

**Collège Azuréen des Généralistes Enseignants
Association des Pédiatres de Nice Côte d'Azur**

**RAPPORT DE L'ENQUÊTE D'ÉVALUATION
DE LA CAMPAGNE DU GROUPE D'ÉTUDE
ET DE PRÉVENTION DES INFECTIONS
DE L'ENFANT (GEPIE) SUR LE BON USAGE
DES ANTIBIOTIQUES
DANS LES ALPES MARITIMES**

SEPTEMBRE 2002

Ce document a été réalisé par les **Docteurs Eugènia MARINÉ-BARJOAN**, médecin épidémiologiste à la Fédération des Maladies Transmissibles du CHU de Nice et le **Docteur Philippe HOFLIGER**, médecin généraliste, maître de conférences à la Faculté de médecine de Nice.

Nous tenons également à remercier pour leur contribution :

les deux médecins généralistes qui ont réalisé l'enquête d'évaluation auprès des confrères : **les Docteurs Pascale BRUNO et Pia TOUBOUL** ainsi que les 213 médecins généralistes et pédiatres qui ont accepté de participer à la phase pilote et à l'enquête elle-même;

les participants au groupe d'élaboration du questionnaire d'enquête :

les Docteurs Brigitte DUNAIS et Isabelle VANONI, Mme Chantal PATUANO, Mlle Agnès ANDREINI

ainsi qu'aux médecins qui ont relu le questionnaire **Dr. Jean Luc FOLACCI, Dr Francis LABELLE, Dr Dominique LAZARTIGUES, Dr Jean Baptiste SAUTRON, Dr Martine SIGAL-FOLACCI**

Le Dr Christian PRADIER, médecin épidémiologiste pour son soutien méthodologique

Mme Marjorie MAS pour la saisie des données

Mme Valérie GUIRAUD, Mme Valérie TERRANA pour la relecture attentive du document

Les membres du Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant

Cette étude a pu être réalisée grâce au financement accordé par le **Fonds d'Action à la Qualité des Soins de Ville de la région PACA.**

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	4
II. MÉTHODE.....	5
1. Le GEPIE et la campagne « Antibios quand il faut ».....	5
1.1 Historique.....	5
1.2 La visite confraternelle	6
1.3 Financement de la campagne	8
2. Enquête d'évaluation de la campagne	9
2.1 Elaboration du questionnaire.....	9
2.2 Echantillon de l'enquête.....	9
2.3 Déroulement de l'enquête.....	9
2.4 Analyse.....	10
III. RÉSULTATS.....	11
1. Caractéristiques de la réponse à l'enquête d'évaluation.....	11
1.2. Description des médecins répondants.....	14
2. Evaluation de la campagne du GEPIE	15
2.1 Perception de la campagne par les médecins.....	15
2.1.1 Souvenir de la visite de la campagne.....	15
2.1.2 Les objectifs, la méthode utilisée et l'utilité de la campagne.....	16
2.2 Analyse de la méthode : la visite confraternelle	18
2.2.1 Impact de la visite confraternelle sur les objectifs et sur son utilité..	21
2.3 Evaluation des outils	22
2.3.1 Selon le souvenir de la lecture des documents	22
2.3.2 Selon l'appréciation de la visite confraternelle	25
2.3.3 Propositions des médecins concernant la campagne	26
3. Enquête de pratiques	28
3.1 Description des cas	28
3.1.1 Modalités de prescription	28
3.2 Analyse de la pratique de l'antibiothérapie dans le cadre de la campagne du GEPIE	32
3.2.1 Antibiothérapie et recommandations diffusées par le GEPIE	35
3.2.1.1 Otite Moyenne Aigüe	35
3.2.1.2 Angine	36
IV. DISCUSSION	37
V. CONCLUSION	47

I. INTRODUCTION

De nombreuses études dans le monde soulignent l'utilisation excessive voire inappropriée des antibiotiques [1, 2, 3]. Cette consommation excessive serait à l'origine de l'émergence de souches bactériennes résistantes contre lesquelles les ressources thérapeutiques finissent par s'amoinrir [4, 5, 6].

Les programmes de rationalisation de l'utilisation des antibiotiques conduits en Finlande, en Suède ou encore aux Etats-Unis, montrent que cette situation alarmante reste réversible [7, 8, 9].

