systématique mais considèrent que leur prescription reste cependant trop fréquente.

Dans les deux cas la prescription s'opère donc sur le mode de la culpabilité, comme en attestent les extraits d'entretiens suivant.

« Dès qu'ils ont la fièvre ou dès qu'ils ont mal, je pense que je prescris, et **je pense que je prescris trop**, mais parce que ça me semble difficile de faire autrement »

« Il y a des cas d'otite moyenne aiguë qui, je pense, peuvent tout à fait guérir spontanément. Si ce n'est que l'enfant va souffrir, mais, on peut prescrire des antalgiques effectivement. Mais, moi, je ne sais pas faire la différence entre les cas où il va falloir impérativement traiter où il y a des risques de perforation et ces cas où l'enfant va guérir spontanément. **Je ne sais pas le faire, donc je traite.** »

« Quand l'enfant a beaucoup de température ou est très algique, c'est vrai que c'est difficile de résister et de dire que, voilà, même si au bout du compte on sait que

cela ne changera pas forcément grand-chose. Mais c'est vrai que je pense que c'est un contexte où c'est un petit peu plus compliqué, mais bon, je pense que là d'ailleurs **je vais en prescrire même si je sais que ce n'est pas forcément...**»

Six médecins seulement prescrivent systématiquement des antibiotiques et justifient cette pratique qu'ils considèrent comme le seul traitement efficace.

« Alors, pourquoi antibiotique et bien puisqu'elles sont toujours bactériennes quand même et il y a comme un besoin de soulagement, assez rapide du gamin, donc a priori, **c'est encore ce qui marche le mieux** »

« Je le fais puisque **quand on ne les prescrit pas de toute façon ils ne guérissent pas**. Et puis avant quand on ne les traitait pas il y avait des mastoïdites et il n'y en a plus de nos jours. »

« Moi, je trouve que c'est justifié de donner des antibiotiques, à large spectre de façon systématique dans des otites moyennes aiguës dans la mesure où **on n'a pas la preuve que c'est une infection virale**. »

Ceci est probablement l'un des résultats les plus intéressants de notre recherche exploratoire : la grande majorité des médecins interrogés pensent qu'ils devraient prescrire moins. Quel est le lien entre ce vécu culpabilisé de la prescription et l'attitude face aux recommandations ? On perçoit la diversité du vécu de la prescription. Ce vécu peut dépendre de l'opinion que médecin interrogé s'est formée des recommandations : un médecin adhérant au principe des recommandations vivra-t-il de manière plus culpabilisée la prescription d'antibiotiques qu'un confrère s'y opposant ?

2.3 Attitudes face aux recommandations

La majorité des médecins interrogés ne connaît pas les recommandations de l’AFFSAPS 2005 mais on peut observer que la connaissance des recommandations ne semble guère influencer la prescription : une fois informé, l’ensemble des médecins se partage en deux groupes quasi égaux, celui qui pense que les recommandations sont utiles et celui qui ne leur fait guère confiance.

Neuf seulement des vingt-trois médecins interrogés connaissent les recommandations de l’AFFSAPS 2005, cinq d’entre eux les ont citées spontanément lors de l’entretien. Parmi ces neuf médecins, trois prescrivent systématiquement des antibiotiques et six de façon non systématique. Ce résultat est comparable à celui des quatorze interviewés ne connaissant pas les recommandations : cinq prescrivent systématiquement une antibiothérapie et neuf n’en prescrivent pas systématiquement.

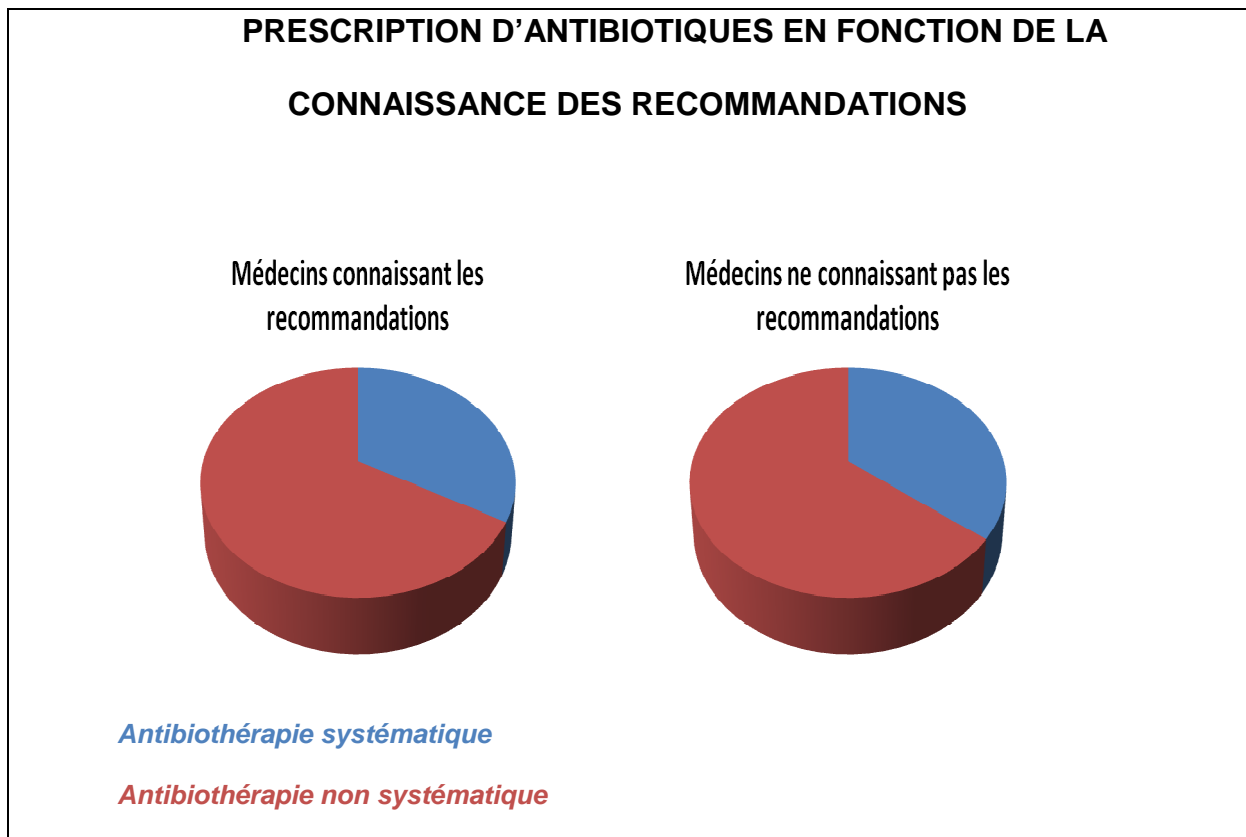


Figure 21

Caractéristiques des médecins	Proportion de médecins connaissant les recommandations présentant cette caractéristique	Proportion des médecins ne connaissant pas les recommandations, présentant cette caractéristique
Exercice en cabinet de groupe	7/9 (78%)	5/14 (36%)
Exercice en zone urbaine	7/9 (78%)	8/14(57%)
Plus de 25 actes/j	2/9 (22%)	6/14 (43%)
Agé plus de 55 ans	4/9 (44%)	9/14 (64%)
Enseignent à la faculté	5/9 (56%)	5/14 (36%)

Tableau 6 : Tableau de synthèse des caractéristiques des médecins connaissant les recommandations

A la lecture de ce tableau, on observe que toutes les caractéristiques dont nous avons formulé l'hypothèse qu'elles détermineraient une information de meilleure qualité, semblent validées dans notre échantillon si l'on retient l'indicateur de connaissance des recommandations.

Le facteur qui semble le plus jouer dans le fait que les médecins connaissent les recommandations est l'**installation en groupe**: parmi les douze médecins exerçant en groupe, sept connaissent les recommandations, parmi les onze médecins qui sont installés seuls, deux seulement les connaissent. Nous avons cependant observé plus haut que les médecins installés en groupe de notre échantillon sont un peu plus nombreux à prescrire des antibiotiques que les autres.

On relève ensuite le lieu d'installation: ils sont près de la moitié en zone urbaine à connaître les recommandations alors que seulement le quart des médecins ruraux semble se tenir informé.

De même, la moitié des médecins effectuant 25 actes par jour ou moins connaissent les recommandations alors que seulement le quart des médecins effectuant plus de 25 actes par jour les ont lues.

L'âge entre également en ligne de compte: la moitié des médecins de moins de 55 ans connaissent les recommandations alors qu'ils ne sont que quatre sur treize chez leurs aînés.

De la même façon les médecins participant à une activité de la faculté connaissent mieux les recommandations : la moitié d'entre eux les connaissent alors qu'ils ne sont que quatre des treize médecins n'y travaillant pas.

Les cinq médecins ayant cité spontanément les recommandations sont tous installés en groupe, quatre d'entre eux exercent en zone urbaine, quatre effectuent moins de 25 consultations par jour, quatre ont moins de 55 ans et trois participent à l'activité de la faculté.

Après que nous ayons pratiqué la lecture d'un résumé de la recommandation de l'AFFSSAPS 2005, l'avis des médecins sur son contenu reste partagé: quatorze d'entre eux déclarent avoir un avis positif sur cette recommandation, les neuf autres ne les trouvent pas applicables.

Seul un des huit médecins prescrivant des antibiotiques systématiquement a un avis plutôt positif. Tandis que treize des quinze médecins ne prescrivant pas systématiquement ont un avis positif. On observe donc un lien fort entre pratiques déclarées de prescription et représentation de la légitimité, de la pertinence des représentations.

Les médecins exprimant un avis positif insistent sur l'importance d'une réflexion concertée, sur laquelle il est possible d'appuyer sa pratique. La recommandation de l'AFSSAPS leur semble adaptée et adaptable au cadre de la médecine générale.

« Je fais partie évidemment des médecins qui savent que les recommandations c'est un groupe d'experts, c'est un groupe de travail qui se réunit à plusieurs reprises, après il y a un comité de lecture, et il y a des généralistes qui sont à la fois dans le groupe de travail et dans le groupe de lecture, et que les recommandations, c'est ce qu'il y a de mieux, et quand on critique les recommandations on ne se rend pas compte que l'on critique des experts qui se sont donné beaucoup de mal pour définir un cadre de prescription. Donc pour moi les recommandations **c'est la bible** »

« Moi je m'appuie là-dessus. J'en ai besoin pour étayer un peu ma pratique quand même, je ne veux pas faire ma potion toute seule. »

Les critiques des recommandations portent sur deux points: le principe des recommandations en général ou la remise en question spécifique de la recommandation portant sur les infections respiratoires hautes de l'enfant et de l'adulte de l'AFSSAPS parue en 2005, et plus particulièrement de son chapitre relatif aux otites moyennes aiguës chez l'enfant de plus de deux ans.

Deux médecins présentent le principe des recommandations comme dangereux et responsable d'un appauvrissement de la réflexion du médecin avec un

risque de réponse stéréotypée à un problème sans prise en compte du contexte. Ces médecins ont souvent un point de vue radicalement opposé à ceux soutenant les recommandations, ce qui s'exprime également dans les expressions utilisées.

« De façon relativement systématique, je prescris des antibiotiques, je veux dire hors recommandation, parce que les recommandations **c'est pas la bible**. (...) Ce sont des comités d'experts, c'est un référentiel, mais il manque les deux autres battants de *l'evidence-based* médecine, c'est-à-dire l'avis des gens, la représentation au niveau des gens de la maladie, et puis aussi l'avis du médecin, son expérience compte autant que les recommandations. »

« Les recommandations je pense que c'est un travail qui est une référence qui doit être adaptée à chaque cas particulier. (...) je fais partie d'une génération qui a vécu sans ça, mais **les jeunes générations sont très référence et cela me paraît dangereux** »

Le principe du référentiel semble parfois vécu comme une ingérence dans le pouvoir de décision du médecin (trois médecins).

« Pour moi, cela ne fait ou que me conforter ou cela me laisse indifférent. Excusez-moi, dans la mesure où je sais ce que je fais, je ne vois pas pourquoi j'irais regarder à chaque fois pour savoir si je suis dans les clous ou pas. Parce que je pense être dans les clous. »

Une méfiance a aussi été formulée vis-à-vis de la finalité des

recommandations par un médecin:

« Le problème c'est qu'on se demande toujours si elles sont dictées par des raisons médicales ou des raisons économiques. »

Les critiques portant spécifiquement sur la recommandation de l'AFSSAPS 2005 soulignent souvent qu'elle ne semble pas adaptée à la pratique de la médecine générale (huit médecins), essentiellement du fait de la qualité des rédacteurs qui sont jugés insuffisamment confrontés à la pratique clinique quotidienne (quatre interviewés).

« Les gens qui pondent ça ne sont pas très compétents, ce sont des gens qui raisonnent dans des bureaux ou dans des hauts cercles et qui ne sont pas confrontés au terrain donc je pense qu'ils ont tendance à être un petit peu quand même excessifs dans leur attitude. »

« On voit qu'ils ne voient pas les gosses. (...) Quand on ne les traite pas, ils reviennent. Ce sont des gens qui ne voient pas les enfants, ils sont derrière un bureau. »

« Je trouve qu'elles sont relativement faciles pour quelqu'un qui n'a pas en face de lui l'enfant ou les parents. »

Curieusement un médecin se déclare en désaccord avec le principe des recommandations tout en estimant la recommandation de l'AFSSAPS intéressante :

« Je ne pense que du bien de ce qui vient d'être dit (le résumé de la recommandation de l'AFSSAPS 2005] mais je ne pense que du mal des recommandations. »

Les recommandations sont ainsi peu connues des médecins généralistes et ne semblent guère influencer leur prescription lorsqu'elles le sont. Par contre, le lien paraît fort entre représentation négative des recommandations et prescriptions systématiques déclarées d'antibiotique. Nous avons donc exploré les motifs avancés par les médecins pour justifier la prescription d'antibiotiques.

2.4 Les raisons de prescrire

Les médecins vont avancer, spontanément ou après nos relances, des raisons justifiant la prescription ou au contraire l'interdisant.

Parmi ces raisons, certaines sont mentionnées par la majorité des répondants comme motivant leurs pratiques... ou celles de leurs collègues (2.4.1). Ainsi la sévérité des symptômes présentés par l'enfant est unanimement reconnue comme prégnante (2.4.1.1) ; l'anxiété des médecins est aussi très largement considérée comme influençant la prescription (2.4.1.2). Notons aussi que pour l'ensemble des répondants, les visiteurs médicaux jouent un rôle mineur dans la prescription (2.4.1.3), de même que la crainte de poursuites judiciaires (2.4.1.4)

Par contre les médecins évoquent très minoritairement d'autres raisons de prescrire (2.4.2)

Afin de sursoir à la prescription immédiate, certains médecins font part de méthodes alternatives (2.4.3)

2.4.1 Des raisons de prescrire évoquées (ou déniées) majoritairement

2.4.1.1 La sévérité des symptômes : une raison unanimement reconnue

L'ensemble des médecins interrogés présente la sévérité des symptômes comme un facteur clé dans la décision d'introduction d'antibiotiques : l'enfant qui consulte présente d'emblée des symptômes justifiant l'antibiothérapie pour les huit médecins prescrivant systématiquement des antibiotiques, pour les quinze médecins ne prescrivant pas de façon systématique des antibiotiques l'importance de la symptomatologie est considérée comme un signe de gravité imposant le traitement.

« Si vous voulez, nous, quand on nous les amène, c'est qu'il y a à la fois fièvre et otalgie. Quand on nous les amène, c'est trop tard »

« Une otite purulente dégueulasse avec 40 de fièvre chez un gamin qui commence à devenir gris, à ne plus bouffer, c'est vrai qu'on va lui balancer très vite un antibiotique »

Quatre affirment qu'une symptomatologie bruyante est un élément rendant l'absence d'antibiothérapie difficile à faire accepter aux parents. C'est donc moins la perception de la nécessité de l'antibiothérapie qui motive alors la prescription que la pression parentale face à cette situation.

« Quand ils ont derrière eux une ou deux nuits blanches à cause d'un gamin qui crie parce qu'il a mal, je les comprends »

Le problème des otites à répétition semble être un critère de sévérité

important pour les médecins : il est évoqué spontanément par **sept d'entre eux**. Mais tandis que pour trois d'entre eux, celui-ci constitue un **argument invitant à sursoir à l'antibiothérapie** pour éviter les traitements antibiotiques trop fréquents (deux prescrivent pourtant systématiquement en dehors de ce contexte, le dernier y trouve un argument supplémentaire pour ne pas systématiser les prescriptions), les quatre autres médecins qui ne prescrivent pas systématiquement y voient au contraire un **argument en faveur de la prescription** d'antibiotiques et cela pour deux raisons : l'antibiothérapie leur semble nécessaire dans ce contexte (quatre médecins) et la pression des parents devient plus pressante du fait des expériences passées où les otites ont guéri sous antibiotiques (un médecin).

Les extraits d'entretien suivants illustrent bien la 1ère attitude :

« Le problème qui se pose c'est les prescriptions itératives, c'est-à-dire l'enfant et qui va faire une otite tous les mois, c'est cela le grand souci. Une otite dans l'hiver, ce n'est pas un problème de le traiter. Et on est de plus en plus confronté à ça. Alors là, effectivement si c'est un enfant, qui en est à sa cinquième cure d'antibios et il arrive avec une otite moyenne aiguë, je ne vais pas prescrire un antibiotique »

« Ce n'est pas parce que l'otite est récidivante que pour autant, il doit y avoir un traitement antibiotique. Et moi, je me souviens de cas très précis d'avoir stoppé la spirale antibiotiques avec un grand bonheur pour la famille et pour l'enfant, alors qu'on était sur un profil d'otite récidivante. Il ne faut pas oublier que ces choses-là ont quand même tendance à s'arranger avec le temps et qu'à partir de l'âge de 5 ans, 6 ans, souvent, les choses s'améliorent. Donc la **temporisation**, c'est aussi une

façon de gagner du temps et d'attendre d'atteindre cet état pour, je crois, atteindre le stade où ça commence à fonctionner un peu mieux. »

Les citations ci-dessous au contraire sont révélatrices de l'influence d'un contexte de répétition sur la décision de prescrire.

« C'est vrai qu'un gamin qui a déjà des antécédents d'otite (...) il faut peut-être être un tout peu plus interventionniste au niveau antibiotique dans ce cas-là. »

« Ca dépend effectivement des expériences qu'ils ont eues, des croyances qu'ils ont et du vécu. Parce qu'ils disent « Mais chaque fois qu'on ne lui a pas donné, ça a dégénéré, etc. » – les mauvaises expériences passées. Et puis : « je lui ai donné et le lendemain c'était bon » »

L'indication dans le cas des otites à répétition mériterait donc sans doute plus de recherche et d'information.

Les médecins installés en milieu urbains ont plus mentionné le problème des otites répétitives que les semi-ruraux et ruraux : six des quinze médecins urbains l'ont évoqué, un seulement sur les huit ruraux.

Les médecins âgés de moins de 55 ans signalent plus (quatre sur dix) cette difficulté que leurs aînés (trois sur treize)

Soulever le problème des otites à répétition est également lié au fait d'évoquer le problème de la surveillance des enfants au cours de l'entretien: parmi les huit médecins ayant cité le problème de la surveillance, trois évoquent celui des otites à répétition, alors que seulement quatre des quinze médecins n'ayant pas évoqué le problème de la surveillance l'ont fait.

Les médecins qui connaissent les recommandations ont plus évoqué le problème des otites à répétition (quatre sur neuf) que ceux qui ne les connaissent pas (trois sur quatorze).

De même, les médecins qui ont fait part de la complexité de la relation médecin malade ont plus évoqué le problème des otites à répétition (quatre sur dix) que ceux qui n'ont pas mentionné le problème de la relation médecin malade (trois sur treize)

Une sensibilité à la complexité du traitement et à l'information semble liée à la prise en compte des otites à répétition. Cela rend d'autant plus pertinente l'idée d'investir en matière de préconisations sur l'otite à répétition.

2.4.1.2 Anxiété du médecin et crainte de complications

Parmi les vingt-trois médecins interrogés, **douze** évoquent une anxiété, une crainte des complications pour justifier leur prescription.

