



Pourquoi les généralistes prescrivent-ils des antibiotiques pour le mal de gorge?

Les maux de gorge (MDG) -angine ou pharyngite- sont le plus souvent d'origine virale, d'évolution bénigne, très rarement compliqués. L'intérêt d'une prescription d'antibiotiques (ATB) y est faible¹. Cette prescription demeure fréquente malgré des recommandations tendant à en limiter l'usage. Des études qualitatives ont montré que les médecins généralistes surestiment la demande d'ATB de la part des patients, les amenant parfois à en prescrire dans le but de ne pas dégrader la relation médecin malade². Une nouvelle étude explore des causes possibles à cette surprescription³.

Objectif : Comprendre pourquoi des généralistes anglais (GP) prescrivent des ATB à certains patients consultants pour MDG, explorer les facteurs influençant leur décision.

Méthode : Étude qualitative, entretiens de face à face semi-structurés, échantillon de 40 GP (25 dans un premier échantillon diversifié + 15 sélectionnés suivant les don-nées émergentes) interrogés sur leurs opinions, leur connaissance des recommandations, ce qui influence leur pratique. Transcription intégrale des entretiens, analyse itérative des données, indépendamment par les 3 auteurs.

Résultats : Les GP de cette étude estimaient prescrire des ATB (pénicillines) dans 10 à 50 % des cas au maxi-mum. Tous affirmaient prescrire de façon rationnelle et éclairée (expérience clinique + données scientifiques), mais leurs idées et représentations étaient différentes :

1) **Une préoccupation : les complications**. Ces GP savent que les ATB sont souvent inutiles, mais les croient utiles pour certains patients : ceux dont les symptômes sont marqués (forte fièvre, adénopathies, signes locaux majeurs, aspect « toxique »), ou qui ne s'améliorent pas rapidement en quelques jours. Bien qu'ils sachent que même alors l'origine peut être virale, ils craignent des complications : phlegmon, septicémie, RAA. L'utilisation de scores cliniques⁴ n'est pas citée. Devant l'incertitude, ils disent prescrire plus d'ATB pour les patients de faible niveau socio économique, perçus comme plus exposés. Pauvreté, promiscuité, alcool, mauvaise alimentation, sont identifiés comme responsables d'une baisse immunitaire et de complications bactériennes plus fréquentes.

2) **Importance du contexte** : Certains GP reconnaissent changer leur mode de prescription d'une

journée à l'autre (« switch »), en fonction du contexte: surmenage, stress. Ils prescrivent parfois des ATB par facilité, sans tenir compte des symptômes, des recommandations, quand ils manquent de temps pour dialoguer avec un patient. Peu utilisent la prescription différée, malgré un avis favorable sur son intérêt. Peu croient que la résistance microbienne puisse être attribuée à la prescription de pénicillines en ville, face aux nombreuses prescriptions hospitalières de molécules plus récentes.

3) **Entretenir la relation médecin malade** n'est pas la raison principale de la prescription, mais ce facteur existe et varie suivant le style de consultation des GP. Convaincre un patient demandeur d'ATB de leur inutilité éventuelle est jugé difficile et long. Pour beaucoup, les consultations pour MDG sont rapides, banales, « reposantes ». Un médecin dit prescrire un ATB si le patient le demande, car ce qui compte c'est le traitement du patient et pas seulement du virus, ce qui s'inscrit dans la durée et dépasse le traitement de l'épisode. Pour une minorité, qui dit prendre le temps d'explorer systématiquement les représentations du patient, fournir des explications, négocier la prescription, ces consultations sont complexes et nécessitent des compétences spécifiques. Communiquer est alors plus important, pour maintenir la relation, que prescrire. Ces GP ne surestiment pas les demandes d'ATB de la part des patients.

4) **Satisfaction générale** : les GP sont à l'aise avec leurs prescriptions d'ATB pour MDG, y compris quand ils reconnaissent honnêtement prescrire par facilité. Ils pensent tous avoir réduit déjà de façon significative leur volume de prescription pour tenir compte des recommandations, et soulignent la banalité de ces consultations, par rapport à d'autres problèmes plus préoccupants.

Ces données semblent proches des nôtres, où médecins comme patients sont incités à réduire la consommation d'ATB. On est étonné de ne pas voir évoqué l'influence de l'industrie sur les représentations des GP et leurs prescriptions. Utiliser des scores cliniques, disposer de données récentes sur les risques de complications des MDG, de données fiables sur la place des tests rapides, sont des pistes possibles de recherche. Toute mesure visant à faire évoluer nos décisions doit intégrer non seulement les données scientifiques, mais aussi les conditions de nos prescriptions en terme de temps et d'une approche centrée sur le patient.

1. Del Mar CB, Glaziou P. Antibiotics for the symptoms and complications of sore throat. Cochrane Database Syst Rev 2000; (4): CD000023.

2. Stratégies pour un usage judicieux des antibiotiques en ville. Bibliomed 1999 ; (139).

3. Kumar S, et al Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. BMJ 2002;326:138-141.

4. Collectif. Un score de diagnostic clinique pour suspecter l'origine streptococcique d'une angine aigue. Rev Prescrire, 2002;22,(232);:694-5

Mots-clé : angine, antibiotique, décision médicale, représentation, prescription, recherche qualitative.