La France est le pays européen où l'on prescrit le plus d'antibiotiques, notamment dans les infections de l'enfant [10]. Des enquêtes françaises [11, 12] montrent une prévalence élevée de souches de pneumocoques résistantes à la pénicilline, ce qui corrobore les enquêtes internationales [13]. Malgré les recommandations élaborées [14, 15, 16], les médecins continuent à prescrire des antibiotiques dans les infections présumées virales de l'enfant.

Pour promouvoir une meilleure utilisation des antibiotiques, il semble nécessaire de connaître l'ensemble des facteurs à l'origine de la décision thérapeutique [17].

Dans le département des Alpes-Maritimes, la résistance à la pénicilline du pneumocoque chez les enfants sains gardés en collectivité atteint 60% des souches de portage nasopharyngé [18]. Ceci a motivé la mise en place d'un programme d'intervention visant à faire évoluer le comportement des médecins et à sensibiliser les usagers aux risques d'une antibiothérapie injustifiée.

Ce programme élaboré par le **G.E.P.I.E** (*Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant*) s'inscrit dans le plan national de maîtrise et de prévention de la résistance aux antibiotiques [19]. Des recommandations concernant la rhinopharyngite, l'angine et l'otite ont été diffusées au moyen de visites confraternelles aux médecins généralistes et pédiatres du département, associées à des dépliants élaborés à l'usage des parents.

II. MÉTHODE

1. Le GEPIE et la campagne « Antibios quand il faut »

1.1 Historique

Le G.E.P.I.E. ou *Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant* s'est constitué en 1999 à l'initiative de la Fédération des Maladies Transmissibles, après constatation d'une prévalence élevée de bactéries résistantes dans la flore nasopharyngée des enfants fréquentant les crèches du département des Alpes-Maritimes.

Ce groupe pluridisciplinaire est constitué de médecins institutionnels et libéraux (pédiatres, infectiologues, ORL, épidémiologistes, généralistes) de la PMI, de la DDASS, de la DRASS (l'Institut de Veille Sanitaire), de membres du Comité Départemental d'Education pour la Santé et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et de pharmaciens (Annexe1 pochette).

La relation entre la consommation excessive d'antibiotiques et l'émergence de résistances bactériennes ont motivé les membres du GEPIE à mettre en place un programme d'intervention pour une meilleure utilisation des antibiotiques dans les infections ORL courantes de l'enfant. Ce programme se déroule sur une période de cinq ans (2000-2004).

La campagne intitulée « Antibios quand il faut » concerne les médecins prescripteurs et les parents, l'objectif étant de diminuer de 10 % sur 5 ans la prévalence de souches résistantes à la pénicilline de *Streptococcus pneumoniae* chez les enfants de moins de 6 ans et de diminuer de 10 % la prescription d'antibiotiques chez ces enfants en prenant en compte tous les acteurs intervenant dans la décision thérapeutique.

La mise en place du projet a comporté trois étapes successives : état des lieux, intervention et évaluation.

Etat des lieux : [18, 19, 20],

A plusieurs niveaux :

- prévalence des bactéries résistantes aux antibiotiques durant cette période
- aspects qualitatifs et quantitatifs des prescriptions d'antibiotiques
- surveillance de la résistance bactérienne
- taux de prescription d'antibiotiques

- Etude des déterminants des prescriptions, du point de vue du prescripteur ainsi que du patient :
 - * pression de la part des patients, méconnaissance des indications, des problèmes de résistance, incitation de la part de l'industrie pharmaceutique, nature des informations diffusées par les pharmaciens ;
 - * pression sociale sur les mères qui travaillent, nécessitant un retour rapide de l'enfant en crèche, ignorance de la nature virale de la plupart des infections ORL et de l'inactivité des antibiotiques dans ce cas, attitude des directrices de crèches.

Intervention

- Etude des recommandations

Certains aspects de la pathologie respiratoire de l'enfant ne sont pas abordés dans le cadre des dernières recommandations de l'Agence du médicament (Janvier 1999) – c'est le cas de l'otite notamment– ce qui justifie un échange de points de vue entre praticiens du département.
- Elaboration de matériel pédagogique à l'intention des médecins, des étudiants en médecine, des pharmaciens ainsi que des parents et des directrices de crèches.

Evaluation

Un suivi annuel de la prévalence du portage nasopharyngé de pneumocoque, à sensibilité diminuée à la pénicilline, chez un échantillon aléatoire d'enfants fréquentant les crèches est facile à réaliser et jusqu'à présent bien accepté. Il permet de surveiller non seulement la prévalence microbienne mais aussi l'évolution des prescriptions chez ces enfants.