Sept des huit médecins interrogés qui prescrivent systématiquement des antibiotiques expriment cette crainte, alors que seulement cinq des treize médecins n'en prescrivent pas de façon systématique en font état. Le fait de ne pas prescrire d'antibiotique semble être vécu comme une prise de risque : risque de complications (**douze médecins**) et d'absence de guérison (**quatre médecins**). L'anxiété semble donc un facteur déterminant dans le choix de la stratégie thérapeutique : les médecins anxieux prescrivent plus systématiquement des antibiotiques.

« J'ai peur qu'il arrive quelque chose, donc **je préfère ne pas prendre de**

risque, donc je traite par des antibiotiques (...) quand on est seul contre tous, c'est-à-dire le généraliste, il est tout seul dans son cabinet, il ne peut pas se cacher derrière le super chef de clinique patati et patata. Cela change tout. Pour qu'il n'y ait pas de soucis, puis pour que l'enfant soit bien et surtout qu'on dorme bien aussi nous. »

« **On veut se protéger (...) des complications.** Ou de se dire, en fait, je ne sais pas je n'ai pas vu ce truc-là c'est comme si on ouvrait le parapluie(...) c'est confortable. »

« Je sais que statistiquement parlant, il y a des fois où cela ne sert à rien ; c'est à dire on en n'en a pas donné et cela s'est bien passé. **C'est un risque qu'on ne peut pas courir** »

« Moi par exemple, pour les rhino je n'en prescris jamais, pour les angines je fais des tests, mais pour les otites je ne sais pas pourquoi, sur les petits en plus je n'aime pas, **je préfère être tranquille, prescrire des antibiotiques.** »

Chez ces médecins soulevant le problème de l'anxiété on note une grande proportion de médecins installés en groupe: les deux tiers de ceux installés en groupe soulèvent ce problème, alors qu'ils ne sont que quatre des onze médecins installés seuls à l'évoquer.

On remarque également que deux tiers des médecins installés en ville évoquent l'anxiété alors qu'ils ne sont que le quart des médecins installés en milieu semi-rural et rural. Ce résultat est à mettre en relation avec le fait que les médecins

installés en groupe sont majoritairement en milieu urbain.

Les médecins urbains, installés en groupes, âgés de moins de 55 ans (sept médecins) évoquent plus (**six sur sept**) le problème de l'anxiété que leurs confrères plus âgés installés seuls en zone rurale (**un médecin sur quatre**).

Nous avons noté que les médecins de notre échantillon considéraient majoritairement prescrire trop sur un mode culpabilisé, l'anxiété qu'ils ressentent (et en particulier les plus jeunes, installés en ville et en groupe) semble l'un des facteurs de cette prescription culpabilisée.

2.1.5.1 Faible poids de l'industrie pharmaceutique

Douze médecins acceptent de recevoir des visiteurs médicaux. Seuls **deux** d'entre eux déclarent être incités par ceux-ci à la prescription d'antibiotiques. Pour les dix autres, l'otite ne semble pas une préoccupation majeure des laboratoires qui communiquent peu sur cette pathologie.

« L'otite moyenne aiguë, les visiteurs médicaux, alors là, franchement, je pense qu'ils n'en parlent jamais. Pour ceux que je reçois. »

« Ce n'est pas l'argument majeur de vente d'un antibiotique l'otite, je ne crois pas. Ils vont, suivant la classe des médicaments qu'ils présentent, ils vont insister effectivement sur l'indication dans l'otite quand ils sont dans les bons créneaux. Mais je ne suis pas certain que l'otite représente une part de gâteau suffisamment intéressante pour s'y accrocher. Moi j'ai pas l'impression de subir une pression de la part des labos pour l'antibiothérapie dans les otites »

Onze médecins refusent de recevoir des représentants de laboratoires. Parmi eux, **deux médecins** considèrent globalement le rôle de ceux-ci comme délétère en termes de santé publique.

« ... je ne les reçois pas. Mais je ne vois pas quels visiteurs médicaux incitent à prescrire de la désinfection rhino-pharyngée et du paracétamol dans l'otite. Je pense qu'ils ont plutôt... Ils sont vecteurs d'anxiété en parlant des résistances. Depuis que je ne vois plus de visiteurs médicaux, j'ai énormément rétréci ma gamme d'antibiotiques pris dans l'otite.»

2.4.1.3 Part nulle du risque médico-légal

Devant la multiplication des procès de patients se retournant contre leur médecin, nous avons formulé l'hypothèse du risque médico-légal comme facteur incitant la prescription d'antibiotique. Aucun médecin n'a évoqué spontanément ce risque.

2.4.2 Des raisons de prescrire évoquées minoritairement

Si une majorité de médecins évoque la sévérité des symptômes et l'anxiété comme favorisant la prescription, (et s'ils sont très majoritairement convaincus que ni l'industrie pharmaceutique, ni la crainte de risque juridique ne jouent un rôle fort), seule une minorité de médecins évoque d'autres raisons qui provoquent des réponses contrastées.

D'abord, le doute diagnostique, qui, bien que reconnu par la majorité des

médecins, n'aboutit pas nécessairement à la prescription (2.4.2.1). Le problème de la relation médecin malade et la crainte de déplaire (2.4.2.2), la surcharge de travail des médecins (2.4.2.3), le défaut de surveillance (2.4.2.4), le souci d'efficacité, (2.4.2.5), la pression des parents (2.4.2.6). Le manque de formation du médecin (2.4.2.7), les automatismes prescriptifs (2.4.2.8), l'isolement (2.4.2.9) ne figurent pas non plus dans les représentations majoritaires comme un déterminant fort de la prescription.

2.4.2.1 Pratiques différenciées face au doute diagnostique

Suite à une relance systématique de notre part, **treize interviewés** déclarent pouvoir ressentir un doute diagnostique. Mais ce doute n'entraîne pas les mêmes conséquences en termes de prescription chez tous ces médecins. Il va induire une prescription d'antibiotique pour quatre d'entre eux, quatre vont s'abstenir, trois vont adresser l'enfant à l'ORL qui prendra la décision de l'introduction d'antibiotiques. Deux médecins décideront de prescrire des antibiotiques en fonction de l'état général de l'enfant en cas de doute diagnostique.

Les verbatims suivants sont bien représentatifs de cette diversité des réactions.

« **Si on n'est pas sûr de soi on prescrit un antibiotique.** Dans l'OMA on va prescrire par excès. On va préférer pécher per excès que par défaut »

« Ce n'est pas forcément évident d'examiner les tympans d'un petit bout. Cela m'est déjà arrivé pas très souvent d'**adresser à un ORL** quand ils avaient une forte fièvre inexpliquée en disant... Et puis, je ne voyais pas les tympans, je n'arrivais pas à nettoyer en me disant que j'aimerais bien savoir ce qu'il y a derrière »

« Si j'ai un doute sur une otite congestive, je dis on attend 48 heures. **Je ne prescris pas d'antibiotique** en fait. »

« **Ça n'a pas forcément un énorme impact.** Je dirais autant, sur un tympan bombé, purulent, on va pouvoir établir le diagnostic de façon certaine, autant certains tympanos congestifs, on va avoir du mal à faire la part entre une otite moyenne aiguë et une otite simplement congestive, d'autant plus si le conduit est un peu étroit ou s'il est un peu encombré de cérumen qu'on a du mal à enlever et si ton otoscope a une pile un peu défectueuse. Donc la conduite à tenir n'est pas forcément basée sur l'otoscopie. Il y a les **éléments d'état général** qui vont du profil de température, des éléments d'évolution de la maladie, de durée, de traitement antérieur, d'historique qui vont aussi influencer la prise en charge. L'outil n'est pas au centre de mon diagnostic. »

2.4.2.2 Problème de la relation médecin malade, crainte de déplaire

Dix interviewés expriment la difficulté de la relation médecin malade : la crainte de déplaire (huit médecins) et/ou la peur d'une fuite de la patientèle (quatre médecins). Ils appartiennent de façon équivalente aux groupes de médecins prescrivant de façon non systématique et systématique des antibiotiques.

« Cela devient **très conflictuel** maintenant avec des patients. (...) J'ai senti qu'elle n'était pas contente, pourtant elle est très attachée à moi. Je vous dirai cela plus tard, peut-être qu'elle trouvera **un autre médecin** qui en donne un,

malheureusement.»

« Après c'est difficile de dire à la maman : le gosse, il a une otite et je ne fais rien, ou je lui donne un anti-inflammatoire. Les gens **changent de toubib tout de suite**. Ils vont voir ailleurs comment c'est foutu. »

« Si je n'accepte pas, eh bien, c'est sûr qu'ils vont peut-être **reconsulter un autre confrère** ou en appeler au pédiatre ou à l'ORL et peut-être là, eh bien, ils vont obtenir ce qu'ils veulent »

La difficulté de la relation médecin malade est exprimée plus souvent par les médecins ruraux que par leurs confrères urbains : Cinq des huit ruraux expriment cette difficulté pour cinq des quinze urbains.

De même elle est plus manifeste chez les médecins âgés de plus de 55 ans (huit sur treize) que chez les plus jeunes (deux sur dix). Il semble donc qu'on puisse interpréter cette difficulté plus dans le sens d'une relation médecin malade qui se complexifie avec le temps que de la crainte de perdre la patientèle. Voici l'avis d'un médecin rural âgé de plus de 55 ans :

« Cela dépend des parents, il y en a qui sont systématiquement opposés à toute campagne, ils ont l'impression d'être roulés dans la farine, donc ils veulent des antibiotiques sinon ils ne vont pas guérir, uniquement pour contredire. Et puis d'autres, qui écoutent, qui sont plus à l'écoute. »

Cette crainte est plus fréquemment exprimée chez les médecins connaissant

les recommandations que chez leurs confrères : elle est évoquée par cinq des neuf médecins connaissant les recommandations et par cinq des quatorze médecins ne les connaissant pas.

2.4.2.3 La surcharge de travail des médecins

Huit seulement des médecins interviewés évoquent la surcharge de travail et le manque de disponibilité comme une raison de prescription d'antibiotiques : manque de temps pour former le patient (trois médecins) ou négocier avec lui (deux médecins), manque de temps pour se former (deux médecins), manque de disponibilité pour revoir l'enfant (quatre médecins). Parmi eux trois déclarent prescrire systématiquement et cinq non

« Si j'éduque ma patientèle, j'en ai pour des années et je travaillerais 30 heures sur 24 heures .Cela fait partie de notre travail d'éduquer, mais ce n'est pas possible au quotidien. »

« Beaucoup de pathologies peuvent être soignées sans antibiotique si on voulait s'en donner le temps et les moyens, mais nous, en tant que médecins généralistes, **on n'a pas beaucoup de temps.** »

« Ca dépend de l'état du médecin, s'il en a marre de négocier, parfois, il peut être amené à prescrire, en se disant bon ..., parce que parfois c'est difficile de négocier tout le temps. Et puis ça dépend du nombre de personnes dans sa salle d'attente, de l'heure à laquelle il veut terminer, il n'en peut plus... Ils peuvent être

amenés à prescrire à cause de ça. »

« C'est vrai qu'il faudrait avoir le temps de lire les recommandations, de se mettre à jour, de faire une formation médicale continue adaptée aux nouvelles stratégies thérapeutiques des antibiotiques. »

« ...le téléphone pour dire : ben, effectivement, vous pouvez commencer à ce moment-là. Leur laisser le choix de rappeler. Mais c'est vrai que c'est une certaine disponibilité du médecin. »

Ainsi le manque de disponibilité des médecins que nous avons identifié comme lié à la prescription systématique n'est guère mentionné comme influençant la prescription d'antibiotique. On peut penser que les médecins ne perçoivent pas ce lien et/ou qu'il leur paraît peu valorisant de le considérer.

2.4.2.4 Défaut de surveillance

Le défaut de surveillance des enfants par les parents est évoqué par **huit** des vingt-trois interviewés comme un facteur important de la décision thérapeutique. Le défaut de surveillance est imputé soit à l'incompétence des parents qui sont jugés inaptes à surveiller leurs enfants (cinq médecins), soit au manque de disponibilité des parents qui ne pourront pas ramener l'enfant chez le médecin si cela est nécessaire (trois médecins), soit à l'impossibilité pour le médecin d'exercer lui-même la surveillance (six médecins).

Seulement deux des huit médecins prescrivant systématiquement des antibiotiques évoquent le problème de la surveillance, ils sont plus nombreux chez ceux qui n'en prescrivent pas systématiquement: six sur quinze.

Chez ces huit médecins soulevant le problème de la surveillance, seulement deux des onze travaillant en cabinet seuls. Tandis que parmi les douze médecins exerçant en cabinet de groupe, la moitié a évoqué le problème de surveillance.

D'autre part aucun des huit médecins installés en zone rurale n'a fait part du problème de la surveillance des enfants par les parents.

« Je pense qu'il y a des cas où on peut ne pas en prescrire, mais à condition qu'il y ait une surveillance très rapprochée et avec un entourage très cérébré ce qui est très proche de zéro »

« Sans le faire exprès, mais la mère ne prend pas conscience que quelque chose de supplémentaire arrive et boum »

« Des cas dangereux, c'est des cas surtout où on ne peut pas exercer la surveillance clinique soit parce que le médecin n'a pas la disponibilité pour le faire ou n'est pas structuré pour le faire, soit parce que la famille n'est pas en mesure d'apporter un certain nombre de garanties de surveillance et de ramener l'enfant en temps et en heure s'il y a un problème. »

« Si les gens s'en vont, partent en vacances, on sait qu'on ne pourra pas réévaluer l'enfant. Cela aussi, c'est peut-être un déterminant qui fera qu'on prescrira plus facilement. »

« Je le fais, parce que comme je n'ai pas de suivi le soir je ne sais pas ce que vont faire les enfants et les parents, quand c'est un week-end, j'ai peur qu'il arrive quelque chose »

2.4.2.5 Souci d'efficacité

Le souci d'efficacité a été souligné par **six interviewés**, dont cinq prescrivent systématiquement des antibiotiques. Il existe deux composantes: la possibilité d'une inefficacité du traitement symptomatique et donc une évolution défavorable de la maladie en l'absence d'antibiotique (cinq médecins), et, de façon liée, la crainte de voir revenir l'enfant, qui est parfois vécue par le médecin généraliste comme un échec de sa prise en charge avec perte de temps et d'argent pour les parents (trois médecins).

« Je le fais puisque quand on ne les prescrit pas de toute façon ils ne guérissent pas. »

« Alors, pourquoi antibiotique et bien puisqu'elles sont toujours bactériennes quand même et il y a comme un besoin de soulagement, assez rapide du gamin, donc a priori, c'est encore ce qui marche le mieux »

« Entre le médecin qui fait revenir quatre fois ses patients et celui qui les fait revenir une fois pour le même travail, ils ont tendance à choisir celui qui fait tout le travail en une fois c'est clair ! (...) mais il y a des gens qui voudraient tout avoir d'un coup pour des raisons de temps ou simplement des raisons financières et qui

voudraient que tout soit réglé la première fois. (...) Dans le système libéral, comme je vous le disais, il y aussi quelque part une obligation de résultat qui fait qu'on a besoin d'être crédible vis-à-vis de nos patients. Après, bon si on change de statut, on peut toujours discuter mais pour l'instant, dans le système libéral, il y a **obligation de résultat** »

2.4.2.6 Pression des parents

Six interviewés déclarent ressentir **une pression forte** des parents pour une prescription d'antibiotiques, pression liée à l'habitude des parents de recevoir des antibiotiques dans les cas d'otite (cinq médecins) et à l'angoisse des parents qui ont une représentation anxieuse de l'otite (un médecin). Cinq d'entre eux prescrivent les antibiotiques de façon systématique.

« L'otite est une maladie qui a une **représentation anxieuse** dans la population, à la différence de la rhinopharyngite ou même de la bronchite. L'otite est perçue comme une maladie potentiellement dangereuse, source de surdité si on n'intervient pas à temps. C'est la surdité qui fait peur. Ils ont des histoires d'otites mal soignées et qui ont conduit à des baisses d'audition. Donc il y a une pression assez importante de la part de la famille sur les antibiotiques, oui. »

« Elles s'attendent à en avoir. Si on leur dit qu'il y a une otite et qu'on ne les traite pas, elles ne vont pas comprendre. **Elles sont habituées à avoir des antibiotiques pour les otites.** »

Quatre médecins déclarent ne ressentir **aucune pression** de la part des

parents, trois d'entre eux prescrivent systématiquement des antibiotiques. **Treize autres médecins** déclarent entendre une demande plutôt qu'une pression de la part des parents, et que cette demande disparaît lorsqu'une explication est fournie. Ces treize médecins ne prescrivent pas d'antibiotiques de façon systématique.

« Dans la mesure où j'en donne de façon systématique la pression n'est pas très forte. Il y aurait, si je n'en donnais pas, il y aurait pression, oui, une pression légère. Mais ce n'est pas la raison principale qui me fait prescrire »

« Les jeunes médecins, de toute façon, refusent de les prescrire. Ça finit par rentrer dans les mœurs. (...) On remarque que si on s'astreint à donner beaucoup de conseils aux mamans, s'il y a beaucoup d'accompagnement, de discours, de réassurance et d'explications, petit à petit, on arrive à les éduquer et à faire en sorte qu'elles ne jurent pas que par les antibiotiques »

On peut conclure qu'une majorité de médecins prescrivant des antibiotiques de façon systématique ressentent une pression de la part des parents (cinq sur huit) qui explique au moins en partie la prescription d'antibiotiques. Les autres médecins prescripteurs d'antibiotiques n'en ressentent pas: ils prescrivent des antibiotiques par conviction et les parents n'ont donc pas à exercer de pression. Treize des quinze médecins prescrivant de façon non systématique ne ressentent pas de pression mais un besoin d'explication à fournir aux parents. Les médecins qui ont une prescription stéréotypée d'antibiotiques donnent donc une réponse assez tranchée, souvent parce qu'ils ressentent une demande forte des parents. Ceux qui ont une prescription d'antibiotique non systématique donnent une réponse plus nuancée et ressentent

cette pression des parents de façon moins forte, soit parce que leur patientèle est plus éduquée, prête à recevoir des messages et a moins l'habitude de recevoir des antibiotiques, soit parce que leur ressenti doit être considéré comme subjectif intégrant la vision qu'a le médecin des antibiotiques et la représentation qu'il se fait de la demande de ses patients.

« Je trouve que la demande des parents, de la mère ou du père, de temps en temps est très souvent liée à l'habitude des médecins. C'est-à-dire que si le médecin prescrit systématiquement des antibiotiques, on va avoir beaucoup de mal à lui dire que, pour un rhume, il ne faut pas d'antibiotiques. Alors déjà pour un rhume, on a du mal, c'est évident que, pour une otite moyenne aiguë, oui. Bien sûr. »

« Je suis à Levallois dans une région favorisée. qui entend bien le message du gouvernement sur les antibiotiques ce n'est pas systématique(...) Elles ont l'éducation de l'antibiotique ce n'est pas systématique en amont. Elles entendent qu'un virus, je leur dit franchement votre enfant a tous les signes d'une maladie virale, il a mal à l'oreille mais il a aussi une petite toux, les yeux un peu gonflé, nez qui coule c'est manifestement un virus. L'antibiotique ça ne marche pas sur les virus. Moi, je fais l'éducation à ce moment-là... Et elles en ont déjà bénéficié souvent. »

Modalités de la pression ressentie/ Caractéristiques et autres représentations et pratiques	Proportion des médecins ressentant une pression forte parmi ceux présentant cette caractéristique ou représentation	Proportion des médecins ne ressentant aucune pression parmi ceux présentant cette caractéristique ou représentation	Proportion des médecins ressentant une demande d'explication parmi ceux présentant cette caractéristique ou représentation
Prescription Systématique	5/6 (83%)	3/4 (75%)	0/13 (0%)
Plus de 25 actes/j	5/6 (83%)	1/4 (25%)	2/13 (15%)
Implantation Zone urbaine	3/6 (50%)	4/4 (100%)	8/13 (61%)
Agé de plus de 55 ans	4/6 (67%)	1/4 (25%)	8/13 (61%)
Installation groupe	3/6 (50%)	4/4 (100%)	5/13 (38%)
Participation à la faculté	2/6 (33%)	3/4 (75%)	5/13 (38%)
Anxiété	5/6 (83%)	4/4 (100%)	3/13 (23%)
Problème de surveillance	3/6 (50%)	1/4 (25%)	4/13 (30%)

Tableau 7 : Ressenti de la pression des parents par les médecins en fonction de leurs caractéristiques

La synthèse de ce tableau permet de souligner les éléments suivants :

Cinq des six médecins déclarant ressentir une pression forte des parents pratiquent plus de 25 actes par jour. Si l'on continue à s'intéresser à l'indicateur de disponibilité il est intéressant de noter aussi que parmi les quinze médecins réalisant moins d'actes, non seulement une pression forte est ressentie fort rarement mais trois médecins n'en ressentent aucune mais surtout onze entendent une demande d'explication ce qui leur offre sans doute des marges de manœuvres bien supérieures en matière de prescription.

