

Utilisation rationnelle des antibiotiques. La réalité sur le terrain de la médecine générale

*Rational use of antibiotics. Reality on the ground of the
general medicine*

M. Schetgen

D.M.G.-U.L.B.

RESUME

Le médecin généraliste, au centre du système des soins de santé belge, peut avoir un impact sur le coût de ceux-ci, entre autres en rationalisant la prescription des antibiotiques. Parmi les outils lui permettant de réaliser cet objectif et ainsi de peser également sur la diminution des résistances, on retrouve les recommandations de bonne pratique. Toutefois, la réalité sur le terrain de la première ligne, amène le médecin de famille à intégrer dans ses décisions sa connaissance globale du patient. De plus, l'approche diagnostique et thérapeutique, spécifique des soins primaires, ne permet pas toujours d'appliquer à la lettre ces recommandations. La pression du patient et de la société est un autre facteur auquel le généraliste est confronté.

Une intensification de la formation continue, une plus grande collaboration de la première ligne dans la rédaction des guidelines, une amélioration des tests diagnostiques rapides et le maintien d'un dialogue de qualité avec les patients sont les pistes à suivre pour améliorer la situation actuelle, la Belgique restant pour l'instant dans le peloton de tête européen en matière de prescriptions d'antibiotiques.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 391-5

ABSTRACT

General practitioners, central to Belgian healthcare, can have an impact on its cost, e.g. by rationalising the prescription of antibiotics. Among the tools enabling them to reach this objective, and thus also influencing the decrease in resistance, one finds good practice recommendations. However, the reality of work on the field leads general practitioners to take their global knowledge of their patients into account. Moreover, the diagnostic and therapeutic approach which is specific to primary care does not always allow for a strict application of these recommendations. Patient and society pressure is another factor general practitioners are confronted with. An intensification of continuous training, a greater front line collaboration in establishing guidelines, an improvement in quick diagnosis tests and the maintenance of a privileged dialogue with patients are the way forward to improve the present situation, Belgium being for the moment one of the European leaders in antibiotics prescribing.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 391-5

Key words : general practitioner, antibiotics, good practice recommendations

La prescription des antibiotiques par la première ligne fait l'objet de nombreuses publications et de recommandations basées sur l'*evidence-based medicine*¹.

Même bien informés, les généralistes ne semblent pas toujours suivre ces recommandations, comme le montrent certaines études publiées par l'INAMI².

Les raisons de cette non " observance " sont multiples : prise en charge difficile en première ligne, intégration de divers facteurs individuels et sociaux, expériences personnelles du praticien, manque de conviction sur la neutralité scientifique de certaines recommandations ...

Certains médecins ressentent les *guidelines* comme étant parfois trop influencées par l'*" economic based medicine "*. A ce sujet, deux théories s'opposent

sur le terrain. Un certain nombre de praticiens pensent qu'il faut différencier le rôle des médecins de celui du monde politique, estimant que la responsabilité de l'équilibre du coût des soins de santé revient uniquement au second, les médecins devant prodiguer des soins de qualité en ne se référant qu'aux éléments de nature scientifique. Cette opinion est sans doute réductrice, y compris pour les médecins généralistes qui jouent un rôle important dans le système de soins de santé en Belgique. Le généraliste est, par définition, le médecin de la première ligne : 90 à 95 % des Belges ont un médecin généraliste³ et, dans le cadre des soins primaires, 70 à 80 % des problèmes trouvent une solution⁴. La capacité d'assumer efficacement ce rôle aura, dès lors, des conséquences directes sur les dépenses en soins de santé. L'omnipraticien joue également un rôle de coordinateur : en tant que " chef d'orchestre ", il peut éviter de nombreux examens répétitifs ou inutiles. Il est aussi le garant de la continuité des soins. Dans ce cadre, il peut aussi, à long terme, par une prévention bien intégrée, réduire les coûts. Enfin, il est responsable de ce qu'on appelle la prévention quaternaire, évitant le cercle vicieux des examens complémentaires ou des abus médicamenteux inutiles ou nocifs pour le patient.