Les données de consommation peuvent être obtenues soit de l'industrie pharmaceutique, soit des caisses d'assurance maladie et comparées à celles d'autres départements.

1.2 La visite confraternelle

Après l'élaboration des recommandations par un groupe d'experts (pédiatres, généralistes...) on a procédé au recrutement des visiteurs qui devaient présenter la campagne aux généralistes et aux pédiatres du département des Alpes Maritimes. Les médecins ont été recrutés par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre, par voie de courrier, et les étudiants en Médecine du 3^{ème} cycle par voie d'affiche à la Faculté de Médecine.

La diffusion de la campagne s'est faite au moyen de visites « confraternelles » au cabinet des médecins. Ces visites ont été réalisées par six personnes (2 généralistes et 4 étudiants). Ces visiteurs ont reçu auparavant une formation d'une semaine réalisée par l'École des Visiteurs Médicaux de Sophia-Antipolis.

La visite de la campagne du GEPIE a consisté en un face-à-face entre le médecin et le visiteur d'une durée moyenne de 10 minutes durant lesquelles était présentée la campagne «Antibios quand il faut». L'entretien entre visiteur et médecin visité était un échange confraternel sans être un simple énoncé dogmatique.

L'ensemble des outils de la campagne était regroupé dans une pochette contenant la fiche de données épidémiologiques, la fiche sur les « attitudes, croyances et comportements des parents face à une maladie bénigne de leur enfant », la fiche de conseils pour la pratique et les 3 fiches de recommandations pour la rhinopharyngite, l'angine et l'otite (Annexes 2 à 8). L'affiche de la campagne à mettre dans la salle d'attente et les 40 dépliants destinés aux parents étaient associés à cette pochette et remis au médecin à la fin de l'entretien.

La visite confraternelle a été choisie comme méthode de diffusion parce qu'elle fait partie des rares méthodes susceptibles de modifier le comportement des médecins comme en témoignent Durieux et Matillon [21, 22], l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé [23] et bien d'autres auteurs étrangers [24, 25, 26, 27, 28, 29, 30].

La présentation de la campagne aux médecins s'est déroulée du 1^{er} octobre 2000 au 30 avril 2001. Sur 1305 médecins généralistes et 84 pédiatres recensés dans le département (base de la CPAM et liste du Conseil de l'Ordre des Médecins), 946 médecins généralistes et 78 pédiatres ont été visités, 104 des médecins ont refusé d'être visités, 165 ont été exclus car ils avaient un mode d'exercice particulier et 91 n'ont pu être contactés.

L'opinion sur la campagne du GEPIE a pu être recueillie chez 810 médecins à la fin de l'entretien. Elle montre que 36 % ont été très favorables à la campagne, souhaitant s'impliquer dans un travail en réseau de surveillance avec le GEPIE, 48 % favorables, 13 % n'ont été que peu favorables et 3 % n'étaient pas favorables du tout.

1.3 Financement de la campagne

La mise en place et le démarrage de la campagne ont été possibles grâce à l'implication de plusieurs partenaires institutionnels au sein du GEPIE, ainsi qu'au soutien financier de l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie), de l'Institut de Veille Sanitaire et de l'industrie pharmaceutique.

Une contribution du FAQSV (Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) a été obtenue par ailleurs pour financer l'évaluation de la campagne et l'enquête de pratiques qui font l'objet de ce rapport.

2. Enquête d'évaluation de la campagne

2.1 Elaboration du questionnaire

Le Comité de pilotage chargé de l'élaboration du questionnaire s'est constitué en juin 2001. Il était composé de 6 médecins institutionnels et libéraux (épidémiologistes, généralistes et pédiatres). Sept réunions de travail ont été nécessaires pour finaliser ce questionnaire.

Une relecture a été effectuée par un groupe de médecins généralistes et pédiatres n'ayant pas participé à sa rédaction. Fin octobre 2001, on disposait du questionnaire définitif (Annexe2).

Ce questionnaire était constitué de trois parties : l'une permettant l'évaluation de la campagne du GEPIE à partir de la perception de la visite confraternelle, la seconde permettant l'évaluation des outils de la campagne et la troisième qui portait sur la pratique à l'aide de 6 cas cliniques.

2.2 Échantillon de l'enquête

Les médecins inclus dans l'enquête ont été tirés au sort par sondage (pas de 3) parmi les 981 médecins visités lors des visites confraternelles de la campagne.

Une étude pilote sur 20 généralistes et 3 pédiatres tirés au sort dans l'échantillon de l'enquête a été faite au préalable.