L'anxiété des médecins paraît étroitement liée à un ressenti de la pression parentale : Seulement un des onze médecins n'exprimant pas d'anxiété déclare recevoir une pression de la part des parents alors qu'ils sont cinq des douze

médecins exprimant une anxiété. On peut également souligner que tous les médecins déclarant ne ressentir aucune pression de la part des parents ont évoqué le problème de l'anxiété durant l'entretien.

Les médecins ayant évoqué le problème de la surveillance sont proportionnellement légèrement plus nombreux à ressentir une pression de la part des parents que ceux ne l'ayant pas évoqué : ils sont trois des huit médecins ayant évoqué le problème de la surveillance à ressentir une pression parentale forte et trois des quinze médecins ne l'ayant pas évoqué. On peut entrevoir un profil de médecin plus anxieux pour qui la surveillance des enfants par leurs parents pose un problème plus important qu'à leurs confrères et qui ressentent la pression de la part des parents de manière plus pressante.

Les médecins sont proportionnellement légèrement plus nombreux en milieu rural à déclarer recevoir une pression de la part des familles qu'en milieux urbains : ils sont trois des huit ruraux et trois des quinze urbains. Tous les médecins déclarant ne ressentir aucune pression des parents sont installés en zone urbaine.

L'âge des médecins, leur mode d'installation et leur participation à l'activité de la faculté semblent peu influencer leur ressenti de la pression familiale : 4 des 13 médecins âgés de plus de 55 ans déclarent ressentir une pression forte des parents contre 2 sur 10 âgés de 55 ans et moins, 3 des 12 médecins installés en groupe déclarent ressentir une forte pression parentale contre 3 sur 11 pour ceux installés seuls et 2 des 10 médecins prenant part à l'activité de la faculté déclarent ressentir une pression forte contre 4 sur 13 pour ceux n'y participant pas.

2.4.2.7 Le manque de formation des médecins

Le manque de formation des médecins est évoqué par seulement **deux** d'entre eux, dont l'un prescrivant prudemment les antibiotiques, et l'autre plus systématiquement, comme un facteur décisif dans la décision de prescription d'antibiotiques. Ce manque de formation est imputable selon eux à la surcharge de travail et à l'âge du médecin : les médecins plus âgés ont reçu une formation moins adaptée à la médecine générale

« Pas de mise à jour non plus peut-être. Je dirais pas de formation adaptée ou de remise en question »

« Si le médecin a une formation en antibiothérapie ce n'est pas du tout la même chose que s'il n'a pas été formé. (...) Je pense que ceux qui ont été formés et qui sont peu nombreux, je pense que les médecins formés sur l'antibiothérapie, il n'y en a pas des tonnes si on prend toute la médecine générale, et ceux là ont transformé leur pratique, et moi je vois qu'après le séminaire c'est sûr que je pouvais expliquer quand est-ce qu'on prescrivait un antibiotique, c'est-à-dire pas souvent, alors qu'avant je faisais comme tous les médecins, je me disais quand est-ce que je n'en prescris pas. Bon la question pour un médecin qui n'a pas été formé c'est de se dire quand est-ce que je ne prescris pas d'antibiotique. »

« Ils travaillent, ils ont du boulot, ils n'ont pas le temps, pas très motivés. Mais je pense que c'est une culture. Bon ils ont du travail c'est vrai, ils essaient d'aller au plus simple, et puis un certain nombre d'entre eux n'imagine pas à quel point c'est important de se tenir à jour »

« Je pense aussi que les jeunes médecins, avec ce qu'on leur fait voir dans les études, dans leur cursus actuel, il est impensable que ces jeunes médecins aient la même attitude que les anciens médecins(...) Ces jeunes médecins vont être plus tard des médecins qui vont être au courant, qui vont se former régulièrement, qui vont avoir un esprit critique, (...) je pense en tout cas que leur discours serait différent d'un médecin plus ancien. (...) Les médecins qu'on était nous dans le temps on n'a pas été formés par des enseignants généralistes, on a été formés par des enseignants de différentes disciplines fondamentales qui pensaient qu'une fois qu'on connaissait l'infarctus et qu'on était capable de repérer les grandes maladies, en médecine générale ça devrait aller tranquille.»

2.4.2.8Automatismes prescriptifs

Deux médecins ont cité l'automatisme prescriptif comme facteur de prescription d'antibiotique. Il s'agit de deux médecins de moins de 55 ans, installés en milieu urbain et enseignant à la faculté. Ils ne sont pas systématiques dans leurs prescriptions d'antibiotiques.

« Ce qui est quand même très difficile, c'est quand on a des habitudes. Pendant des années, on a appris des traitements complètement différents, on a un mal fou, après, à changer notre attitude thérapeutique en se disant que peut-être qu'on ne fait pas si bien que ça. On veut se protéger, et **c'est difficile parfois de changer ses habitudes** et ses connaissances anciennes profondément ancrées. »

2.4.2.9 Isolement du médecin

L'isolement du médecin peut être un isolement géographique ou un isolement lié aux conditions d'exercice.

Un seul médecin, installé en zone urbaine, a évoqué l'isolement géographique comme une raison potentielle de prescription d'antibiotiques non par lui, mais par ses confrères. Aucun des médecins installé en zone semi-rurale ou rurale n'a suggéré que son isolement géographique jouait dans sa décision de prescription.

« Comme je suis à Paris, j'en profite, je balance le marmot à l'ORL pour qu'il se démerde avec son aspirateur. (...) Si jamais j'étais en pleine cambrousse, je pense que dans le doute, il m'arriverait de balancer des antibio. Ça dépend des conditions d'exercice »

L'isolement dû au mode d'installation, à l'exercice libéral de la médecine est un isolement plus psychologique : le médecin se sent seul dans la prise en charge de son patient, seul dans la responsabilité qu'il a de son patient. **Un médecin** a imputé la décision de prescription d'antibiotiques à l'isolement dans la prise de décision, qui est très lié à l'anxiété du médecin. Ce médecin est installé en cabinet de groupe, en zone urbaine et est âgé de plus de 55 ans.

« J'ai peur qu'il arrive quelque chose, donc je préfère ne pas prendre de risque, donc je traite par des antibiotiques(...) quand on est seul contre tous, c'est-à-dire le **généraliste, il est tout seul dans son cabinet**, il ne peut pas se cacher

derrière le super chef de clinique patati et patata. Cela change tout.»

2.4.3 Les alternatives à la prescription immédiate

Les médecins ne délivrant pas systématiquement de prescription d'antibiotiques semblent utiliser des stratégies pour sursoir à cette prescription : ordonnance à délivrance différée (quatre médecins), possibilité d'une visite de contrôle (neuf médecins), prescription d'homéopathie (un médecin), explication aux parents (treize médecins). Ces stratégies ont le double but de sécuriser le médecin et les parents.

Quatre médecins ont déclaré avoir recours à l'ordonnance avec prescription différée. Cette pratique est utilisée comme stratégie pour faciliter la négociation avec des parents très demandeurs (trois médecins), pour rassurer des parents anxieux (deux médecins), par souci d'efficacité du médecin afin d'épargner une seconde consultation aux parents (trois médecins) ou si une deuxième consultation est impossible du fait des congés du médecin (deux médecins).

« Les parents qui sont antibiotiques, ça coince un peu plus. Alors souvent moi je dis : bon, écoutez, vous attendez quarante-huit heures et puis après je vous laisse l'ordonnance et vous les prenez si vraiment vous voyez que... »

« Moi je donne souvent les ordonnances d'avance. Donc, pas forcément les faire revenir, mais c'est vrai qu'il faudrait les faire revenir si on n'a pas donné d'antibiotique et si la symptomatologie est encore actuelle après quarante-huit heures. J'avoue qu'en tant que parent, je n'apprécierais peut-être pas de devoir

passer chez le médecin tous les deux jours »

« Imaginons je décide de ne pas mettre sous antibiotiques, et si c'est la veille d'un week-end ou je sens les parents très angoissés, très souvent, je mets l'antibiotique à donner en faisant 48 heures de délai, donc ça rassure déjà beaucoup les parents. »

Neuf médecins déclarent ne pas prescrire d'antibiothérapie d'emblée en laissant la **possibilité d'une visite de contrôle à 48h**. Pour ces neuf médecins, cette pratique permet de rassurer le médecin qui pourra réévaluer ses prescriptions en fonction de l'évolution clinique du malade et les parents que la possibilité d'une visite de contrôle tranquillise.

« C'est vrai que je dis toujours aux parents, si ça ne passe pas de revenir qu'on revoie le tympan »

« Je leur explique que l'enfant a une otite, le tympan est rose, c'est probablement une virose, on peut faire une antibiothérapie retardée, je peux le revoir dans trois jours si ça va pas »

Treize des quinze médecins ne prescrivant pas systématiquement des antibiotiques déclarent arriver à sursoir à cette prescription grâce à **un effort d'explication vis-à-vis des parents**.

« Je crois qu'il faut expliquer aux gens; simplement; moi quand je ne donne

pas d'antibiotique et que les gens m'ont posé la question. Je vous dis, même quand ils ne me demandent pas, et quand ils ne m'en parlent pas, je leur dis d'ailleurs pourquoi souvent. Il suffit d'expliquer les choses aux gens »

L'importance de la symptomatologie est un déterminant de la prescription cité par tous les médecins. L'anxiété joue également un rôle décisif dans la prise de décision de prescription. La crainte du risque médico-légal s'avère nulle, la pression de l'industrie pharmaceutique faible. Le manque de disponibilité des médecins que nous avons pourtant repéré comme déterminant fort de la prescription systématique, est peu incriminé par les interviewés.

Le défaut de surveillance des enfants, le souci d'efficacité, le manque de formation des médecins ou les cas d'incertitude diagnostique, la difficulté de la relation médecin/malade, la pression des parents, l'isolement du médecin suscitent des réponses moins contrastées

A travers cette analyse on remarque que certains discours se ressemblent. Des groupes de médecins, présentant de nombreux points communs, se dessinent.

2.5 Typologie des représentations et des pratiques

A travers ces entretiens quatre groupes de médecins peuvent être distingués. Dans chacun des groupes, les profils en termes de caractéristiques « objectives », de représentations et de pratiques se ressemblent mais surtout la tonalité des discours est la même. Un exemple représentatif d'entretien avec un médecin appartenant à chacun des groupes que nous présenterons maintenant est fourni en annexe.

Notons que nous n'avons affecté que 19 des 23 médecins interviewés à un groupe. Les autres présentant des profils plus hybrides.

Dans les deux premiers groupes, la prescription n'est jamais systématique, dans les deux suivants, elle l'est au contraire.

2.5.1 Les rigoureux bien informés (ANNEXE 2)

Ces médecins semblent bien informés, respectueux des recommandations, disponibles et à l'aise dans la relation médecin/malade.

Il s'agit de **huit médecins** ne prescrivant pas d'antibiotiques de façon systématique, qui connaissent pour la majorité les recommandations et les respectent : six d'entre eux les connaissent (trois les ont même citées spontanément lors de l'entretien). Ils sont tous en accord avec les recommandations sur lesquelles ils appuient leurs pratiques. C'est une population de médecins souvent jeunes (cinq d'entre eux ont moins de 55 ans), installés en groupe (sept médecins) et en milieu urbain (sept médecins), disponibles (sept médecins effectuent moins de 25 actes par

jour) qui participent à l'activité de la faculté (six médecins). Ils évoquent le problème de la surveillance (cinq médecins) et déclarent recevoir une demande d'information sur les antibiotiques plutôt qu'une pression de la part des parents, une explication leur paraît alors nécessaire (six médecins). Aucun n'a exprimé un souci d'efficacité. Ces médecins reçoivent peu les visiteurs médicaux (cinq ne les reçoivent pas), les deux médecins qui estiment que l'information délivrée par ces visiteurs est délétère en termes de santé publique appartiennent à ce groupe. L'ensemble d'entre eux déclare ressentir parfois un doute dans le diagnostic de l'otite mais ils y répondent de façon diverse. Un des deux médecins ayant évoqué le problème de la formation des médecins appartient à ce groupe.

Médecins / Caractéristiques	Prescription Systématique	Accepte Recommandations	Pression parents	Surveillance	Anxiété Complications	Age	Installation Groupe	<25 Patients /j	urbains	Faculté
Médecin a-1	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	<55	Oui	Non	Oui	Oui
Médecin a-2	Non	Oui	Oui	Non	Non	<55	Oui	Oui	Non	Non
Médecin a-3	Non	Oui	Non	Oui	Oui	<55	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin a-4	Non	Oui	Oui	Oui	Non	<55	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin a-5	Non	Oui	Non	Non	Oui	<55	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin a-6	Non	Oui	Oui	Non	Non	55 et +	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin a-7	Non	Oui	Oui	Oui	Non	55 et +	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin a-8	Non	Oui	Oui	Oui	Non	55 et +	Non	oui	Oui	Non

Tableau 8 : caractéristiques des médecins appartenant au groupe des rigoureux bien informés

2.5.2 Les expérimentés confiants (ANNEXE 3)

Ces médecins s'appuient avant tout sur la confiance qu'ils ont en leur grande expérience pour réaliser des prescriptions mesurées et gérer la relation médecin/malade

C'est un groupe de **quatre médecins** âgés de plus de 55 ans qui prescrivent de façon non systématique des antibiotiques et s'appuient sur leur expérience pratique pour leur prise de décision. Ils ne connaissent pas les recommandations mais, après information, sont en accord avec leur contenu. Ces médecins sont installés en cabinet seuls, majoritairement en zone rurale (trois médecins) et pratiquent plus de 25 actes par jour pour la moitié d'entre eux. Ils ne participent pas à l'activité de la faculté. Aucun d'entre eux n'a évoqué le problème de la surveillance ni l'anxiété du médecin ou la crainte des complications. Ils déclarent tous subir peu de pression de la part des parents ; celle-ci disparaît selon eux après une explication du médecin. Ils évoquent peu le problème de la surcharge de travail (un seul y fait référence), et affirment pouvoir rencontrer un doute diagnostique (trois médecins). Ces médecins reçoivent les visiteurs médicaux (trois médecins)

Médecins/ Caractéristiques	Prescription Systématique	Accepte Recommandations.	Pression parents	Surveillance	Anxiété	A G E	Installation groupe	<25 Patients /j	ur ba in	Fac ulté
Médecin b-1	Non	Oui	Peu	Non	Non	5 5 et +	Non	Non	N o n	Non
Médecin b-2	Non	Oui	Non	Non	Non	5 5 et +	Non	Non	O u i	Non
Médecin b-3	Non	Oui	Peu	Non	Non	5 5 et +	Non	Oui	N o n	Non
Médecin b-4	Non	Oui	Peu	Non	Non	5 5 et +	Non	oui	n o n	Non

Tableau 9 : caractéristiques des médecins appartenant au groupe des expérimentés confiants

2.5.3 Les prescripteurs anxieux (ANNEXE 4)

L'anxiété caractérise, en tant que dimension personnelle plus que situationnelle, ce groupe de médecins très prescripteurs.

Ces **cinq médecins** prescrivent en effet des antibiotiques de façon systématique en grande partie du fait de leur anxiété. Ils ne se fient guère aux recommandations qui ne leur semblent pas adaptées au risque de complications pour quatre d'entre eux. Les catégories des moins de 55 ans (deux médecins) et des ruraux (deux médecins) sont représentées de façon comparable au reste de l'échantillon et ils sont installés de façon équivalente en groupe ou seuls. Il faut souligner que seulement l'un d'entre

eux participe à l'activité de la faculté mais qu'ils pratiquent de façon comparable plus ou moins de 25 actes par jour (deux exercent plus de 25 actes par jour et trois 25 ou moins). Deux de ces médecins pensent prescrire trop d'antibiotiques, et semblent effectuer ces prescriptions dans un climat de culpabilité. On retrouve dans ce groupe le seul médecin ayant cité la solitude du médecin face à la responsabilité de la prise en charge du patient. Ces médecins ressentent une forte pression de la part des parents pour la prescription d'antibiotiques (trois des six médecins ressentant une pression appartiennent à ce groupe) et évoquent la difficulté de la relation médecin malade (trois médecins), la crainte de déplaire (trois médecins) et le risque de fuite de la patientèle (deux médecins). Ils citent peu le problème de la surveillance (un médecin), aucun d'entre eux n'a évoqué le problème de la disponibilité du médecin, ils reçoivent les visiteurs médicaux (quatre médecins).

Médecins / Caractéristiques	Prescription systématique	Accepte Recommandations.	Pression Parents	Surveillance	Anxiété	Age	Installation groupe	<25 Patients /j	Urbain	Faculté
Médecin c-1	Oui	Oui	Non	Non	Oui	<55	Oui	Oui	Oui	Non
Médecin c-2	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	55 et +	Oui	Non	Oui	Non
Médecin c-3	Oui	Non	Oui	Non	Oui	55 et +	Non	Non	Non	Non
Médecin c-4	Oui	Non	Non	Non	Oui	<55	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin c-5	Oui	Non	Oui	Non	Oui	55 et +	non	Oui	Non	Non

Tableau 10 : caractéristiques des médecins appartenant au groupe des prescripteurs anxieux

2.5.4 Les réfractaires avertis (ANNEXE 5)

Il s'agit de **deux médecins** connaissant bien les recommandations et qui déclarent prescrire systématiquement des antibiotiques en dehors de ces recommandations. Ce sont des médecins bien formés, ayant appartenu à un groupe d'élaboration de recommandations ou connaissant un proche y appartenant mais qui s'opposent fortement aux recommandations. L'un d'eux considère même le principe des recommandations comme dangereux. Ils participent à l'activité de la faculté, sont âgés de plus de 55 ans, et s'appuient sur d'autres références qu'ils estiment plus appropriées. Ils sont installés en ville, en cabinet de groupe et pratiquent plus de 25 actes par jour. Ils évoquent le problème de la surcharge de travail des médecins. Ils ne font part ni de difficultés dans la relation médecin malade ni d'un risque de fuite de la patientèle.

Médecins / caractéristiques	Prescription Systématique	Accepte Recommandations	Pression parents	Surveillance	Anxiété	Age	Installation groupe	<25 Patients /j	urbain	Faculté
Médecin d-1	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	55 et +	Oui	Non	Oui	Oui
Médecin d-2	Oui	Non	Non	Non	Oui	55 et +	Oui	Non	oui	Oui

Tableau 11 : caractéristiques des médecins appartenant au groupe des réfractaires avertis

3 Discussion

Notre recherche exploratoire comporte certaines limites qui pourraient être dépassées par des études ultérieures (3.1). Cependant les résultats obtenus permettent déjà un retour sur la littérature et les hypothèses que nous avons formulées au début, une réflexion sur les études à mener, ainsi que l'esquisse de nouvelles voies pour améliorer les pratiques de prescriptions d'antibiotiques dans le cas de l'OMA de l'enfant de plus de deux ans (3.2), voies auxquelles nous consacrerons notre conclusion

3.1 Rappel des principales limites

La limite principale de notre étude empirique est sans doute le nombre de vingt-trois interviewés rendant impossible des analyses statistiques significatives.

Par ailleurs notre étude est centrée sur les représentations des médecins généralistes, nous n'avons pas mené d'enquête sur leurs pratiques effectives. Ensuite, notre manque de formation en matière d'entretien a limité l'orientation non directive des entretiens et donc l'accès à des représentations complexes et souvent ambivalentes

Enfin cette recherche empirique ayant été menée par un seul individu, l'analyse de contenu et la construction d'une typologie des médecins n'ont pu bénéficier d'une confrontation des catégorisations qui permet une meilleure validation en garantissant la fidélité inter-juges.