Il ne fait aucun doute dès lors que, s'il le souhaite, le médecin de famille a la possibilité d'agir par différentes voies sur le coût des soins de santé.

Rappelons qu'en Belgique, le budget global de ceux-ci avoisine les 20 milliards d'euros. 4 % de ce budget sont consacrés aux actes intellectuels de la première ligne. Par contre, les médicaments prescrits par cette première ligne représentent 10 % et même, dans certaines estimations, 12 % de l'ensemble du budget (soit 200 à 300 de médicaments par patient, par an). En ce qui concerne les antibiotiques, 80 % sont précisément prescrits par la première ligne. Le rôle " économique " du médecin de famille, indépendamment de son rôle d'éviction des résistances, semble donc essentiel dans ce domaine.

Les autorités l'ont bien compris, prenant depuis plusieurs années des mesures de régulation. On peut rappeler, au niveau purement économique, l'établissement des quotas minimaux de génériques proposés en 2005 : 27 % de génériques à prescrire par les généralistes (chiffre aujourd'hui nettement dépassé). Et puis, il y a surtout les profils INAMI indiquant le volume général par classe de médicament prescrit, le volume individuel et les coûts par classe tant pour l'ensemble des médecins généralistes qu'individuellement. Ces profils sont de plus aujourd'hui accompagnés de recommandations de bonnes pratiques.

Ces profils peuvent sensibiliser les médecins généralistes au coût réel de la prescription mais aussi permettre à chacun de s'auto-évaluer ou encore servir de base de discussion au sein des GLEMs (les groupements locaux d'évaluation médicale) où les recommandations de bonne pratique seront confrontées

à la réalité du terrain.

Nous savons toutefois que les profils de prescription dépendent du type de patientèle (milieu social, environnement, âge, etc.). Ainsi, les statistiques montrent que le volume annuel des prescriptions d'antibiotiques augmente fortement avec l'âge⁵. En Belgique, la DDD (*defined daily dose*) passe de moins de 10.000 chez les patients de 50 ans à plus de 15.000 chez les plus de 80 ans et à plus de 20.000 chez les plus de 90 ans ! D'autre part, ce n'est pas parce qu'on a un profil qui se situe dans une " bonne " moyenne que la prescription est obligatoirement de qualité ! Il y a un risque d'autosatisfaction lorsqu'on se situe dans un décile inférieur à 5, et qu'on est considéré dès lors comme un " bon élève ". Cette autosatisfaction pourrait même avoir un effet pervers et conduire à la longue à une médecine de moins bonne qualité.

Par ailleurs, on ne prend pas en considération un autre élément fondamental, qui est la prise en charge réelle des patients par la première ligne. Il est évident que si un généraliste transfère régulièrement nombre de ces patients vers la deuxième ligne ou les hospitalise fréquemment pour diverses mises au point, il aura un profil plus favorable en matière de biologie clinique, de radiologie ou de prescription médicamenteuse par rapport à celui qui réalise seul une véritable prise en charge de ses patients ! Enfin, quand on analyse de près certains profils, on constate qu'en dehors de certains prescripteurs " anormaux ", les marges entre les différents omnipraticiens sont faibles en particulier en matière d'antibiothérapie, surtout si l'on compare des patientèles véritablement semblables.

Quoi qu'il en soit, ces profils restent des outils de qualité mais qui doivent être entourés de nombreuses mesures d'accompagnement. Il faut ainsi intensifier la formation continue, y compris, évidemment, son volet économique et impliquer davantage les GLEMs, creuset par excellence du travail sur le terrain. Il faut aussi que les recommandations de bonne pratique soient davantage discutées entre tous ceux qui collaborent dans notre système de soins de santé, en particulier les généralistes, les spécialistes intra ou extrahospitaliers et les pharmaciens. Un récent travail de fin d'études comparait la prise en charge et le traitement des infections ORL par des généralistes et des pédiatres hospitaliers⁶. En matière de sinusite, l'amoxicilline-acide clavulinique est quasiment toujours un premier choix pour les pédiatres alors que les généralistes utilisent de manière beaucoup plus large l'amoxicilline seule. Dans le même ordre d'idées, on constate de plus en plus souvent des discordances dans les dosages d'amoxicilline conseillés par les omnipraticiens et par les pharmaciens en première ligne.