Nous pensons qu'étant donné le problème de santé publique posé par la sur-prescription d'antibiotiques, notre étude exploratoire mériterait d'être développée et complétée pour mieux fonder des stratégies destinées à réduire la sur-prescription.

3.2 Discussion des résultats et comparaison avec les données de la littérature

3.2.1 Pratiques des médecins

La majorité des médecins estime que le traitement de l'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de deux ans en ambulatoire ne nécessite pas d'antibiothérapie en première intention. et déclare ne pas prescrire systématiquement des antibiotiques. Il faut cependant se souvenir de l'enquête de Vernacchio L. et al dans *Pediatr. Infect. Dis. J* [39-40] ainsi que de Jensen PM Lous J. [41] et de la distorsion entre les pratiques déclarées des médecins et celles que l'on peut constater. D'autant que parmi les médecins qui ne prescrivent pas systématiquement, nombreux, dans notre échantillon, avouent le faire trop, sur un mode culpabilisé.

En effet la première équipe avait mené deux enquêtes en 2004 et 2006 : lors des 2 enquêtes la majorité des médecins avaient déclaré lors d'un questionnaire l'attitude expectative comme acceptable (88% en 2004 et 83 % en 2006) mais une minorité d'entre eux la mettait en œuvre (10% en 2004 , 15% en 2006) . Dans la deuxième étude visant à comparer les pratiques déclarées lors d'un questionnaire et les pratiques effectives établies à partir de l'étude de dossier chez des médecins généralistes danois, 51% déclarent donner des antibiotiques dans les OMA lors du questionnaire, ils sont en fait 74 % à en avoir effectivement prescrit lors de l'étude de dossier. On peut donc penser que, dans nos résultats, la prescription systématique est sous-estimée

3.2.2 Attitudes face aux recommandations

Dans notre enquête, la plupart des médecins généralistes ne connaissent pas les recommandations de l'AFFSAPS 2005 sur l'otite moyenne aiguë mais ceci

influence peu leur mode de prescription. L'installation en groupe est le principal facteur déterminant du fait que les médecins connaissent les recommandations. Une fois que celles-ci sont résumées, et que tous connaissent donc l'essentiel des recommandations, les médecins se partagent en deux groupes comparables : ceux qui ont un avis positif et ceux qui au contraire ne leur font guère confiance. Un travail sur les recommandations, en particulier sur la conduite à tenir face aux otites récidivantes semblerait s'imposer, mais le faible poids apparent de ces recommandations dans la décision de prescrire vient modérer cette préconisation.

Ces résultats sont à comparer à ceux de l'équipe de Vernacchio L. et al dans *Pediatr. Infect. Dis. J* [39-40]. Contrairement à nos résultats, une majorité des pédiatres américains interrogés connaissait les recommandations (90.5%). Cependant ces chiffres ne sont pas strictement comparables aux nôtres du fait de la méthodologie : ils sont le résultat de réponses de médecins à un questionnaire et non d'entretiens. Par contre les conclusions de cette étude rejoignent les nôtres quand au faible poids des recommandations : elle ne montrait pas d'évolution des pratiques des pédiatres après la parution des recommandations.

Ceci ne plaiderait pas en faveur d'actions visant à réduire la sur-prescription qui s'appuieraient prioritairement sur les recommandations. Il faut cependant noter que lorsque les préconisations sont peu ambiguës et anciennes, comme c'est le cas aux Pays Bas elles semblent bien contribuer à une réduction de la sur-prescription.

3.2.3 Les raisons de prescrire

Trois variables semblent déterminer la sur-prescription.

La première est objective : il s'agit d'un certain manque de disponibilité des généralistes qui pratiquent plus de 25 consultations par jour. Cependant cet élément ne paraît pas perçu comme prégnant par les médecins qui le mentionnent peu

comme frein à l'abstention. Ce manque de temps et la fatigue des médecins ont été également mis en évidence par l'étude PAAIR 1 [47] comme un facteur important dans l'évolution défavorable de l'incident critique, donc la prescription d'antibiotiques. Il s'agit donc bien d'une variable qui mériterait des investigations supplémentaires dans une étude portant sur un large échantillon de médecins généralistes et ayant les moyens de recueillir des données plus objectives sur la disponibilité des médecins comme sur leurs pratiques de prescription.

Les deuxième et troisième variables, par contre, sont subjectives : il s'agit de l'anxiété de médecins qui craignent des complications et de la sévérité perçue des symptômes. L'anxiété du médecin n'a, nous semble-t-il, pas été prise en compte par la littérature. Ce n'est pas le cas de la sévérité des symptômes qui est unanimement reconnue par les interviewés comme un facteur clé dans la prise de décision d'introduction d'antibiotiques. Rappelons d'une part que les recommandations reconnaissent le rôle déterminant de la sévérité des symptômes dans la nécessité d'introduction d'antibiotiques. Dans la littérature, l'étude PAAIR a démontré le rôle clé de l'état général du patient et de son état de fatigue dans la prise de décision du médecin de prescription d'antibiotiques. Même si la terminologie est différente, l'état général est à rapprocher de la sévérité des symptômes car l'altération de l'état général est un signe de sévérité clinique. Bien qu'il s'agisse d'étiologies différentes (dans l'étude PAAIR les affections respiratoires sont présumées d'origine virale), ces résultats appuient notre hypothèse que la sévérité de l'état clinique du patient est un facteur clé de la décision d'introduction d'antibiotiques. Reste sans doute à préciser dans ce cadre le statut de la répétition des otites qui est apparue dans notre enquête comme un critère de gravité perçue de l'otite et a été peu étudiée dans la littérature.

Notre enquête montre un faible poids de l'industrie pharmaceutique et une

part nulle de la perception du risque médico-légal qui n'ont à notre connaissance pas été étudiés dans la littérature mais ne semblent pas, dans le cas de l'OMA, nécessiter des investigations approfondies.

D'autres raisons de prescrire provoquent des réponses plus contrastées : le doute diagnostique, le problème de la relation médecin malade et la crainte de déplaire, le défaut de surveillance, le souci d'efficacité, la pression des parents, le manque de formation du médecin, les automatismes prescriptifs et l'isolement du médecin ne figurent pas non plus dans les représentations majoritaires comme un déterminant fort de la prescription.

Le problème du doute diagnostique, reconnu par la majorité des médecins interrogés, n'aboutit pas systématiquement à la prescription d'antibiotiques. L'étude PAAIR 1 a démontré de façon statistiquement significative que la certitude diagnostique diminuait la prescription d'antibiotique dans les affections respiratoires présumées virales, mais ici également la différence du sujet de l'étude ne nous permet pas de comparer strictement les résultats. De plus la notion de doute diagnostique n'est pas exactement la même dans l'étude PAAIR 1 et dans la notre : dans l'étude PAAIR 1 il s'agit du doute sur l'étiologie virale de l'affection respiratoire, dans la notre il s'agit du doute sur le diagnostic d'otite moyenne aiguë, ce qui explique que l'étude PAAIR 1 ne retrouve pas de pratique différenciée face au doute diagnostique. Nous verrons plus loin que les stratégies utilisées par une partie des médecins de notre échantillon, comme par ceux de l'étude PAAIR, pour différer la prescription d'antibiotique, mériteraient probablement une meilleure diffusion.

Le souci d'efficacité, l'automatisme prescriptif et l'isolement du médecin qui apparaissent dans notre échantillon comme des raisons peu invoquées de sur-prescription, elles, ne semblent pas avoir été étudiées dans la littérature et ne

semblent pas mériter une attention prioritaire. .

L'importance de la symptomatologie, la surcharge de travail et l'anxiété du médecin apparaissent par contre comme des déterminants forts d'une surprescription vécue sur le mode de la culpabilité. Ils seront au centre de notre conclusion qui tentera d'indiquer des voies permettant de dépasser ces freins à une diminution des prescriptions d'antibiotique dans le cas de l'OMA des enfants de plus de 2 ans. Mais en analysant le contenu de nos entretiens nous avons repéré, de manière d'abord intuitive, en essayant par la suite d'étayer ces intuitions, des différenciations entre plusieurs types de médecins qui ne nécessiteraient ni le même niveau, ni les mêmes modalités d'intervention en matière d'aide à la diminution de la prescription d'antibiotiques. Nous rappellerons maintenant les résultats que nous avons obtenus pour tenter de cibler les groupes qui devraient faire l'objet de stratégies spécifiques.

3.2.4 Typologie des représentations et des pratiques

Il nous semble que l'action permettant de progresser face à ce problème de santé publique nécessite des mesures plus ciblées, prenant en compte les profils différenciés de médecins que nous avons identifiés et qu'il faudrait valider.

Nous avons pu dégager quatre profils de médecins dont les pratiques, les caractéristiques intrinsèques mais surtout les représentations, la tonalité du discours se ressemblent.

Le premier groupe est composé de médecins peu prescripteurs bien formés, jeunes, installés en milieux urbains et en groupe, disponibles, à l'aise dans la relation médecin malade, qui connaissent les recommandations et les appliquent. Ce groupe ne nécessite à notre avis pas d'action particulière. Des recommandations plus claires

seraient cependant susceptibles de les aider.

Le deuxième groupe est également composé de médecins peu prescripteurs mais qui s'appuient sur leur grande expérience et sur la qualité de leur relation médecin/malade pour appuyer leurs pratiques : il s'agit de médecins plus âgés, installés seuls en zone rurale et semi-rurale, connaissant peu les recommandations mais en accord avec leur contenu. Ces médecins non plus ne semblent pas devoir être ciblés par des actions spécifiques.

Le troisième groupe est formé de médecins très prescripteurs dont l'anxiété semble le facteur guidant leur prise de décision et dont la relation médecin malade semble plus problématique. C'est probablement ce troisième groupe qui devrait constituer la cible des actions visant à diminuer la prescription d'antibiotiques dans l'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de deux ans. Nous y reviendrons.

Enfin le quatrième groupe est constitué de médecins très prescripteurs, qui connaissent les recommandations et s'y opposent. Ces médecins sont fort minoritaires dans notre échantillon. Il ne semble guère facile de faire évoluer les représentations de cette population et serait-ce d'ailleurs souhaitable ?

Les médecins nous ont indiqué quelle stratégie ils utilisaient pour moins prescrire, c'est peut-être le partage de ces stratégies, comme le montre, pour une autre indication, l'étude PAAIR, qui permettrait le mieux de dépasser ces freins à l'abstention thérapeutique.

A partir de l'étude de la littérature, et des résultats de notre recherche exploratoire, donc sous réserve d'une étude empirique vérificatrice centrée à la fois sur les pratiques concrètes des médecins et leurs représentations, quelles pourraient être les préconisations permettant de lever les freins à l'abstention ?

D CONCLUSION

La prescription d'antibiotiques et l'émergence de bactériorésistance est un problème essentiel de santé publique. Chez l'enfant de moins de 5 ans, l'otite moyenne aiguë est la première cause de consultation pour infection et conduit très largement à la prescription d'antibiotiques. Pourtant les recommandations ne préconisent pas de prescription systématique d'antibiotiques chez l'enfant de plus de deux ans.

L'analyse de la littérature montre que si la prescription d'antibiotiques dans l'OMA a fait l'objet de nombreuses études, les causes de ces prescriptions et les représentations qui les sous-tendent restent très peu étudiées.

Nous avons donc interrogé vingt trois médecins sur leurs pratiques grâce à des entretiens semi-directifs afin de mieux analyser les freins à l'abstention thérapeutique chez l'enfant de plus de deux ans.

Les principaux résultats qui peuvent être tirés de notre recherche empirique exploratoire sont les suivants.

D'abord, les pratiques déclarées de prescription systématique sont très minoritaires dans notre échantillon, un tiers environ (8/23) affirmant s'y livrer. Par contre, la grande majorité des répondants (17/23) pense, sur un mode culpabilisé, trop prescrire.

Les raisons avancées à cette sur-prescription, qu'elles soient revendiquées directement par nos répondants ou attribuées par eux à leurs collègues, sont diverses. Unanimement, la sévérité des symptômes est considérée comme impliquant un traitement antibiotique. L'anxiété face aux complications constitue aussi un motif avancé par une majorité de médecins (12/23). D'autres raisons sont

invoquées par de nombreux médecins de notre échantillon, en particulier le doute diagnostique ou la difficulté des relations avec les patients ou même la pression des parents par respectivement 13, 10, 6 médecins. Mais ces raisons ne conduisent pas aux mêmes attitudes face à la prescription, elles peuvent entraîner autant la prescription que l'abstention en première intention. **Il faut souligner que la surcharge de travail est assez rarement mise en avant comme une raison de sur-prescription (8/23) alors qu'elle apparaît comme le principal déterminant « objectif » de la prescription systématique** déclarée si l'on se fie à l'indicateur du nombre de consultations par jour que nous avons utilisé pour estimer la disponibilité. **Le rôle des visiteurs médicaux comme celui du risque juridique sont quasi unanimement écartés comme jouant un rôle dans la sur-prescription.**

La majorité des médecins interrogés ne connaît pas les recommandations (14/23), mais la connaissance des recommandations ne semble guère influencer la prescription : parmi les 9 médecins qui les connaissent, la proportion de ceux prescrivant de manière systématique est à peu près la même (environ 1/3) que parmi ceux qui ne les connaissent pas. Les attitudes face aux recommandations restent partagées ; une fois l'ensemble des interviewés informé sur leur contenu, 9 formulent un avis positif (dont l'un seulement prescrit systématiquement), 14 les jugent inapplicables (dont la moitié prescrit systématiquement).

Pour mieux réfléchir sur les possibilités d'agir pour diminuer la sur-prescription nous avons construit une **typologie des médecins** et distingué quatre groupes partageant des caractéristiques mais surtout des pratiques et des représentations communes : Les rigoureux bien informés ; Les expérimentés confiants ; les réfractaires avertis et les prescripteurs anxieux qui doivent être ciblés à notre avis de manière prioritaire pour diminuer la prescription antibiotique.

A partir de nos résultats, quelles suggestions pouvons-nous avancer pour faciliter la levée des freins à l'abstention thérapeutique ?

Les résultats de notre enquête nous ont amenée à proposer trois axes de réflexions dont l'étude pourrait améliorer la prise en charge des otites moyennes aiguës chez l'enfant de plus de deux ans : la clarification des recommandations (1), l'amélioration de la formation des médecins et surtout la construction de supports facilitant l'abstention thérapeutique (2) et la réflexion autour de la surcharge de travail des médecins généralistes (3).

1 Clarification des recommandations

Notre travail suggère que les recommandations sont peu connues des médecins généralistes et qu'elles influencent peu leurs pratiques. Cependant l'étude de la littérature révèle un certain flou et ambiguïté de ces recommandations. Les Pays Bas qui ont les recommandations les plus tranchées en faveur d'une abstention thérapeutique ont le plus faible taux de prescription d'antibiotique.

La gravité des symptômes et l'anxiété du médecin due à une peur de complications sont des déterminants importants de la prise de décision d'introduction d'antibiotiques. L'élaboration de recommandations plus claires en faveur d'une abstention thérapeutique pourrait constituer un support sur lequel les médecins pourraient mieux appuyer leur choix, diminuant ainsi leur anxiété. Cette intervention pourrait être particulièrement utile au groupe de médecin définis comme celui des « prescripteurs anxieux » et dans une moindre mesure à celui des « rigoureux bien informés ». Cependant on court le risque d'obtenir des recommandations plus catégoriques et donc moins adaptables, trop dogmatiques pour être applicables.

Par ailleurs, certains médecins ont évoqué une méfiance sur le principe même des recommandations et de leur finalité. On peut donc suggérer une évolution de la constitution des comités de rédaction afin d'y inclure plus de médecins généralistes.

2 Amélioration de la formation et nouveaux supports d'information

Notre étude ne montre pas de rôle important de la formation des médecins : le problème du manque de formation des médecins n'a été soulevé que par deux d'entre eux et les pratiques des médecins participant à une activité d'enseignement à la faculté et ceux n'y prenant pas part sont comparables.

Cependant les résultats de l'étude PAAIR II sont en faveur d'une responsabilité déterminante du manque de formation des médecins dans la prescription d'antibiotiques pour les infections respiratoires présumées virales. En effet on constatait une prescription nettement moindre d'antibiotiques des médecins appartenant au groupe ayant reçu une formation par rapport à celui n'en ayant pas reçu et au sein du groupe ayant reçu cette formation on notait une prescription plus faible d'antibiotiques par les médecins ayant reçu la formation la plus approfondie. Il serait intéressant de répéter cette enquête pour l'indication d'otite moyenne aiguë

La nature de cette formation est intéressante à étudier. En effet, la « formation afssaps » seule (séminaire interactif fondé sur les recommandations nationales) reçue par le premier bras du groupe intervention de l'étude PAAIR II permet de diminuer la prescription d'antibiotiques de façon limitée par rapport au bras ayant reçu en plus une formation complémentaire à partir des données de PAAIR I. Or L'étude PAAIR I est partie de l'hypothèse que les médecins développent par leur expérience des connaissances et stratégies pour faire face aux situations complexes

et a tenté d'analyser ces processus individuels afin d'élaborer des stratégies valides. C'est l'utilisation de ces stratégies qui permettra de limiter les prescriptions d'antibiotiques. Les formations, les recommandations, mais peut-être surtout des campagnes d'informations ciblées sur l'OMA pourraient se révéler efficaces. Il serait ainsi intéressant de tester l'efficacité de supports (sous forme d'affichettes et de petits livrets par exemple), s'adressant aux patients pour venir soutenir les stratégies expectatives des médecins. Ces supports pourraient fournir des explications simples sur les dangers de la sur-utilisation des antibiotiques dans le cas d'OMA et proposer de « ne jamais commencer par des antibiotiques » sauf dans des situations bien spécifiées. Sous formes d'affichettes dans les cabinets et de livrets illustrés distribués aux patients puis commentés par le médecin, ces supports pourraient venir soutenir l'effort de médecins qui prescrivent des antibiotiques sur un mode culpabilisé. Cette solution devrait être expérimentée avant d'être diffusée à l'ensemble des généralistes après une consultation assez large de ces mêmes généralistes de manière à obtenir une meilleure sensibilisation des médecins aux « recommandations » auxquelles ils auraient été selon de nouvelles modalités associés. Cette solution aurait l'avantage d'inviter les médecins à l'explication, à proposer d'autres traitements, ou un rendez-vous au cabinet ou par téléphone ou bien encore une ordonnance différée pour différer justement la prescription d'antibiotique. Elle présenterait l'avantage aussi d'économiser un temps précieux pour des médecins souvent surchargés.

3 Le problème de la disponibilité du médecin et de sa charge de travail

Notre recherche soulève en effet le problème de la surcharge de travail et du manque de disponibilité des médecins : manque de temps pour former le patient ou négocier avec lui, manque de temps pour se former, manque de disponibilité pour revoir l'enfant. Ce problème de manque de temps est lié à la diminution du temps de consultation et à l'augmentation du nombre d'acte.

La première explication que l'on peut avancer à l'augmentation du nombre d'actes est l'augmentation du nombre de patients par médecin, lié à une diminution du nombre de médecins généralistes (.Rapport de la DREES, février 2009). Cette diminution s'explique par la réduction du nombre de médecins formés du fait du *numerus clausus*, par les départs des médecins en retraite et par le retard des médecins généralistes à l'installation. Ce recul de l'âge d'installation peut s'expliquer par la surcharge de travail elle-même qui décourage les jeunes médecins généralistes dans leur projet d'installation ainsi que par les charges financières.

Une autre explication de la hausse du nombre de consultation est une demande de soins accrue exprimée par une population vieillissante.

On peut également évoquer le système de paiement à l'acte qui valorise le nombre de consultations par rapport à la durée de la consultation.

Le problème de la surcharge de travail des médecins généralistes est préoccupant car il nuit à la qualité de travail et donc de prise en charge, et peut être à l'origine d'un mal-être au travail chez des médecins généralistes libéraux qui ne bénéficient ni de prise en charge ni de suivi par les médecins du travail.

Au cours de notre enquête, nous avons essayé d'identifier les freins à la non prescription d'antibiotiques. Il s'agit d'une étude exploratoire qui nécessite une étude vérificatrice, comportant notamment l'étude des pratiques effectives des médecins. Mais pour induire un changement, il faut créer des modèles d'intervention qui font toujours référence à un travail sur les représentations. Cette approche ne peut se réaliser sans la prise de conscience et l'analyse des difficultés.

Notre étude montre la difficulté pour le médecin généraliste de concilier les recommandations scientifiques, ses convictions et représentations personnelles, son expérience, les exigences du patient (ou tout du moins la représentation que le médecin s'en fait) et les contraintes de l'exercice professionnel. C'est toute la complexité, l'enjeu et la richesse de la médecine générale.

E BIBLIOGRAPHIE

- 1- Teele DW, Klein JO, Rosner B. The Greater Boston Otitis Media Study Group, Middle ear disease and the practice of pediatrics: burden during the first 5 years of life. *JAMA* 1983 ;249:1026-9.
- 2- Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in greater Boston : a prospective, cohort study. *J Infect Dis* 1989; 160:83-94.
- 3- Centers for Disease Control and Prevention. Pneumococcal Disease. In: Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases: "The Pink Book". 10th ed.;2007.p.257-70.
- 4 Vergison A. *Vaccine* 2008 Dec 23; 26 Suppl 7: G5-10. Review.
- 5 Arguedas A, Lefebvre C, Dean C, Maudrich J, Vercruyse S. Paediatricians' awareness of and attitudes about otitis media: results of a multinational survey. Presented at 25th International Congress of Pediatrics, 25-30 August, Athens, Greece, 2007.
- 6 Froom J, Culpepper L, Jacobs M, DeMelker RA, Green LA, Van Buchem L, Grob P, Hereen T. Antimicrobials for acute otitis media? A review from the International Primary Care Network. *BMJ*. 1997 Jul 12;315(7100):98-102.
- 7 Offredo P, Gehanno P, Berche P. Epidémiologie de la flore nasopharyngée au cours des otites moyennes aiguës de l'enfant, de décembre 2000 à mars 2001. *Med Mal Infect* 2003 ;33 :93-103.
- 8 Pilly E. *Maladies infectieuses et tropicales* 2008; 157.
- 9 Berche P, Gehanno P, Duval F, Lenoir G. Epidémiologie bactérienne des otites moyennes aiguës de l'enfant en France en 1993. *Lettre Infectiol* 1994 ;9(suppl18) :11_22.
- 10 Conférence de consensus en thérapeutique anti- infectieuse de la SPILF. Lyon 1996 : « les infections ORL ».Quelle prise en charge pour l'otite moyenne aiguë. *Med Mal Infect* 1996 ; T26 :336-8 ;344-8.
- 11 BEH n°01 (3 janvier 2006).
- 12 Varon E, Gutmann L. Rapport d'activité 2003. Epidémiologie 2002. Centre National de Référence des Pneumocoques. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire 2003. Disponible sur www.invs.sante.fr.
- 13 Yamanaka N, Hotomi M, Billal DS. *J Infect Chemother*. 2008 Jun;14(3):180-7.

Epub 2008 Jun 24. Review.

- 14 AFSSAPS. (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes. Octobre 2005 .
- 15 Bulut Y, Güven M, Otlu B, Yenisehirli G, Aladag I, Eyibilen A, Dogru S. Acute otitis media and respiratory viruses. *Eur J Pediatr* 2007;166:223-228.
- 16 Rovers MM, Schilder AG, Rosenfeld RM. Otitis media. *Lancet* 2004 ; 363 :465-73.
- 17 Marcy M, Takata G, Shekelle P, et al. Management of acute otitis media: evidence report/technology assessment no. 15 (prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under contract no. 290-97-0001). AHRQ Publication No. 01-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.
- 18 Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 2002.
- 19 Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, et al. Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: meta-analysis of 5400 children from thirty-three randomized trials. *J Pediatr* 1994; 124:355–67.
- 20 Spiro DM, Arnold DH. The concept of a wait-and-see approach to acute otitis media. *Curr Opin Pediatr* 2008;20:72-78.
- 21 Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, Gaboury I, Little P, Hoes AW. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006 Oct 21;368(9545):1429-35. Review.
- 22 Appelman CL, Claessen JQ, Touw-Otten FW, Hordijk GJ, de Melker RA. Co-amoxiclav in recurrent acute otitis media: placebo controlled study. *BMJ* 1991; 303: 1450–52.
- 23 Burke P, Bain J, Robinson D, Dunleavey J. Acute red ear in children: controlled trial of non-antibiotic treatment in general practice. *BMJ* 1991; 303: 558–62.
- 24 Damoiseaux RA, van Balen FA, Hoes AW, Verheij TJ, de Melker RA. Primary care based randomised, double blind trial of amoxicillin versus placebo for acute otitis media in children aged under 2 years. *BMJ* 2000; 320: 350–54.
- 25 Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavey J. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001; 322:336–42.

- 26 Le Saux N, Gaboury I, Baird M, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled noninferiority trial of amoxicillin for clinically diagnosed acute otitis media in children 6 months to 5 years of age. *Can Med Assoc J* 2005; 172: 335–41.
- 27 McCormick DP, Chonmaitree T, Pittman C, et al. Nonsevere acute otitis media: a clinical trial comparing outcomes of watchful waiting versus immediate antibiotic treatment. *Pediatrics* 2005;115: 1455–65.
- 28 Vouloumanou EK, Karageorgopoulos DE, Kazantzi MS, Kapaskelis AM, Falagas ME. Antibiotics versus placebo or watchful waiting for acute otitis media: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Antimicrob Chemother.* 2009 Jul;64(1):16-24. Epub 2009 May 19.
- 29 Mygind N, Meistrup-Larsen KI, Thomsen J et al. Penicillin in acute otitis media: a double-blind placebo-controlled trial. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1981; 6: 5–13.
- 30 Van Buchem FL, Dunk JH, van't Hof MA. Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics, or neither? A double-blind study in children. *Lancet* 1981; ii: 883–7.
- 31 Halsted C, Lepow ML, Balassanian N et al. Otitis media. Clinical observations, microbiology, and evaluation of therapy. *Am J Dis Child* 1968; 115: 542–51.
- 32 Spiro DM, Tay KY, Arnold DH et al. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 1235–41.
- 33 Laxdal OE, Merida J, Jones RH. Treatment of acute otitis media: a controlled study of 142 children. *Can Med Assoc J* 1970; 102: 263–8.
- 34 Diagnosis and Management of Acute Otitis Media Subcommittee on Management of Acute Otitis Media *Pediatrics* 2004;113;1451-1465.
- 35 American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, and American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media With Effusion *Pediatrics* Vol. 113 No. 5 May 2004.
- 36 Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation (auteur principal : D Speert]. L'antibiothérapie de l'otite moyenne aiguë. *Paediatr Child Health* 1998;3:268-70.
- 37 Conseil Scientifique Domaine de la Santé. Otite moyenne aiguë (version longue) Version 1.1 07/02/2007.
- 38 Appelman CLM, Bossen PC, Dunk JHM, van de Lisdonk EH, de Melker RA,

van Weert HCPM. Guideline. Dutch College of Family Doctors. Acute otitis media. Utrecht: *Dutch College of Family Doctors*, 1990.

- 39 Vernacchio L, Vezina RM, Mitchell AA. Knowledge and practices relating to the 2004 acute otitis media clinical practice guideline: A survey of practicing physicians *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2006 25:5 (385 - 389).
- 40 Coco A, Vernacchio L, Horst M, Anderson A. Management of acute otitis media after publication of the 2004 AAP and AAFP clinical practice guideline. *Pediatrics.* 2007 Aug;120(2):281-7.
- 41 Jensen PM, Lous J. Antibiotic treatment of acute otitis media. Criteria and performance in Danish general practice. *Scand J Prim Health Care.* 1998 Mar;16(1):18-23.
- 42 Guillemot D, Leclercq R. Impact de l'exposition des populations sur le risqué de résistance bactérienne. *Med Mal Infect.* 2005 Aug;35 Suppl 3:S212-20.
- 43 Steinmann K, Babl FE. Antibiotic prescribing rates for acute otitis media in a paediatric emergency department. *J Paediatr Child Health.* 2006 Apr;42(4):204-5.
- 44 Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005 Feb 12-18;365(9459):579-87.
- 45 Goossens H. Antibiotic consumption and link to resistance. *Clin Microbiol Infect.* 2009 Apr;15 Suppl 3:12-5.
- 46 Elseviers MM, Ferech M, Vander Stichele RH, Goossens H. ESAC project group. Antibiotic use in ambulatory care in Europe (ESAC data 1997-2002): trends, regional differences and seasonal fluctuations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007 Jan;16(1):115-23.
- 47 Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, Cohen JM, Pouchain D. Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires .PAAIR-Rapport scientifique. Octobre 2001.
- 48 Attali C. Methodology of study PAAIR II. *Med Mal Infect.* 2005 Jun;35 Suppl 2:S87-9.
- 49 Jodelet D. (1989). *Les représentations sociales*, Paris: PUF
- 50 Jodelet D., « Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales », *Connexions* 2008/1, n°89, p. 25-46.
- 51 Canguilhem G. 1978. « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », *Nouvelle revue de psychanalyse* 17, p. 13-26.

- 52 Weick K., Making Sense of the Organisation, Malde MA, Blackwell Publishing, 2001.
- 53 Vincent J.D., Ferry L., Qu'est ce que l'homme, Paris, Editions Odile Jacob, Collection poche, n° 63, 2001,
- 54 Kaufman JC. L'entretien compréhensif, dans L'enquête et ses méthodes, 2006, Ed. Armand Colin, collection « 128 » ; 137, 127p.

F ANNEXES

1 Annexe 1: Guide d'entretien

I PRISE DE RENDEZ- VOUS TELEPHONIQUE

« Bonjour, Alice Steinebach, interne en médecine générale. Je prépare actuellement ma thèse. J'essaie d'étudier les raisons qui motivent les médecins dans leurs prescriptions. Je vous serais très reconnaissante d'accepter un entretien téléphonique d'environ 20 minutes sur ce sujet. Seriez-vous disponible prochainement pour réaliser un tel entretien? »

→ Prise de rendez –vous

→ Refus : relance

Si le temps vous manque pouvons-nous effectuer l'entretien à l'heure du déjeuner ?
Sinon puis-je vous rappeler prochainement ?

II. LORS DE L'ENTRETIEN

1) Présentation personnelle et du déroulement

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté cet entretien. Je sais à quel point vous êtes occupé(e) et je vous suis sincèrement reconnaissante de m'aider dans mon travail. Comme je vous l'ai dit je suis interne et je prépare ma thèse. Je souhaiterais connaître l'opinion de généralistes sur les raisons qui conduisent à prescrire des antibiotiques dans les cas d'OMA chez l'enfant de plus de 2 ans. L'entretien est anonyme et ne devrait pas durer plus d'une vingtaine de minutes. Permettez-vous que j'enregistre? Si je dois prendre des notes il me sera plus difficile de vous écouter attentivement.

2) Début du guide d'entretien

QUESTION D'INTRODUCTION LARGE

Dans le cas d'OMA chez l'enfant de plus de 2 ans certains confrères prescrivent systématiquement des ATB. Pourriez-vous me dire ce que vous en pensez?

QUESTIONS OUVERTES (à poser si le sujet n'a pas été abordé spontanément)

- Pour quelles raisons vous semble-t-il nécessaire de prescrire des ATB dans les cas d'OMA?

- A votre avis existe-t-il des cas d'OMA où il est dangereux de ne pas prescrire d'ATB? Et d'autres au contraire où cette prescription ne s'impose pas?

- Est-ce qu'il est parfois difficile d'établir le diagnostic avec certitude?

- Est-ce que les mères demandent souvent des ATB?

- Comment les parents réagissent-ils aux campagnes de sensibilisation sur les ATB?

- Comment croyez-vous que les parents réagiraient si le médecin refusait de prescrire des ATB ?

- A votre avis est-ce que c'est une mission d'éducation? Selon vous est-ce que, pour les OMA, l'éducation des parents concernant les antibiotiques est possible et nécessaire?

- Que pensez-vous des recommandations qui existent au sujet du traitement des OMA?

- Si je prends le cas particuliers des recommandations de l'AFSSAPS 2005, celles-ci disent que pour les cas d'OMA chez l'enfant de plus de 2 ans, soit l'otite est congestive et l'antibiothérapie n'est pas recommandée, soit l'otite est purulente et l'antibiothérapie n'est pas recommandée de façon systématique mais en fonction de l'intensité des symptômes (fièvre et otalgie). Qu'en pensez-vous ?

- Selon vous, quelle est dans l'ensemble l'information véhiculée par les visiteurs médicaux sur ce sujet?
- Avons-nous fait le tour de la question de la prescription des ATB pour les cas d'OMA ou verriez-vous des points que nous n'avons pas abordés?

HYPOTHESES

Les raisons qui motivent les médecins à prescrire des ATB sont:

Pression des parents

Manque de compétence ou de disponibilité des parents

Difficultés de la relation médecin - malade, crainte de déplaire, Peur de perdre la patientèle

Incertitude diagnostique

Recommandations: floues, non connues

Automatismes prescriptifs

Pression majoritaire

Symptômes importants

Evolution défavorable lors des épisodes précédents, expérience passée considérée, par le médecin ou le parent, à tort ou à raison, comme un échec de la non prescription

Eviter des complications mettant en jeu le pronostic vital

Anxiété du médecin

Temps de consultation insuffisant

Peur des suites médico-légales

Poids de l'industrie pharmaceutique

Formation insuffisante, mode d'information inadapté

La majorité des médecins prescrivent des ATB dans tous les cas d'OMA, sans distinctions en fonction des tableaux et du contexte :

Niveau socio-économique

Difficulté de surveillance

Les différents types d'OMA: congestives ou purulentes

La catégorie d'âge

Les différenciations observables parmi les médecins, en matière de prescription, sont liées :

- à l'âge
- au type de cabinet (situation géographique, type de patientèle...)
- au nombre moyen d'actes réalisés dans la journée
- au niveau de formation et d'information.....

3) Recueil des données récapitulatifs

- Organisation du cabinet : informatisation, cabinet de groupe avec partage des dossiers et/ou de moyens
- Nombre moyen d'acte par jour
- Nombre d'enfants vus au cabinet (chiffre de la sécurité sociale)
- Participation à une activité d'enseignement ou de recherche ou exercice en dehors du cabinet (activité hospitalière...)
- Quelles sont vos principales sources de formation et d'information (FMC, groupe de pairs, Balint...) ?
- Année de thèse et année de naissance

- (A noter : les caractéristiques géographiques de la zone d'implantation)

- Partie modifiée dans le guide d'entretien définitif par rapport au pré-guide d'entretien: ce sera alors une quinzaine de minutes
- Partie initialement présent dans le pré-guide d'entretien et supprimée dans le guide d'entretien définitif.
- Partie ajoutée dans le guide d'entretien définitif : n'était pas présente dans le pré-guide d'entretien

2 Annexe 2 : interview d'un médecin appartenant au groupe des rigoureux bien informés

Intervieweur

Donc en fait, j'essaie de connaître l'opinion des généralistes sur le traitement... sur les raisons qui conduisent à prescrire des antibiotiques dans des cas d'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de deux ans.

Interviewé

D'accord.

Intervieweur

Alors en fait, dans les cas d'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de deux ans, certains confrères prescrivent systématiquement des antibiotiques. Est-ce que tu peux me dire ce que tu en penses ?

Interviewé

C'est une erreur.

Intervieweur

Oui, pourquoi ?

Interviewé

Parce qu'en fait, on peut très bien se mettre sur une observation, en temporaire, et

de voir si avec des mesures anti-inflammatoires, DRP et surveillance de la température et surveillance clinique, on obtient une défervescence clinique satisfaisante. Mais je pense qu'on n'est pas obligé de prescrire l'antibiotique systématiquement dans les otites moyennes aiguës.

Intervieweur

Est-ce, qu'à ton avis, il y a des cas d'otite moyenne aiguë où, toujours chez l'enfant de plus de deux ans, où il serait dangereux de ne pas prescrire d'antibiotique ?

Interviewé

Des cas dangereux ?

Intervieweur

Oui.

Interviewé

Ecoute, sur ce sujet-là, dangereux, moi, je n'ai pas, dans mon expérience, des antécédents d'otites moyennes aiguës qui se transforment en mastoïdite ou en méningite ou en chose comme ça.

Après, je pense que si ce sont des germes qui sont contactés en milieu hospitalier, ça n'est pas exactement la même chose que si c'est contacté en ville. On a décrit des méningites bactériennes dans les suites d'otite moyenne aiguë. Moi, personnellement, j'en n'ai jamais ni vu ni entendu parler, tu vois ?

Donc des cas dangereux, c'est des cas surtout où on ne peut pas exercer la surveillance clinique soit parce que le médecin n'a pas la disponibilité pour le faire ou n'est pas structuré pour le faire, soit parce que la famille n'est pas en mesure d'apporter un certain nombre de garanties de surveillance et de ramener l'enfant en temps et en heure s'il y a un problème. Voilà.

Mais sinon, a priori, en dehors de ces considérations qui sont toujours des considérations d'organisation professionnelle ou de problèmes psychosociaux, quand on parle d'otite moyenne aiguë de ville, voilà.

Après, il faut voir si on est sur des situations d'otite moyenne aiguë récidivante. Tout ça, c'est, bien entendu, des notions très différentes. Si l'enfant est porteur d'aérateurs trans-tympaniques des choses comme ça. De plus de deux ans, c'est ça ?

Intervieweur

Plus de deux ans, oui.

Interviewé

Voilà. Bien évidemment, je sais que plein de situations, je n'ai pas prescrit d'antibiotique, et ça s'est, en général, toujours très bien passé.

Intervieweur

D'accord. Est-ce que parfois les mères te demandent des antibiotiques ?

Interviewé

L'otite est une maladie qui a une représentation anxiogène dans la population, à la différence de la rhinopharyngite ou même de la bronchite. L'otite est perçue comme une maladie potentiellement dangereuse, source de surdité si on n'intervient pas   temps. C'est la surdité qui fait peur. Ils ont des histoires d'otites mal soignées et qui ont conduit à des baisses d'audition. Donc il y a une pression assez importante de la part de la famille sur les antibiotiques, oui.

Intervieweur

Oui. Et dans ces cas-là, si tu refuses de prescrire des antibiotiques, en général, comment est-ce que réagissent les parents dans ces cas-là ?

Interviewé

Ça renvoie un peu à la question n 1 dans la mesure où la collaboration soit la non-prescription d'antibiotique doit être acquise avec des parents qui peuvent éventuellement mettre en perspective les choses. Donc là, on voit bien qu'on est avec des parents qui ont des moyens cognitifs ou notions culturelles de faire la part des choses.

Intervieweur

D'accord.

Interviewé

Si les parents sont hystériques sur les antibiotiques, bien évidemment, on ne va pas pouvoir tenir la position de l'observation clinique et de la temporisation.

Intervieweur

Tu parlais d'une situation anxiogène de la population. Tu parlais plutôt de la population des patients ou des médecins ?

Interviewé

Des patients, et puis les deux. D'ailleurs je dirais les deux puisque l'otite a aussi la réputation, dans le corps professionnel, d'être une maladie sur laquelle on prescrit systématiquement des antibiotiques. C'est connu. Tu vois, autant sur la rhinopharyngite, il y a un consensus professionnel large, autant sur l'otite, je ne pense pas que ce consensus soit aussi large. Il y a peu de publications qui parlent, justement, de cette attitude-là. En général, la plupart des publications parlent plutôt des complications des otites sous forme de méningite et donc incitent les médecins à prescrire largement, 4 fois par jour quand il s'agit d'AUGMENTIN. Moi, je me rappelle, quand j'étais jeune médecin, j'inscrivais AUGMENTIN et je mettais 7 heures, 13 heures, 20 heures, 23 heures. Ça faisait des heures de prise sur l'ordonnance parce que je lisais dans les revues spécialisées que si on avait un espace de temps supérieur à 8 heures entre deux prises d'AUGMENTIN, il peut y avoir passage à la barrière hémato-méningée. Tu vois ?, il y avait des histoires comme ça. Et donc il y avait un climat d'anxiété qui était créé autour de l'otite y compris auprès des médecins.

Intervieweur

Et tu crois qu'on conserve un certain automatisme prescriptif à ce niveau-là ?

Interviewé

Oui.

Intervieweur

D'accord. Est-ce que tu crois qu'on a une mission d'éducation ? Est-ce que tu crois que pour les otites moyennes aiguës, l'éducation des parents concernant les antibiotiques est possible et nécessaire ?