Confronter davantage tous les acteurs autour des recommandations de bonne pratique serait un premier pas vers une plus grande cohérence, profitable avant tout au patient lui-même.

Il faut aussi intensifier le rôle de coordinateur et de garant de la continuité des soins du médecin de famille, ce qui évitera un certain nombre de prescriptions répétitives ou inutiles, en particulier en matière d'antibiothérapie. Enfin, il est souhaitable que l'ensemble des mesures soient participatives et n'aboutissent en aucun cas à une répression qui serait certainement contre-productive.

La pratique sur le terrain

Les particularités de la pratique médicale de la première ligne influencent inévitablement la prescription d'antibiotiques. Premièrement, le généraliste est souvent seul à décider, même si heureusement le travail en réseau se développe de plus en plus dans notre pays. Il y a dans ce cadre la difficile gestion de l'urgence. En médecine générale, il est important de "laisser du temps au temps". Beaucoup de patients guérissent sans médication, mais les exceptions ne sont, malheureusement, pas rares et ne pas passer à côté de l'urgence est un souci et une obligation permanente. L'attitude thérapeutique, lors de la consultation du vendredi soir, sera dès lors parfois légitimement différente de celle du lundi matin !

Le médecin de famille devra en permanence intégrer les recommandations de bonne pratique et les légitimes peurs de complications. De nombreux généralistes ont été confrontés à un ou plusieurs cas où après avoir évité ou postposé une antibiothérapie, des complications parfois graves sont apparues, y compris dans la sphère pédiatrique. Ces "échecs" restent de manière consciente ou inconsciente dans le schéma décisionnel du praticien.

Par ailleurs, le généraliste est souvent confronté à des patients présentant des pathologies multiples et complexes qui l'amènent à préférer une couverture médicamenteuse large, parfois mal comprise par la deuxième ligne.

Un deuxième facteur est la pression exercée par les patients eux-mêmes. Nous vivons dans une société où l'on souhaite souvent "tout, tout de suite", se traduisant en matière de santé par une volonté de guérir "instantanément". Malgré les nombreuses campagnes de presse basées sur l'inutilité des antibiotiques dans une série de pathologies infectieuses, la volonté de prendre un antibiotique pour "guérir plus vite" reste ancrée chez de nombreux patients. Cette pression est parfois exacerbée par le milieu professionnel ou familial. Le généraliste a une obligation de résultats et le patient accepte mal des soins basés sur des chiffres statistiques issus des études EBM. Notons dans ce cadre, l'importance d'informer de manière correcte le patient. Prenons l'exemple de la pharyngite aiguë : si la clinique ou un test bactériologique rapide oriente vers une cause streptococcique, nous savons qu'un traitement dans les 2 premiers jours réduit de 1 à 2 jours le temps de la maladie⁷. Indépendamment des risques de complications, à évaluer au cas par cas, ce gain de

24 à 48 heures doit être discuté avec le patient et dans un second temps l'avis de celui-ci devra être respecté. Par ailleurs, la pression des patients peut dépendre de leur propre histoire ou de celle d'un proche. Devons-nous systématiquement imposer des recommandations de bonne pratique strictes en ne tenant pas compte de ces peurs ? La pratique nous montre que le bon sens se trouve dans une véritable prise en charge globale du patient intégrant non seulement les facteurs médicaux mais aussi psychologiques, sociaux et environnementaux. De plus, une étude belge⁸ réalisée en officine en 2006 auprès environ 200 patients, montrait que 20 % de ceux-ci avaient au moins une fois entamé un traitement antibiotique sans aucun avis médical. La même étude montrait que, malgré les campagnes d'information, 50 % des patients estimaient qu'en cas de sinusite, otite, pharyngite ou bronchite, l'antibiothérapie était nécessaire. *A contrario*, nous avons tous régulièrement des patients refusant, suite aux mêmes campagnes, un traitement antibiotique que nous jugeons nécessaire.