Interviewé

Oui. Mais ça ne peut se passer qu'en cas de relation médecin-malade de qualité et de longtemps.

Intervieweur

D'accord.

Interviewé

Tu vois c'est pareil, ça dépend où se situe le cadre. C'est vrai que les urgences, par exemple, hospitalières, n'offrent pas le cadre qui permet la continuité du soin. Dans le cadre d'un cabinet, notamment comme le nôtre qui est très soucieux de pouvoir assurer la continuité du soin et la permanence, il est plus facile d'organiser ce genre de chose.

Intervieweur

D'accord. Est-ce que parfois, il y a une difficulté pour établir un diagnostic avec certitude ?

Interviewé

Oui, bien sûr.

Intervieweur

Et alors dans ces cas-là, quelle est ta stratégie ?

Interviewé

Ça n'a pas forcément un énorme impact. Je dirais autant, sur un tympan bombé, purulent, on va pouvoir établir le diagnostic de façon certaine, autant certains tympons congestifs, on va avoir du mal à faire la part entre une otite moyenne aiguë et une otite simplement congestive, d'autant plus si le conduit est un peu étroit ou s'il est un peu encombré de cérumen qu'on a du mal à enlever et si ton otoscope a une pile un peu défailante.

Donc la conduite à tenir n'est pas forcément basée sur l'autoscopie. Il y a les éléments d'état général qui vont du profil de température, des éléments d'évolution de la maladie, de durée, de traitement antérieur, d'historique qui vont aussi influencer la prise en charge.

Intervieweur

D'accord.

Interviewé

L'outil n'est pas au centre de mon diagnostic.

Intervieweur

En fait, quand tu as de la fièvre, tout ça, ça t'amène vers le diagnostic plutôt d'otite mais tu ne traites pas, pour autant, par antibiothérapie à ce moment-là ?

Interviewé

Alors par exemple, si tu peux avoir une fièvre qui dure depuis 48 heures, ce n'est pas exactement pareil qu'une fièvre qui dure depuis 7 jours. Voilà. C'est plutôt le profil de la fièvre et son évolution ou sa reprise thermique après une défervescence d'un épisode viral par exemple. Donc c'est plutôt le profil évolutif. Encore faut-il pouvoir se placer dans l'évolution, dans une perspective évolutive.

Intervieweur

D'accord. D'après toi, quel est, dans l'ensemble, l'information qui est véhiculée par les visiteurs médicaux sur le sujet des otites ?

Interviewé

Je n'en sais rien puisque je ne les reçois pas.

Intervieweur

D'accord.

Interviewé

Mais je ne vois pas quels visiteurs médicaux incitent à prescrire de la désinfection rhino-pharyngé et du paracétamol dans l'otite. Je pense qu'ils ont plutôt... Ils sont

vecteurs d'anxiété en parlant des résistances, tu vois ?

Depuis que je ne vois plus de visiteurs médicaux, j'ai énormément rétréci ma gamme d'antibiotiques pris dans l'otite, tu vois ?, une fois que j'ai épuisé le BACTRIM, l'AUGMENTIN et l'ORELOX ou OROKEN je ne sais plus lequel des deux, je suis vraiment, tu vois ? Alors qu'avant, j'étais là à leur poser des questions qui étaient induites, quoi. Je m'en pose beaucoup moins, quoi. Les visiteurs médicaux ont une action délétère, je dirais.

Intervieweur

D'accord. Qu'est-ce que tu penses des recommandations qui existent au sujet du traitement de l'otite moyenne aiguë ?

Interviewé

Je pense qu'elles sont adaptées.

Intervieweur

Tu penses qu'on peut s'appuyer dessus ?

Interviewé

Oui.

Intervieweur

D'accord. Et est-ce que là, est-ce que tu penses qu'on a fait le tour de la question ou est-ce que tu as d'autres points que nous n'avons pas abordés sur les antibiotiques, dans

les cas d'otite ?

Interviewé

Oui. J'ai abordé quand même aussi la question des traitements antérieurs sur les otites récidivantes, les choses comme ça. J'aime bien alterner les antibiotiques.

Intervieweur

Si tu as une otite récidivante, tu auras plus tendance à mettre des antibiotiques ou plus tendance à essayer d'éviter d'en mettre ?

Interviewé

Non. Sur l'otite récidivante, on peut se permettre aussi de ne pas en donner c'est-à-dire sur le choix d'antibiotique que je disais qu'on était plutôt en alternance, pas toujours remettre les mêmes. On peut alterner entre pédiazole qui n'est pas tellement loin du BACTRIM d'ailleurs, tu vois ?, on peut alterner. Moi, j'aime bien alterner l'antibiotique quand tu prends la décision.

Mais ce n'est pas parce que l'otite est récidivante que pour autant, il doit y avoir un traitement antibiotique. Et moi, je me souviens de cas très précis d'avoir stoppé la spirale antibiotiques avec un grand bonheur pour la famille et pour l'enfant, tu vois, alors qu'on était sur un profil d'otite récidivante.

Il ne faut pas oublier que ces choses-là ont quand même tendance à s'arranger avec le temps et qu'à partir de l'âge de 5 ans, 6 ans, souvent, les choses s'améliorent. Donc la temporisation, c'est aussi une façon de gagner du temps et d'attendre

d'atteindre cet état pour, je crois, atteindre le stade où ça commence à fonctionner un peu mieux.

Intervieweur

Ok.

Interviewé

Je crois qu'on a fait le tour.

3 Annexe 3 : interview d'un médecin appartenant au groupe des expérimentés confiants

Intervieweur

Je prépare actuellement ma thèse et j'essaie de recueillir l'opinion des médecins sur les raisons qui conduisent à prescrire des antibiotiques dans les cas d'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de 2 ans. L'entretien évidemment est anonyme

Interviewé

Moyenne aiguë... ?

Intervieweur

Chez l'enfant de plus de 2 ans. En fait dans le cas d'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de 2 ans, certains confrères prescrivent systématiquement des antibiotiques. Est-ce que vous pourriez me dire ce que vous en pensez ?

Interviewé

Moi, je ne fais jamais.

Intervieweur

Vous ne faites jamais ?

Interviewé

Non.

Intervieweur

Vous ne prescrivez... Pour quelle raison est-ce que vous ne prescrivez pas

d'antibiotique chez les enfants de plus de 2 ans pour les otites ?

Interviewé

J'essaie d'abord de savoir de quelle origine est cette otite-là. Si c'est un rhume ça sert à rien, si viral, ça sert à rien. Donc, quels sont les critères d'infection présentés, objectivés, donc s'il y a de la fièvre, avant tout une fièvre élevée mais normalement contrôlée, contrôlée par les antibiotiques classiques. Donc, voilà. J'essaie de... Je suis plutôt homéopathe, je vais d'abord privilégier l'homéopathie.

Intervieweur

Vous privilégiez l'homéopathie dans un premier temps.

Interviewé

Donc homéopathie et puis traitement donc régional de drainage et désinfectant local avant de passer à une antibiothérapie par voie générale.

Intervieweur

D'accord. Est-ce que vous pensez qu'il existe des cas d'otites où il serait dangereux de ne pas prescrire d'antibiotiques et donc d'autres, au contraire, où cette prescription ne s'impose pas ?

Interviewé

Prescription antibiotique de façon systématique, sûrement pas.

Intervieweur

Oui. On reste toujours dans les cas d'otite moyenne chez l'enfant de plus de 2 ans, hein.

Interviewé

Oui, oui. Non, mais j'entends bien.

Intervieweur

Oui, oui. D'accord.

Interviewé

Par contre si c'est purulent, si c'est congestif (enfin hyperalgique, etc.), oui peut-être. Oui, peut-être. Est-ce que c'est dangereux ? Par contre, si c'est une otite... Comment dire...? Si c'est un enfant qui fait des otites, qui fait des complications après ça, quand on a la notion, en tous les cas, ben je vais prescrire. Oui.

Intervieweur

D'accord. Quand on a eu la notion d'évolution défavorable lors d'épisodes précédents ou si la symptomatologie est très bruyante, c'est ça ?

Interviewé

Oui, oui.

Intervieweur

Dans ces cas-là, vous pensez qu'il vaut mieux prescrire des otites... des (pardon)

antibiotiques. Excusez-moi. Est-ce que les mères vous demandent parfois des antibiotiques ?

Interviewé

Très souvent.

Intervieweur

Très souvent. Et dans ce cas-là...

Interviewé

Pas où je suis, hein. Pas où je suis parce qu'elles nous laissent faire mais... Bon, j'étais quand même... J'ai pas mal bourlingué et plutôt souvent... Ce qui est curieux, c'est que... Vous appelez un peu au hasard, moi, je pense ?

Intervieweur

Oui. Tout à fait, tout à fait.

Interviewé

Tout à fait. Bon, j'ai un parcours un petit peu disséminé. Donc, j'ai fait pas mal de remplacements. J'ai fait de l'urgentiste. J'ai fait du cabinet. J'étais à l'étranger, etc. Et je trouve que la demande des parents (de la mère ou du père, hein) de temps en temps est très souvent liée à l'habitude des médecins.

Intervieweur

D'accord.

Interviewé

C'est-à-dire que si le médecin prescrit systématiquement des antibiotiques, on va avoir beaucoup de mal à lui dire que, pour un rhume, il ne faut pas d'antibiotiques. Alors déjà pour un rhume, on a du mal, c'est évident que, pour une otite moyenne aiguë, oui. Bien sûr.

Intervieweur

D'accord. Et donc, pour vous qui prescrivez plutôt peu d'antibiotiques, les mères vous le demandent quand même ou comment ça se passe ?

Interviewé

Je leur dit pourquoi.

Intervieweur

Vous leur dites pourquoi. D'accord. Et donc, vous pensez...

Interviewé

Et après ça s'il y a besoin, je reviendrais sur la prescription. Ce n'est pas un souci, hein. Je préfère ne pas prescrire d'emblée d'antibiotique.

Intervieweur

D'accord. Plutôt laisser un délai et une surveillance alors ?

Interviewé

Oui. Ou alors je fais une ordonnance en deux temps ; c'est-à-dire ce qui ne génère pas forcément une consultation mais au moins ils savent que je leur demande d'attendre 48 heures.

Intervieweur

D'accord. D'accord. Est-ce qu'à votre avis c'est une mission éducation ? Est-ce que selon vous, pour l'otite, l'éducation des parents concernant les antibiotiques est possible et nécessaire ?

Interviewé

Nécessaire, oui. Possible, oui également.

Intervieweur

Oui également. Comment est-ce que vous croyez que les mères, les parents en général réagissent si les médecins refusent de prescrire des antibiotiques. Dans ce cas-là, comment... ?

Interviewé

Ils réagissent bien si on ne les laisse pas tomber. Si on est derrière, ils réagissent bien. Ils savent qu'on est là.

Intervieweur

D'accord. Donc, il faut être un petit peu derrière eux via cette ordonnance en deux temps ?

Interviewé

Ah, oui.

Intervieweur

Oui. Et via d'autres moyens également ? Vous avez... ? Comment est-ce que vous vous y prenez avec eux pour les... ?

Interviewé

Le téléphone pour dire : ben, effectivement, vous pouvez commencer à ce moment-là. Leur laisser le choix de rappeler. Mais c'est vrai que c'est une certaine disponibilité du médecin.

Intervieweur

D'accord. Il faut un peu être disponible pour eux. D'accord. Comment est-ce que vous croyez que les parents ont réagi aux campagnes de sensibilisation sur les antibiotiques ?

Interviewé

Je pense bien.

Intervieweur

Bien ?

Interviewé

Oui.

Intervieweur

C'est-à-dire, ils ont...

Interviewé

Ils comprennent et ils... Je pense que certains ont compris que l'antibiotique ce n'est pas systématique.

Intervieweur

Oui.

Interviewé

Et c'est ce qu'ils ressortent au cabinet.

Intervieweur

c'est ce qu'ils ressortent au cabinet mais de façon...

Interviewé

Comme ça, comme je vous le dis : l'antibiotique n'est pas systématique.

Intervieweur

D'accord. Peut-être qu'ils ont intégré le message, quoi.

Interviewé

Ah, oui ! Complètement, oui. Et je trouve ça plutôt pas mal.

Intervieweur

D'accord !

Interviewé

Ils comprennent que ce n'est pas parce qu'il y aura l'antibiotique qu'ils vont guérir plus vite.

Intervieweur

D'accord. D'accord. Est-ce qu'il est parfois difficile d'établir le diagnostic avec certitude ?

Interviewé

D'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de 2 ans ?

Intervieweur

Oui, tout à fait.

Interviewé

Qu'est-ce que c'est qu'une otite moyenne aiguë, déjà ? Ben avant tout, congestif. Donc si c'est congestif, on ne met pas d'antibiotique hein.

Intervieweur

Oui, d'accord.

Interviewé

Mais, avec certitude... Là, vous êtes dure. Je vais vous dire pourquoi ; parce qu'on a quand même une activité très probabiliste.

Intervieweur

Oui, d'accord. D'accord.

Interviewé

Empirique et probabiliste, hein.

Intervieweur

Donc parfois, il y a une... Ça peut exister cette incertitude diagnostique.

Interviewé

Euh, oui.

Intervieweur

D'accord. Et en fait, pour faire...

Interviewé

On part sur un rhume, quoi. Point. Et moi, dans des rhumes, jamais. Jamais, jamais.

Intervieweur

D'accord. Et donc quand c'est... Si j'ai bien compris, quand c'est congestif vous n'en mettez pas de façon systématique et...

Interviewé

Là, c'est jamais. Jamais. Congestif, jamais.

Intervieweur

Vous n'en mettez jamais, c'est ça. Et quand c'est purulent, à ce moment-là ?

Interviewé

Là, oui.

Intervieweur

Vous en mettez plus. D'accord. D'accord. Selon vous, quelle est dans l'ensemble l'information qui est véhiculée par les visiteurs médicaux sur le sujet de l'otite ?

Interviewé

Bonne question. Excellente question. Mon parcours, c'est... Depuis 20 dernières années, j'ai exercé 10 ans aux Antilles, hospitalier, où je n'avais pas un visiteur par an... J'avais 3 visiteurs par an. J'ai recréé un cabinet à Rennes en création de cabinet. Comme vous le savez, les visiteurs veulent voir les médecins qu'en fonction de leur chiffre d'affaire. Si vous ne le savez pas. Je vous l'apprends.

Intervieweur

D'accord. Non, je ne le savais pas mais... D'accord.

Interviewé

Donc... Ben là, ils vont draguer là où il y a à draguer hein. Donc comme je me suis un peu porté... A part ça, j'étais aux Antilles. Donc, on ne voit pas de visiteur. Et maintenant, je suis sur une autre île et on ne voit pas de visiteur non plus.

Intervieweur

D'accord. Donc en fait, vous ne voyez pas de visiteurs médicaux.

Interviewé

Sauf dans les remplacements, quand je remplace des copains à droite et à gauche.

Intervieweur

D'accord.

Interviewé

Voilà. Donc, à ce moment-là, ça fait une éternité que je n'ai pas vu de visiteur me parlant de l'otite

Intervieweur

D'accord. Bon, d'accord. Je voulais avoir aussi votre opinion sur ce qui concerne les recommandations. Je voulais savoir ce que vous pensiez des recommandations ?

Interviewé

C'est-à-dire ?

Intervieweur

Alors, en fait, si je prends le cas particulier de la recommandation de l'AFSSAPS 2005, elle dit que chez l'enfant de 2 ans, soit l'otite est congestive et l'antibiothérapie n'est pas recommandée, soit l'otite est purulente et l'antibiothérapie est recommandée en fonction de la symptomatologie. Elle n'est pas systématique. Qu'est-ce que vous pensez de cette recommandation ?

Interviewé

Ben ça aussi, c'est une réponse que je fais. C'est exactement ce que je fais.

Intervieweur

Oui. D'accord. Tout à fait. D'accord. Est-ce que vous pensez que nous avons fait un tour de la question des antibiotiques pour les otites moyennes aiguës ou est-ce que vous voyez d'autres points que nous n'avons pas abordés ?

Interviewé

Non. Non, non.

Intervieweur

Non, c'est bon ? Alors, j'ai quelques...

Interviewé

Pour moi, ça ne s'applique pas. En gros, ça ne s'applique pas.

4 Annexe 4 : interview d'un médecin appartenant au groupe des prescripteurs anxieux

Intervieweur

Je suis interne en médecine générale, et en ce moment, je suis en train de préparer ma thèse. J'essaie d'étudier les raisons qui motivent les médecins dans leurs prescriptions et je réalise des entretiens téléphoniques. Je voulais savoir si c'était possible de réaliser un entretien soit maintenant soit à votre cabinet dans la semaine si vous préférez, il n'y a pas de souci.

Interviewé

Là, je reviens d'un congrès. Je suis en train de me changer, j'ai été à Chantilly pour un congrès sur l'hypertension et je viens de rentrer, alors allez-y, je vous écoute.

Intervieweur

Je vous remercie beaucoup. Je sais que vous très occupée, c'est vraiment très gentil de bien vouloir participer.

Je souhaiterais connaître l'opinion des généralistes sur les raisons qui conduisent à prescrire des antibiotiques dans les cas d'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de deux ans. Donc, évidemment, l'entretien est anonyme, il va durer une dizaine de minutes. Voilà, dans les cas d'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de deux ans, certains confrères prescrivent systématiquement des antibiotiques. Pourriez-

vous me dire ce que vous en pensez ?

Interviewé

Moi, je le fais, parce que... Chez les enfants de plus de deux ans, vous m'avez dit ?

Intervieweur

Oui, tout à fait.

Interviewé

Je le fais, parce que comme je n'ai pas de suivi le soir je ne sais pas ce que vont faire les enfants et les parents, quand c'est un week-end, j'ai peur qu'il arrive quelque chose, donc je préfère ne pas prendre de risque, donc je traite par des antibiotiques, à large spectre genre orelox, pour les otites moyennes aiguës.

Intervieweur

En fait, c'est par peur, par un problème de surveillance ?

Interviewé

Oui, un petit peu, et puis en plus, je ne vous cache pas que j'ai appris à un moment donné, quand même. Il y a une évolution sur l'antibiotique, mais moi de mon temps.

Moi et mon associé, je peux vous dire qu'on en donne ; on est associé depuis plus de 5 ans maintenant et il en donne aussi.

Intervieweur

D'accord, de façon systématique. Est-ce que vous pensez que ce serait dangereux de ne pas en prescrire des antibiotiques ?

Interviewé

Pour l'otite ?

Intervieweur

Oui, pour l'otite chez l'enfant de plus de deux ans toujours.

Interviewé

Oui, je pense que pour un enfant, oui.

Intervieweur

Qu'est-ce que vous craignez ?

Interviewé

De ne pas avoir vraiment, mettons, une évolution vers une complication mastoïdite ou quelque chose comme cela ou alors que la mère ne soit pas, toujours pareil, surveillance, sans le faire exprès, mais la mère ne prend pas conscience que quelque chose de supplémentaire arrive et boum.

Intervieweur

Donc, par peur des complications et par problème d'un manque de compétence un petit peu de la part des parents.

Interviewé

Un manque de compétence parce qu'il y a manque de connaissance.

Intervieweur

Est-ce que parfois les mères devancent cette demande, est-ce que vous sentez qu'elles vous demandent des antibiotiques ?

Interviewé

Ah oui, cela, elles nous le demandent. Mais ça influence moins, moi comme je suis installée depuis longtemps, je dis non quand je ne suis pas d'accord, notamment les pharyngites les rhinites. Par exemple j'ai dit non avant-hier à une dame: elle m'a dit vous m'avez donné du Surgam simplement, il me forcément faut un antibiotique: eh bien, non, moi, je dis non, ce n'est pas justifié. Et elle n'était pas contente, cela devient très conflictuel maintenant avec des patients.

Intervieweur

Et dans ces cas-là, elles réagissent comment ?

Interviewé

Ben pas bien, j'ai senti qu'elle n'était pas contente, pourtant elle est très attachée à moi. Je vous dirai cela plus tard, peut-être qu'elle trouvera un autre médecin qui en donne un, malheureusement c'est ça, vous comprenez ?

Intervieweur

Oui, tout à fait.

Interviewé

J'ai la chance d'avoir de l'expérience et puis surtout d'avoir une assise de clientèle, je suis plus à l'aise, je suis bien installée

Intervieweur

Comment est-ce que vous pensez que les parents ont réagi aux campagnes de sensibilisation sur les antibiotiques ?

Interviewé

Relativement bien quand même, j'ai pu de moi-même leur dire « Dîtes donc quand je n'en donnais pas, j'avais raison », parce que il n'y a que pour l'otite que je les donne et pour l'angine érythémato-pultacée. Autrement, j'en donne peu. Quand il le faut bien sûr, une BPCO, une pneumopathie, là j'en donne bien sûr Mais ils ont bien réagi, oui, sauf une frange de la population non cortiquée, sans être désagréable, des gens qui pensent que c'est pour faire plaisir à la SECU que je n'en donne pas.

Intervieweur

Il y a un problème de niveau de connaissance un peu des parents.

Interviewé

Ils vont voir un autre, c'est tout, les manouches, les gens basiques. Ce n'est pas méchant ce que je dis là, j'ai des basiques que j'adore et ceux-là ils m'écoutent, mais

ceux qui se disent non ça ne va pas je vais en aller voir un autre, ça ne les empêche pas de revenir me voir, et je retrouve leur carnet de santé bardé d'augmentin etc...
« Tiens t'as été voir x. Ah non non j'ai pas je reviens ...»ils se foutent un peu du monde. C'est la gente humaine, c'est comme cela.

Intervieweur

Est-ce que parfois pour l'otite moyenne aiguë – je reviens sur l'otite moyenne aiguë chez les plus de deux ans – il est difficile d'établir le diagnostic avec certitude d'après vous ?

Interviewé

Moi, je pense que je le vois bien, parce que j'ai acheté un nouvel appareil il y a six mois, je m'achète pas mal d'instruments, je change beaucoup mon matériel. Je fais très attention. Je fais beaucoup pédiatrie, parce que j'ai un diplôme de pédiatrie préventive et de thérapeutique, j'ai un plus. Donc, je ne dis pas que je n'ai que cela, mais quarante pour cent

Intervieweur

Donc, il n'y a pas trop d'incertitude ?

Interviewé

Quand j'ai une incertitude, quand je ne suis pas sûre de moi, je demande l'avis d'un ORL carrément. Je dis à mon patient: écoute, je ne vois pas très bien, je ne suis pas sûre, cela ne t'ennuies pas ? Et puis j'appelle l'otorhino et je lui demande de le voir derrière moi. C'est rare, mais cela m'est arrivé de demander à mon associé ce qu'il

en pensait, avec son appareil et puis voilà. Mais cela, c'est exceptionnel, cela m'arrive peut-être une fois tous les cinq ans. Par contre, je fais très attention chez l'enfant, mais chez l'adulte aussi. Parce que une otite chez l'adulte, on en voit moins bien sûr, mais par contre là c'est facile ça coule, il a très mal, il est encombré, c'est typique ; chez l'enfant, ce n'est pas typique.

Intervieweur

Selon vous, quelle est dans l'ensemble l'information qui est véhiculée par les visiteurs médicaux sur ce sujet – sur le sujet de l'otite ?

Interviewé

C'est-à-dire ?

Intervieweur

C'est-à-dire, est-ce que vous voyez des visiteurs médicaux qui vous parlent de l'otite et qu'est-ce qu'ils vous en disent dans ces cas-là ?

Interviewé

Ils ne parlent pas de l'otite, mais ils parlent de leur antibiotique, en disant que c'est très indiqué dans l'otite.

Intervieweur

Donc, eux, ils ont plutôt tendance...

Interviewé

A vendre leurs médicaments.

Intervieweur

Et en l'occurrence, ce sont plutôt des représentants d'antibiotiques ?

Interviewé

Bien sûr. Non, les visiteurs médicaments, c'est un médicament, ce n'est pas une formation.

Intervieweur

Alors, si je prends le cas particulier des recommandations de l'AFSAPPS 2005, ces recommandations-là disent que chez l'enfant de moins de deux ans, on met de l'antibiotique systématique, et chez les plus de deux ans, elles disent que soit c'est congestif et on n'en met pas, soit c'est purulent et cela dépend de la symptomatologie. A votre avis, qu'est-ce que vous pensez de ces recommandations ? Comment est-ce que vous les trouvez ?

Interviewé

Je les trouve bien mais c'est toujours le même problème, quand arrive un samedi 17 heures, que je consulte un enfant qui hurle de douleur et que je vois du pus qui sort, et que je me dis mince dimanche, je ne suis pas là. Ils vont stresser, faire une complication, moi, je suis responsable et en plus ils vont encore aller aux urgences. Je fais quelque chose que je fais depuis deux ans, je leur dis : écoute, pour l'instant t'essais l'antibiotique, je te donne un corticoïde, un solupred ou un celestène, et je

dis : si dans 48 heures tu vois que la fièvre se met à monter, là tu achètes un antibiotique et je marque sur l'ordonnance.

Intervieweur

Donc, vous faites une prescription différée sur l'ordonnance ?

Interviewé

Oui. Si dans 48 heures, l'augmentation de la fièvre et je le marque sur l'ordonnance, ou aggravation de la douleur de l'enfant, acheter tel antibiotique.

Intervieweur

Donc, quand la symptomatologie est bruyante, vous mettez...

Interviewé

Non mais c'est systématiquement. Si il y a du pus qui sort et que je ne peux même pas regarder, je suis obligée de nettoyer avant de mettre mon otoscope, alors là je n'hésite pas. Mais avant deux ans vous devez le savoir aussi bien que moi, devant une otite il faut pratiquement hospitaliser et faire une PL. Alors moi je ne le fais jamais, je ne le fais pas, les gens nous prendraient pour des cinglées. Excusez-moi de vous parlez franchement, ce serait catastrophique. Quand j'hospitalise c'est quand je vois par exemple que la mère est complètement à côté de ses chaussettes, là il y a un enfant qui a quatre mois avec elle, je lui explique bien et je lui dis : écoutes tu vois ton bébé, il souffre, ça peut être compliqué, il vaut mieux l'hospitaliser 48 h pour faire un bilan. Et comme cela, cela les rassure, et moi aussi

Intervieweur

Il y a une part d'anxiété du médecin aussi dans ces prises en charge

Interviewé

Bien sûr, surtout l'enfant.

Intervieweur

Même chez les plus de deux ans ?

Interviewé

Bien sûr, mais bon au moins l'enfant exprime ; l'enfant de moins de deux ans, il pleure. Ce n'est déjà pas mal, mais il pleure pour pas grand-chose dès fois. C'est ça que je veux dire. La pédiatrie, c'est très difficile il faut être à l'écoute à la fois de l'enfant et surtout des parents.

Intervieweur

Est-ce que vous pensez qu'on a fait le tour de la question de la prescription d'antibiotiques dans les cas d'otite chez l'enfant de plus de deux ans ou vous verriez des points que nous n'avons pas abordés ?

Interviewé

Non. Il faut être très vigilant, il faut faire très attention à la surveillance, et puis surtout quand on est seul contre tous, c'est-à-dire le généraliste, il est tout seul dans son cabinet, il ne peut pas se cacher derrière le super chef de clinique patati et patata. Cela change tout, voilà. Pour qu'il n'y ait pas de soucis, puis pour que l'enfant soit

bien et surtout qu'on dorme bien aussi nous.

Intervieweur

La part d'anxiété du médecin, également oui.

Interviewé

Et puis surtout faire correctement son travail, alors qu'on est seul face à la maladie, c'est quand même beaucoup plus difficile qu'à l'hôpital et puis on ne nous apprend pas tellement à être seul, alors il faut quand même mettre des garde-fous, faire attention.

5 Annexe 5 : interview d'un médecin appartenant au groupe des réfractaires avertis

Intervieweur

Donc en fait, comme je vous le dis, je prépare ma thèse, et je souhaiterais connaître l'opinion des généralistes sur les raisons qui les conduisent à prescrire des antibiotiques dans les cas d'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de 2 ans.

Evidemment, l'entretien est complètement anonyme. En fait, dans des cas d'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de deux ans, certains confrères prescrivent systématiquement des antibiotiques, pouvez-vous me dire ce que vous en pensez ?

Interviewé

Un entretien libre ou vous... ?

Intervieweur

Tout à fait, un entretien tout à fait libre, je voudrais savoir ce que vous pensez de tout ça.

Interviewé

Pour une otite moyenne aiguë, elle est virale ou bien non votre otite ?

Intervieweur

Voilà, je veux aborder un peu tous les cas de façon un petit peu large, qu'est-ce qui vous paraît justifier ou ne pas justifier chez l'enfant plus de 2 ans la prescription

d'antibiotiques.

Interviewé

Moi, je trouve que c'est justifié de donner des antibiotiques, à large spectre de façon systématique dans des otites moyennes aiguës dans la mesure où on a pas la preuve que c'est une infection virale.

Bon, on vous dira que, je veux dire, qu'il faut un tympan bombé, des circonstances truc et machin sauf que nous on n'a pas l'occasion de revoir le, gamin je veux dire autant qu'on veut, il existe des risques infectieux qui peuvent être graves, ça peut faire très mal au gamin et puis, il y a aussi les risques de méningites, des choses de ce genre, des mastoïdites et moi, de façon relativement systématique, je prescris des antibiotiques, je veux dire hors recommandation, parce que les recommandations c'est pas la bible.

Et je pense difficile si vous voulez de, bon soit peut être devant une petite rougeur, je veux dire peut être dans le cas d'une rhinopharyngite, peut être on peut dans ce cas là se permettre de ne pas prescrire d'antibiotique, mais bon dans mon expérience c'est relativement mineur.

Intervieweur

D'accord. En fait, pour résumer, vous prescrivez des antibiotiques à cause d'un problème de surveillance, des risques de complications qui peuvent être graves, et de la douleur.

Interviewé

De la douleur, et je n'ai pas la preuve si vous voulez s'il s'agit d'une otite virale de façon, si ce n'est pas plus que j'ai de preuve que c'est une otite bactérienne, donc

c'est une couverture antibiotique, et je rajouterais, c'est un peu l'avis de Monsieur BOURILLON avec qui je fait le séminaire enfant.

Intervieweur

D'accord.

Interviewé

C'est un monsieur qui s'occupe pas mal de bactériologie et qui a tendance à nous mettre en garde même en fonction des recommandations contre le streptocoque et contre le pneumocoque.

Intervieweur

D'accord.

Interviewé

Et en sachant que, enfin bon je ne sais pas si ça vous intéresse, mais qu'apparemment, on est en train de passer justement d'une majorité de pneumocoques dans les otites moyennes aiguës à une majorité d'haemophilus.

Intervieweur

D'accord.

Interviewé

Avec des problèmes différents pour une antibiothérapie.

Intervieweur

D'accord. Donc, je prends toujours chez l'enfant de plus de 2 ans. Est-ce que les mères vous demandent des antibiotiques ?

Interviewé

Oui, elles peuvent demander d'antibiotiques, mais je n'en donne pas, mais bon, en général moi, c'est clair que moi, les gens me font assez confiance.

Intervieweur

Oui

Interviewé

Je veux dire, bon c'est rare qu'ils réclament des médicaments, en plus moi je leur explique ce que je donne et pourquoi j'en donne.

Intervieweur

D'accord. Mais vous ne ressentez pas spécialement une pression un petit peu des mères dans ce sens-là ?

Interviewé

Dans la mesure où j'en donne de façon systématique la pression n'est pas très forte. Il y aurait, si je n'en donnais pas, il y aurait pression, oui, une pression légère. Mais encore une fois, je veux dire, ce n'est pas la raison principale qui me fait prescrire si c'est cela que vous voulez me faire dire.

Intervieweur

D'accord. Je voulais savoir si à votre avis, il existe des cas d'otites moyennes aiguës où il est dangereux de prescrire d'antibiotiques, et d'autres au contraire où cette prescription ne s'impose pas ?

Interviewé

Je vous l'ai dit tout à l'heure, j'ai déjà répondu à la question. Je pense que si c'est vraiment une otite bactérienne, il est dangereux de ne pas en donner et si c'est une otite virale, ce n'est pas licite d'en donner. Le tout c'est que la frontière n'est pas..., d'abord on ne voit pas très bien les tympans, chez l'enfant de plus de 2 ans, 3 ou 4 ans, ce sont des enfants agités. On a souvent des examens incomplets, je veux dire si on arrive à voir les deux tympans, c'est déjà bien, quelque fois on n'y arrive pas. Il y a pas mal de cérumen, le gamin est très agité, je veux dire on n'a pas un examen complet, et dans le doute, je ne vois pas pourquoi, il ne faut pas faire non plus, si vous voulez autant. J'ai été un des premiers non prescripteurs moi dans les rhinopharyngites et dans l'angine depuis longtemps, je commence à en prescrire plus depuis 2- 3 ans.

Intervieweur

D'accord. Vous pensez que quand c'est une incertitude dans le diagnostic à ce moment-là, il vaut mieux prescrire des antibiotiques.

Interviewé

Reformulé c'est ça.

Intervieweur

D'accord ! Vous m'avez parlé tout à l'heure de recommandations en me disant que ce n'était pas la bible, qu'est-ce que vous en pensez de ces recommandations au sujet de traitement des otites.

Interviewé

C'est valable aussi pour le traitement des bronchites.

Intervieweur

Oui.

Interviewé

J'en parle d'autant mieux que je suis correspondant de la haute autorité, c'était l'ANAES avant d'être la haute autorité, j'ai travaillé pendant 3 ans à faire connaître et accepter pendant 3 à 5 ans dans les années 1998 à 2003, c'était mon premier boulot ; à faire accepter les recommandations du grand public, à l'époque c'était pas du tout évident. On a eu de nombreuses critiques qui n'étaient pas fondées. Ce sont des comités d'experts, c'est un référentiel, mais c'est un référentiel qui ne vaut que un des, je veux dire il manque les deux autres battants de l'évidence-based médecine, c'est-à-dire, disons, l'avis des gens, la représentation au niveau des gens de la maladie, et puis aussi l'avis du médecin, son expérience, si vous voulez, compte autant que les recommandations. Réduire si vous voulez l'EBM à des données biomédicales, ce n'est qu'un élément, c'est fait souvent par des spécialistes dans une population triée avec des... à partir d'études qui sont des études relativement, je veux dire, justement, des gamins recevaient des critères d'inclusion

qui ne représentent pas forcément les mêmes gamins que nous. Par exemple, vu par les ORL ou les pédiatres hospitaliers. Donc avec les tympanos qui sont peut-être, les conduits sont beaucoup plus nettoyés. Dans des conditions avec un élément de surveillance, ou éventuellement une CRP ou un truc de ce genre qui permet de se faire une opinion quoi.

Intervieweur

D'accord. Selon vous, quelle est dans l'ensemble l'information qui est véhiculée par les visiteurs médicaux sur ce sujet ?

Interviewé

Aucune idée, je ne reçois plus les visites médicales.

Intervieweur

D'accord. OK.

Interviewé

Je peux vous dire ce qu'ils doivent en dire. En tout cas ce n'est pas eux qui m'influencent sur la question.

Intervieweur

D'accord.

Interviewé

Mon seul visiteur médical sûr c'est Antoine Bourillon.

Intervieweur

D'accord. Enfin, est-ce que, pour vous, on a fait à peu près le tour de la question de la prescription d'antibiotiques dans le cas d'otite moyenne aiguë ou est-ce que vous verriez des points que nous n'avions pas abordés ?

Interviewé

Je reste persuadé quand même si vous voulez que dans le cas d'otite bactérienne indépendamment du risque infectieux, on réduit quand même l'évolution au point de vue confort, c'est-à-dire au niveau fièvre, douleur et compagnie, et si on est sûr des bactéries il est licite de traiter à ce moment là.

6 Annexe 6 : Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes. Chapitres se rapportant à l'otite moyenne aiguë. AFFSAPS, octobre 2005

Afin de limiter la survenue d'effets indésirables et l'émergence de plus en plus fréquente de résistances bactériennes, la prescription des antibiotiques doit être réservée aux seules situations cliniques où leur efficacité a été démontrée.

Pour l'élaboration de ces recommandations en matière d'antibiothérapie, sont pris en compte les données les plus récentes d'épidémiologie microbienne et le spectre des antibiotiques. Ainsi, est-il possible que certains antibiotiques ayant l'AMM ne soient pas recommandés dans ce texte.

OTITE MOYENNE AIGUË

1. DEFINITION CLINIQUE

L'otite moyenne aiguë (OMA) purulente correspond à la surinfection bactérienne de l'oreille moyenne, avec présence d'un épanchement purulent ou mucopurulent dans la caisse du tympan.

Ne sont envisagées dans cette recommandation que les OMA de l'enfant de plus de 3 mois immunocompétent, la prise en charge d'un enfant de moins de 3 mois nécessitant un avis spécialisé.

L'OMA est beaucoup plus rare et moins documentée chez l'adulte. Le taux de résistance bactérienne conduit à redéfinir les schémas thérapeutiques, notamment l'indication de l'antibiothérapie et le choix des produits.

2. DIAGNOSTIC D'OTITE MOYENNE AIGUË

Le diagnostic d'OMA purulente est clinique. Il repose sur l'association de signes fonctionnels et généraux d'installation récente à des signes otoscopiques évocateurs.

Les signes fonctionnels sont l'otalgie et ses équivalents (irritabilité, pleurs, insomnie...).

Les signes généraux sont dominés par la fièvre.

Les signes otoscopiques sont l'inflammation (congestion ou hypervascularisation) associée à un épanchement rétro-tympanique, extériorisé (otorrhée), ou non extériorisé (opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement).

L'OMA purulente doit être distinguée de l'OMA congestive et de l'otite séromuqueuse (OSM) :

- l'OMA congestive correspond à une congestion bénigne des tympans le plus souvent d'origine virale, dans le cadre d'une rhinopharyngite le plus souvent spontanément résolutive ;
- l'OSM se manifeste par un épanchement rétrotympanique sans inflammation marquée niotalgie, ni signes généraux.

La symptomatologie clinique peut orienter vers la bactérie en cause. En cas d'otite associée à une conjonctivite purulente, la probabilité d'une infection à *Hæmophilus influenzae* est forte. Ceci permet de définir le syndrome otite-conjonctivite. En cas d'otite très fébrile et douloureuse, la probabilité du pneumocoque est plus importante.

3. ANTIBIOTHERAPIE DE L'OTITE MOYENNE AIGUË DE L'ENFANT

- Indications de l'antibiothérapie

- OMA purulente

Chez l'enfant de moins de 2 ans, l'antibiothérapie d'emblée est recommandée (Accord professionnel).

Chez l'enfant de plus de 2 ans peu symptomatique, l'abstention en première intention de l'antibiothérapie est licite ; en revanche, si la symptomatologie est bruyante (fièvre élevée, otalgie intense), une antibiothérapie doit être prescrite (Grade B).

Le choix de l'abstention doit s'accompagner d'une réévaluation de l'enfant à 48-72 heures sous traitement symptomatique (Grade B).

- OMA congestive

Des tympans congestifs, avec respect des reliefs normaux sans bombement, observés lors des premiers jours d'une rhinopharyngite ne sont pas une indication à l'antibiothérapie. L'enfant doit être revu si les symptômes persistent au delà du 3ème jour (Accord professionnel).

- Otite séro-muqueuse

Les antibiotiques ne sont pas indiqués dans les otites séro-muqueuses ; cependant une évolution prolongée associée à une hypoacousie incitent à un avis ORL (Grade B).

- Tympan mal ou non vus

Des conditions d'examen difficiles ou un bouchon de cérumen, en particulier chez le nourrisson, peuvent empêcher de visualiser les tympans. Dans ce cas l'antibiothérapie ne doit pas être prescrite à l'aveugle. En cas de difficulté pour nettoyer les conduits auditifs :

- après l'âge de 2 ans, en l'absence d'otalgie, le diagnostic d'OMA purulente est très improbable ;

- avant 2 ans, devant des symptômes pouvant évoquer une otite, la visualisation des tympans est nécessaire et le recours à l'ORL doit être envisagé.

- Antibiothérapie de première intention chez l'enfant (Annexe 6)

Chez l'enfant de plus de 3 mois, il est recommandé d'instaurer une monothérapie par voie orale (Grade B).