Face à cette pression du patient et de la société, le généraliste se doit de prendre du temps pour expliquer et dialoguer avec le patient. En médecine générale, la relation fortement duelle entre le praticien et le patient devrait faciliter cette approche. C'est ici qu'intervient la difficile notion du temps. En matière d'antibiothérapie, comme dans de nombreux autres types de prises en charge, le temps pour expliquer objectivement toutes les facettes d'une décision scientifiquement correcte et humainement acceptable manque cruellement à la médecine de première ligne. De plus, tous les paramètres indiquent que le nombre de généralistes va décroître de manière significative en Belgique ces prochaines années. Dès lors, une réflexion sur l'organisation de la première ligne, intégrant entre autres le partage des tâches par les différents intervenants, sera nécessaire pour permettre de dégager du temps permettant au médecin de famille d'améliorer son rôle de communicateur.

Un dernier facteur est la difficulté diagnostique en première ligne, en particulier pour déterminer l'origine virale ou bactérienne d'une infection. Actuellement l'omnipraticien se base essentiellement sur des critères cliniques, comme par exemple les critères de CENTOR dans la pharyngite (pyrexie, ganglions +, absence de toux, exsudats). Cette analyse clinique est ensuite intégrée aux antécédents et aux risques de co-morbidité, avant de réaliser un "pari" diagnostique et ensuite thérapeutique basé sur les *guidelines*. Toutefois, même avec de bons critères cliniques, il est difficile d'obtenir une "certitude" supérieure à 50 %. On peut bien sûr y ajouter des tests bactériologiques rapides comme le "streptest" mais la fiabilité (70 à 80 %) et le coût ne permettent pas, à ce jour, d'en proposer la généralisation. Une piste intéressante est le test de CRP rapide pratiqué par les généralistes au cabinet, dans plusieurs pays européens, comme la Norvège, la Suède ou l'Allemagne. Une étude belge devrait bientôt voir le jour, permettant d'évaluer ce type de test sur le terrain.

Intégrer “ pratique en première ligne ” et “ recommandations de bonne pratique ”

Bien sûr, ces particularités de la première ligne empêchant d'appliquer toujours les *guidelines* à la lettre, ne doivent pas nous faire oublier l'importante consommation d'antibiotique en médecine générale dans notre pays. Une étude⁹ réalisée sur l'usage des antibiotiques en Europe montrait qu'en 2002 les différences de consommation entre les pays étaient énormes.

En France, champion européen de la consommation, plus de 30 doses pour 1.000 habitants sont prescrites par jour alors qu'aux Pays-Bas, le chiffre est trois fois moindre. La Belgique se trouve malheureusement dans le peloton de tête avec près de 25 doses par jour et par 1.000 habitants. Même si ces chiffres doivent être nuancés par les différences parfois importantes d'organisation des systèmes de soins de santé, ils doivent bien entendu nous interpeller. D'autre part, on ne peut pas nier le fait que l'utilisation massive d'antibiotiques en médecine générale entraîne une multiplication des résistances bactériennes. Ainsi, dans le cas des pneumonies à pneumocoques, les Hollandais, qui consomment peu de pénicilline, ne présentent quasi pas de résistance alors qu'en France, où on en consomme beaucoup, les résistances montent à près de 50 %⁹. Depuis une dizaine d'années, parallèlement aux campagnes dirigées tant vers le monde médical que vers le grand public, on constate en Belgique une diminution progressive de la consommation d'antibiotiques. Parallèlement, on observe depuis 2000 pour le pneumocoque un ralentissement de la croissance, voire une décroissance de la résistance à divers antibiotiques comme l'érythromycine, la tétracycline ou la pénicilline¹⁰.

Il va de soi que les médecins de famille doivent poursuivre cet effort mais que, en contrepartie, les autorités doivent accepter que les recommandations ne sont pas toujours applicables à la lettre et ne doivent pas être imposées comme “ une religion ”, mais avant tout comme un outil essentiel ne se retournant jamais contre les praticiens eux-mêmes. Il est important aussi que ces recommandations, souvent inspirées par l'INAMI, ne soient pas ressenties comme d'essence plus économique que scientifique et que, dès lors, leur élaboration se fasse en étroite collaboration avec les praticiens et en particulier, dans ce domaine de l'antibiothérapie, avec ceux de la première ligne.