Les principales bactéries cause d'une OMA purulente sont : *Streptococcus pneumoniae*, *Hæmophilus influenzae*, *Branhamella catarrhalis* (ex *Moraxella catarrhalis*). Parmi les souches isolées, plus de 60% des souches de pneumocoques présentent une sensibilité anormale aux β -lactamines et sont résistantes aux macrolides. La molécule orale la plus active sur les pneumocoques de sensibilité anormale à la pénicilline est l'amoxicilline. Cependant, les OMA purulentes étant traitées sans examen bactériologique, les autres bactéries (*H. influenzae*, *B. catarrhalis*) jouant un rôle important, les antibiotiques recommandés sont :

- l'association amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j d'amoxicilline),
- ou le cefpodoxime-proxétil.,
- ou le céfuroxime-axétil.

Le recours à la ceftriaxone en injection IM doit rester exceptionnel et se conformer au libellé d'AMM (Grade B).

Dans le cadre du syndrome otite-conjonctivite orientant vers *H.influenzae*, le cefpodoxime proxétil est le traitement de première intention. Il a en effet la meilleure activité sur *H. influenzae* parmi les bêta-lactamines par voie orale recommandées ci-dessus.

En cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines, le cefpodoxime-proxétil ou le céfuroxime-axétil sont recommandés (cf. Annexe 7).

En cas de contre-indication aux bêta-lactamines :

- enfant de moins de 6 ans : association érythromycine-sulfafurazole ; cependant, il existe un risque important d'échec bactériologique compte tenu du niveau de résistance du pneumocoque vis-à-vis des deux composants de cet antibiotique ;

- enfant de plus de 6 ans : pristinamycine.

La durée de l'antibiothérapie est de 8 à 10 jours chez l'enfant de moins de 2 ans, de 5 jours après cet âge (Grade A).

En cas d'évolution clinique favorable, le contrôle systématique des tympanes en fin de traitement n'est pas nécessaire.

- Prise en charge des échecs

L'échec du traitement antibiotique est défini par l'aggravation, la persistance au delà de 48 heures après le début du traitement antibiotique, ou la réapparition dans les 4 jours suivant la fin du traitement, des signes fonctionnels ou généraux, associées à des signes otoscopiques d'OMA purulente. Cette éventualité, qui est surtout à envisager chez les nourrissons de moins de 2 ans, justifie une paracentèse avec prélèvement bactériologique, suivie d'un changement d'antibiotique en fonction du premier antibiotique utilisé et des bactéries isolées (Grade B). Les deux antibiotiques actifs sur les pneumocoques résistants sont l'amoxicilline forte dose (150 mg/kg/j) et la ceftriaxone injectable. La prescription de ces antibiotiques doit bien sûr tenir compte des données des prélèvements bactériologiques (identification et antibiogramme).

- Autres traitements

Un traitement antalgique antipyrétique est recommandé*. Dans cette pathologie, l'utilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens à doses anti-inflammatoires et des corticoïdes n'est pas démontrée. Les gouttes auriculaires contenant des antibiotiques

n'ont aucune indication dans l'OMA et sont réservées au traitement des otites externes.

La vaccination antipneumococcique ne remet pas, pour l'instant, en cause les choix thérapeutiques proposés dans l'OMA.

4. OTITE MOYENNE AIGUË DE L'ADULTE

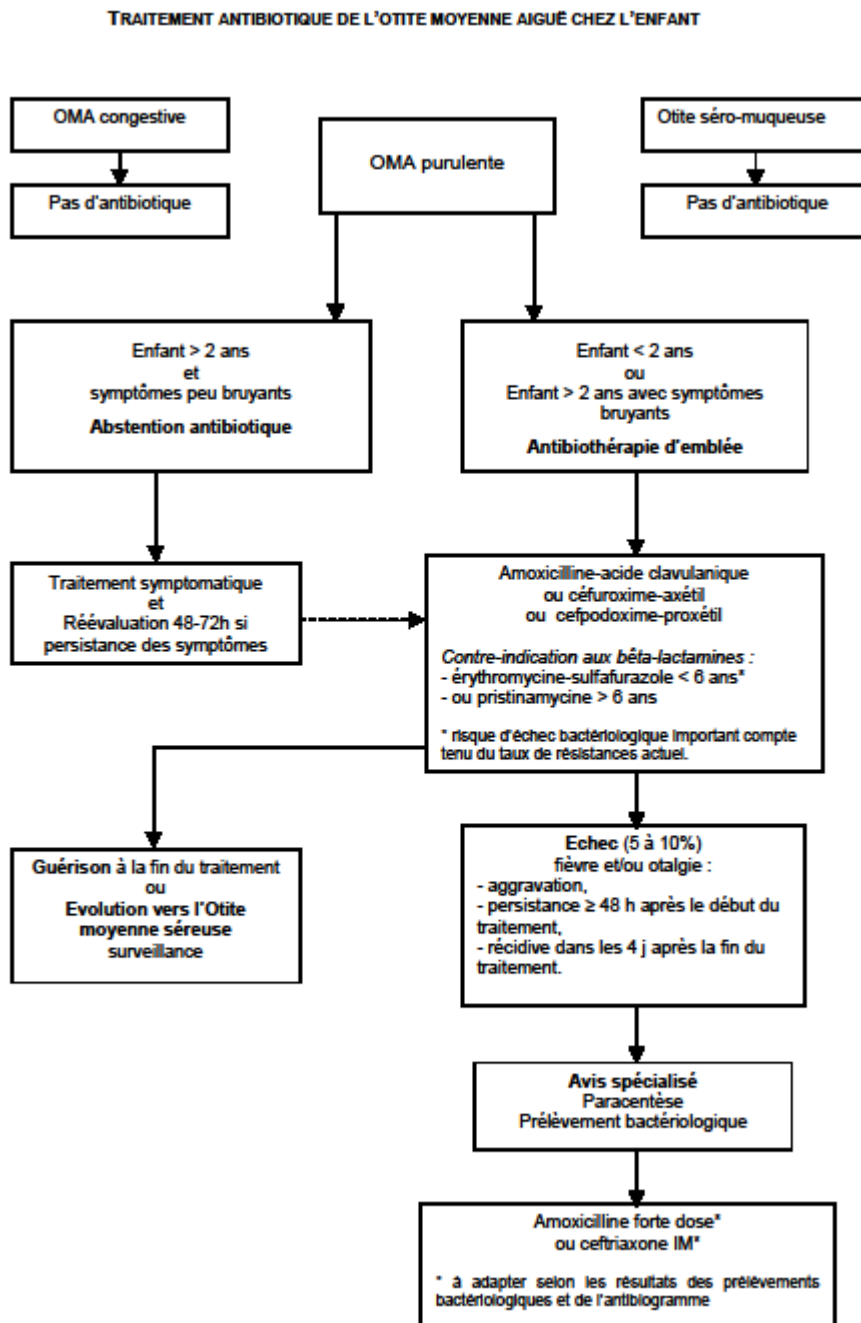
Les antibiotiques recommandés sont :

- amoxicilline-acide clavulanique, la dose totale d'amoxicilline ne doit pas être inférieure à 3 g/j en 3 prises,
- les céphalosporines orales de 2ème génération (céfuroxime-axétil,) et certaines céphalosporines orales de 3ème génération (cefpodoxime-proxétil, céfotiam-hexétil),
- la pristinamycine, notamment en cas de contre-indication aux bêta-lactamines.

En l'absence de données et par analogie avec le traitement de la sinusite, la durée de traitement recommandée est de 7 à 10 jours (Accord professionnel).

ANNEXES

Annexe 6 Traitement antibiotique de l'otite moyenne aiguë chez l'enfant



Annexe 7 Allergie à la pénicilline et aux céphalosporines

L'allergie à la pénicilline et aux céphalosporines est très souvent surestimée avec 80 à 90% des patients qui signalent une allergie sans l'être véritablement. Si l'allergie vraie est rare, elle peut être sévère voire létale. Il convient donc de répondre aux questions : allergie ou non, possibilité ou non de prescrire une bêta-lactamine dont une céphalosporine en cas d'allergie à la pénicilline et inversement ? Le diagnostic repose avant tout sur l'interrogatoire, la réalisation de tests cutanés, et le test de provocation sous surveillance hospitalière.

Quelles sont les questions à poser à l'interrogatoire devant toute suspicion d'allergie à la pénicilline ?

Il faut au minimum connaître : la durée entre la prise et l'apparition des symptômes (recherche notamment d'une réaction immédiate dans l'heure suivant la dernière prise), les caractéristiques des manifestations cliniques (recherche notamment de signes évocateurs d'anaphylaxie : malaise, hypotension, signes digestifs à type de diarrhée, vomissements, érythème diffus, prurit, urticaire, angio-œdème, bronchospasme, trouble du rythme cardiaque..., recherche de réactions cutanées graves telles que décollement cutané, atteintes muqueuses, atteintes multi-organes), les autres médicaments prescrits de façon concomitante avec l'historique de l'administration (prise au long cours, prescription récente en même temps que l'antibiotique...), l'évolution à l'arrêt de l'antibiotique (guérison à l'arrêt lors d'allergie véritable), l'existence d'une nouvelle prise (après ou avant la réaction) d'antibiotique de la famille des bêta-lactamines comme l'amoxicilline, une céphalosporine et si oui quelle en a été le résultat ?, la raison de la prescription d'antibiotique (afin de savoir si les manifestations cliniques ne sont pas liées à la maladie elle-même, exemple : éruption sous amoxicilline lors d'une angine à EBV, infection à mycoplasme), l'âge de survenue.

Quels sont les signes en faveur d'une allergie IgE dépendante aux pénicillines ?

- Antécédent de prise de la même molécule sans problème,
- Une réaction immédiate, survenant moins d'1 heure après la nouvelle prise,
- L'association à des signes d'anaphylaxie avec urticaire et/ou un angio-œdème.

Il existe une contre indication à la prescription de pénicillines dont l'amoxicilline chez ces patients. Une consultation en allergologie est recommandée.

Une allergie aux céphalosporines se manifeste par les mêmes symptômes.

Quel est le signe le moins évocateur d'allergie ?

- La réaction « morbilliforme », notamment chez les enfants, qui survient à la fin d'un traitement (7 à 8 jours) associant amoxicilline et acide clavulanique.

L'examen attentif du carnet de santé met souvent en évidence des prises ultérieures de pénicilline qui ne se sont accompagnées d'aucun effet indésirable. Toutefois, rarement de vraies allergies de type IV peuvent s'exprimer ainsi.

Les tests cutanés à lecture immédiate

Les tests cutanés recommandés quand la réaction a été immédiate et/ou cliniquement anaphylactique sont les « prick tests » et les tests intradermiques à lecture immédiate. Ils ne sont validés que pour les pénicillines. Ces tests ont une bonne valeur prédictive surtout s'ils sont positifs. Dans une étude récente, sur 290 patients, la sensibilité de ces tests étaient de 70% avec une spécificité de 97% en utilisant quatre déterminants antigéniques. Leur pratique et interprétation répondent à des recommandations de l'Académie Européenne d'Allergologie et d'Immunologie. Tout test cutané à lecture immédiate positif fait dans les règles de l'art, même si la réaction initiale était peu intense, est une contre-indication à la réintroduction de la molécule. Les tests cutanés aux céphalosporines ne sont utiles que vis-à-vis du même composé testé (ils ne sont pas interprétables d'une molécule à l'autre).

Allergie à la pénicilline et prise de céphalosporine (figure 1)

Une publication récente indique que le risque d'allergie croisée entre pénicillines et céphalosporines semble plus faible que ce qui était décrit il y a quelques années (1 à 10%), et encore moins importante pour les céphalosporines de 2^{ème} et 3^{ème} générations que pour celles de 1^{ère} génération.

Il n'existe pas à ce jour de consensus véritable sur la prise en charge d'un patient allergique aux pénicillines justifiant d'une prescription de céphalosporine. Toutefois, il semble légitime, malgré l'absence de preuves dans la littérature, de contre-indiquer en ambulatoire cette classe d'antibiotique en cas d'allergie sévère à la pénicilline (et/ou s'il existe des tests cutanés positifs pour les pénicillines). Dans tous les autres cas et notamment, lors d'allergie à la pénicilline sans signe de gravité, la prescription de céphalosporine de 2^{ème} ou 3^{ème} génération peut être proposée.

Allergie aux céphalosporines

Les allergies aux céphalosporines avec signes de gravité sont rares (< 0,02%). Le risque est encore plus faible avec les céphalosporines de 3^{ème} génération. Les réactions cutanées à type de rash, exanthème et prurit sont évaluées entre 1 à 3%. A ce jour, il n'existe pas de tests cutanés validés pour les céphalosporines.

Sur un plan pratique, un patient qui a eu une réaction sévère ou précoce à type de rash urticarien, angio-œdème et/ou signes évocateurs d'anaphylaxie, ne doit pas prendre une nouvelle fois une céphalosporine. Le risque de réaction croisée entre les différentes générations de céphalosporine est inconnu. La prescription de pénicilline chez un patient aux antécédents d'allergie sévère aux céphalosporines est possible si les tests cutanés à lecture immédiate pour la pénicilline sont négatifs, ce qui suppose de les avoir réalisés. Pour les réactions dites tardives et bénignes, certains auteurs proposent la prescription d'une pénicilline ou d'une céphalosporine d'une autre génération. Cependant, ces recommandations restent controversées.

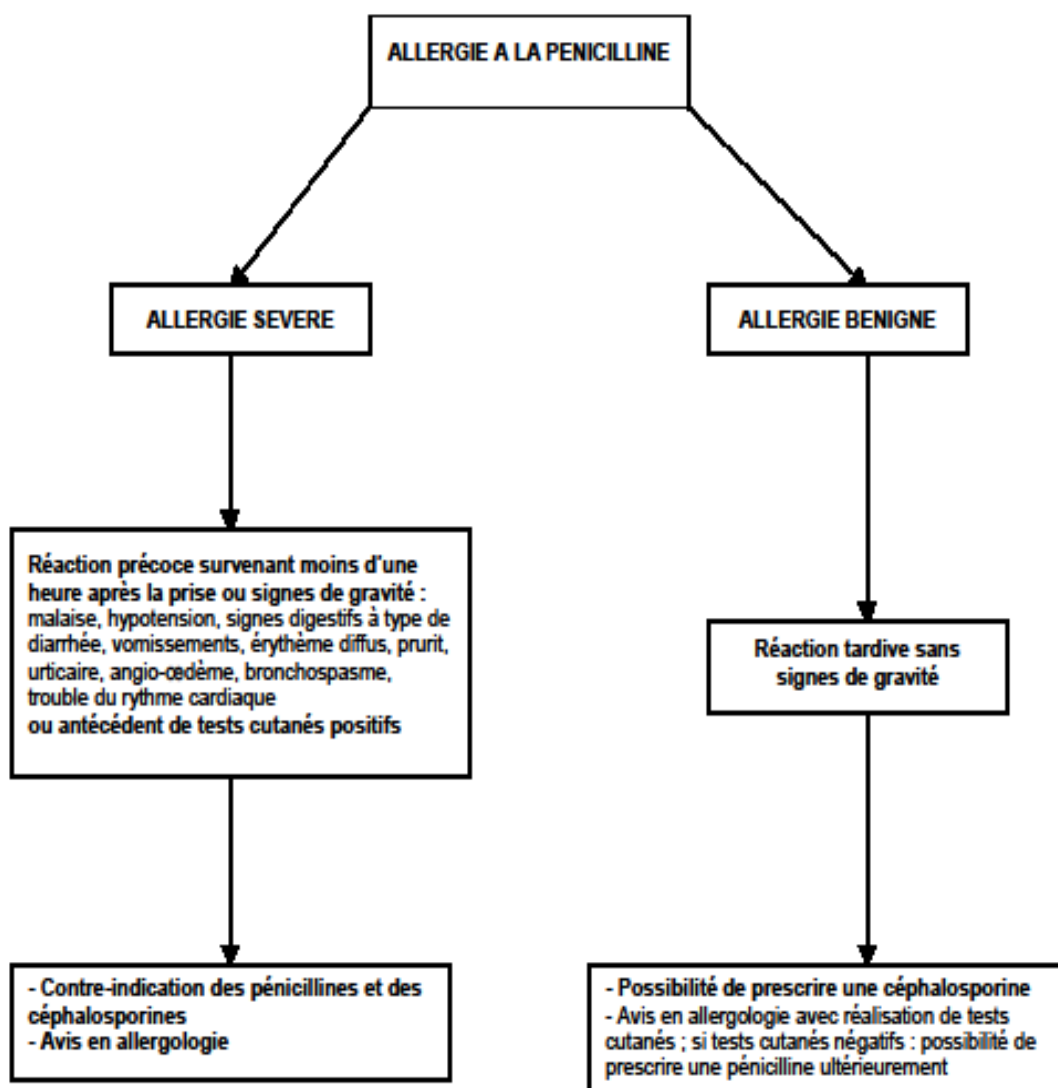


Figure 1 : Allergie à la pénicilline

Résumé :

Introduction : l'otite moyenne aiguë est l'infection la plus fréquente de l'enfant et une des premières causes de prescription d'antibiotiques. Or l'émergence d'antibiorésistance est une préoccupation de santé publique. Chez l'enfant de plus de deux ans les *guidelines* ne recommandent pas systématiquement l'antibiothérapie d'emblée. Cependant la prescription d'antibiotiques reste très importante. Quels sont les freins à une abstention thérapeutique ?

Matériel et Méthodes : il s'agit d'une étude empirique exploratoire qualitative auprès de vingt-trois médecins généralistes par entretiens semi-directifs téléphoniques.

Résultats : la prescription systématique est très minoritaire dans notre échantillon (8/23). La majorité des répondants (17/23) pense, sur un mode culpabilisé, trop prescrire. Le manque de disponibilité semble un facteur clé de la prescription systématique. Unanimement, la sévérité des symptômes est considérée comme impliquant un traitement antibiotique. L'anxiété constitue un motif avancé par une majorité de médecins (12/23). D'autres raisons sont invoquées par de nombreux médecins, en particulier le doute diagnostique ou la difficulté des relations avec les patients ou même la pression des parents par respectivement 13, 10, 6 médecins. Le rôle des visiteurs médicaux comme celui du risque juridique sont écartés comme jouant un rôle dans la sur-prescription. La majorité des médecins interrogés ne connaît pas les recommandations (14/23), mais la connaissance des recommandations semble peu influencer la prescription. Pour réfléchir sur les possibilités d'agir pour diminuer la sur-prescription nous avons construit une typologie des médecins et distingué quatre groupes partageant des caractéristiques mais surtout des pratiques et des représentations communes : Les rigoureux bien informés ; Les expérimentés confiants ; Les réfractaires avertis et les prescripteurs anxieux qui doivent être prioritairement ciblés pour diminuer la prescription antibiotique.

Conclusion : cette enquête a tenté d'identifier les difficultés à la non prescription d'antibiotiques. Il s'agit d'une étude exploratoire qui pourrait être complétée par une étude quantitative.

Background: acute otitis media is the most frequent infection of children and one of the first causes of antibiotics prescription. The emergence of antibiotic resistances is a concern of public health. For children older than two years guidelines does not recommend systematically antibiotic treatment at once. However the antibiotics prescription remains very large. Which are obstacles in therapeutic abstention?

Methods : it is a qualitative exploratory empirical study with twenty three general practitioners by phone semi-directive interviews.

Results : systematic prescription is very minority in our sample group (8/23). Most of the doctors (17/23) think, with a guilty feeling, that they prescribe too much. The lack of availability seems to be a key factor of automatic prescription. Unanimously, the severity of the symptoms is considered as involving an antibiotic treatment. The anxiety is a motive asserted by a majority of doctors (12/23). Other reasons are asserted by numerous doctors, in particular the diagnostic doubt or the difficulty of relationship with patients or even the pressure of the parents by respectively 13, 10, 6 doctors. The medical representatives role as that of the legal risk are almost unanimously pushed aside as a cause on over prescription. Most of the questioned doctors do not know the recommendations (14/23), but their knowledge seems to influence little the prescription. In order to think about the possibilities to decrease prescription we built a typology of doctors and distinguished four groups sharing characteristics, practices and common representations: the rigorous well informed; the confident experimented; the refractory warned and the anxious influencers who must be firstly targeted to decrease the antibiotic prescription.

Conclusion : this investigation tried to identify the difficulties with antibiotics prescription abstention. It is an exploratory study which could be completed by a quantitative study.

Mots clés

Otite moyenne aiguë
Antibiothérapie
Médecine générale
Qualitative
Représentations
Enfant