Pour réussir cette intégration, il faut continuer à donner aux praticiens, en particulier à travers la formation continue, des outils leur permettant

- de définir les situations cliniques qui justifient une antibiothérapie (sens clinique, tests bactériologiques rapides, CRP rapide, etc.) ;
- de connaître pour chacune de ces situations les éléments utiles à l'élaboration d'un diagnostic microbiologique probabiliste ;
- d'intégrer ces données aux antécédents, aux comorbidités et à l'état clinique du patient ;

- de choisir l'antibiotique le mieux adapté sans recourir exagérément aux produits à spectre très large ;
- et enfin d'ajuster les doses, les modalités d'administration et les durées de l'antibiothérapie afin d'en optimiser l'efficacité.

On rappellera aussi que, en pratique courante, les bactéries pathogènes sont peu nombreuses et que la connaissance approfondie d'une douzaine d'antibiotiques est nettement suffisante pour assurer un travail de qualité sur le terrain de la première ligne¹¹. L'observance des traitements (doses, durée) devra être assurée par l'éducation des patients en se rappelant que cette observance est toujours meilleure avec des traitements courts et un nombre aussi faible que possible de prises quotidiennes. Dans un certain nombre de cas, en particulier lorsque la confiance entre médecin et patient est forte, on peut utiliser le système des prescriptions différées qui seront utilisées ou non selon l'évolution de la pathologie. L'étude belge que nous avons évoquée plus haut⁶ montre que les patients respectent dans plus de 90 % les délais d'utilisation proposés par leur généraliste.

CONCLUSION

En conclusion, le rôle central exercé par le médecin de famille dans le système des soins de santé, l'amène logiquement à jouer aussi un rôle essentiel dans l'équilibre du coût de ceux-ci. Pour y parvenir, les recommandations de bonne pratique sont bien sûr un outil essentiel. Mais celles-ci doivent être élaborées en collaboration étroite avec la première ligne afin d'intégrer les particularités diagnostiques et thérapeutiques de celle-ci. Améliorer les tests diagnostiques, l'intensité de la formation continue et la qualité du dialogue médecin-patient sont les principaux défis pour l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAPCOP : Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire. Edition 2006
2. Comportement prescripteur “ Antibiotiques et antihypertenseurs ” INAMI. Service des soins de santé. Cellule d'information D/2004/0401/1
3. Etude Santé Belgique 2004. Journal du médecin, 2006 ; 1728
4. Médecine Générale. Concepts et pratiques. Collège national des généralistes enseignants. Paris, Masson, 1996
5. Les antibiotiques chez les personnes âgées. Conseil national de promotion de la qualité. Med flash janvier 2006 : 1
6. Spindel M : Comparaison des prises en charge diagnostiques et thérapeutiques de 3 affections ORL chez les enfants. Travail de fin d'études, filière médecine générale, 2007 : 6-12
7. De Meyere M, Matthys J, Cox T : Le mal de gorge aigu. Recommandations pour le bon usage des antibiotiques, 2001 : 1-5
8. Frankin M : Sciences et Citoyenneté : Antibiotiques : Stop ou encore ? Le consommateur des médicaments vu par le pharmacien d'officine. Bruxelles, Editions du Céfal, Francisco Ferrer, 2007

9. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M – ESAC Project Groupe : Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance : a cross-national database study. Lancet 2005 ; 365 : 579-87
10. Struelens M : Sciences et Citoyenneté : Antibiotiques : Stop ou encore ? D'Alexandre Fleming à la multi-résistance aux antibiotiques : leçons d'histoire pour le futur. Editions du Céfal, Francisco Ferrer, 2007 : 50-1
11. Schlemmer B : Les clefs d'une antibiothérapie raisonnée au quotidien. La revue du praticien 2003 ; 53 : 1533-44

Correspondance et tirés à part :

M. SCHETGEN
Place Communale 27
1630 Linkebeek

Travail reçu le 29 mai 2007 ; accepté dans sa version définitive le 25 juin 2007.