L'échantillon final de l'enquête était constitué par 304 médecins généralistes et 23 pédiatres. Les critères d'exclusion avant le tirage au sort ont été les suivants :

- absence de clientèle pédiatrique connue ;
- relecteurs du questionnaire de l'enquête ;

2.3 Déroulement de l'enquête

Les médecins tirés au sort pour l'enquête d'évaluation ont été contactés par téléphone, afin de prendre rendez-vous, par les deux médecins généralistes femmes qui avaient participé à la visite de la campagne du GEPIE. En cas d'acceptation du médecin, le rendez-vous était confirmé par courrier. Dans cette lettre, on demandait aux médecins un travail préalable à la visite : la recherche de 6 cas et le recueil des données du questionnaire de pratiques pour

chacun d'eux. Ces cas concernaient les 6 derniers patients de 0 à 8 ans chez qui ils avaient porté le diagnostic de rhinopharyngite, angine, OMA, Myringite ou OSM. L'entretien semi-directif durait en moyenne de 30 minutes et il était rémunéré. Il consistait à compléter le questionnaire d'évaluation de la campagne et à recueillir les 6 questionnaires anonymes des cas sélectionnés par le médecin et déjà remplis. Le médecin enquêteur n'a eu en aucun cas accès aux dossiers sélectionnés par les médecins.

2.4 Analyse

La base de données a été réalisée à l'aide du logiciel ACCESS®. La saisie des données a été faite par une seule personne avec aides et contrôles à la saisie. Un contrôle de qualité avec recherche des données manquantes et un contrôle des vraisemblances logiques ont été réalisés à la fin de la saisie.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS®.

Les variables qualitatives ont été analysées à l'aide du test du χ^2 . Les variables quantitatives ont été analysées à l'aide du test t de comparaison de moyennes avec un seuil de signification à 0,05 [31].

III. RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la réponse à l'enquête d'évaluation

L'enquête d'évaluation de la campagne s'est déroulée entre le 30 octobre 2001 et le 31 décembre 2001.

Parmi les 298 médecins tirés au sort, 198 ont accepté de participer à l'enquête d'évaluation (187 généralistes et 11 pédiatres) et 100 ont refusé (93 généralistes et 7 pédiatres). Le taux de participation à l'enquête a été de 66,4 %.

Les motifs de refus sont exposés dans le tableau 2. Le principal motif de refus évoqué pour 39 % des médecins a été l'absence de temps ; 19 % d'entre eux ont déclaré ne pas avoir de clientèle pédiatrique, tandis que 12 % ont déclaré leur manque d'intérêt et 11 % ont refusé de participer faute d'être informatisés. Parmi les médecins restants, 10 % ont affirmé ne pas avoir été visités, 5 % n'ont pu être retrouvés et enfin 4 % avaient cessé leur activité au moment de l'évaluation.

Tableau 1 : Motifs de refus de participation à l'enquête d'évaluation

Je n'ai pas le temps	39 %
Je ne vois pas d'enfants	19 %
Ça ne m'intéresse pas	12 %
Je ne suis pas informatisé	11 %
Je n'ai pas été visité	10 %
Introuvable, ne répond pas	5 %
A cessé l'activité	4 %

Le groupe de médecins qui a accepté de participer était composé de 161 hommes (81 %) et 37 femmes (9 %) avec une moyenne d'âge de 48 ± 7 ans. Parmi eux, 187 (94 %) étaient généralistes et 11 (6 %) pédiatres, exerçant seuls pour 110 d'entre eux (56 %) et en cabinet de groupe pour 88 (44 %). L'intervalle de temps entre la visite confraternelle et la visite d'évaluation a été de 369 ± 81 jours (*Tableau 2*).

Le sexe, l'âge, la spécialité, le type d'exercice des médecins, l'intervalle de temps entre la visite confraternelle et l'enquête d'évaluation et le fait que le visiteur ait été médecin ou étudiant ne sont pas significativement différents entre les médecins répondants et ceux ayant refusé.

Trois facteurs caractérisent les médecins ayant accepté de participer : le souvenir qu'ils avaient de la campagne, la situation géographique de la commune d'exercice et le visiteur de la campagne. En effet, 182 médecins (73 %) se souvenant de la campagne ont accepté de participer à l'enquête alors qu'ils n'ont été que 16 médecins (33 %) à accepter parmi ceux qui ne se souvenaient pas ($p < 0,001$). Le taux de participation des médecins exerçant à Nice ville (53 %) a été significativement inférieur que celui de ceux exerçant en zone côtière (70 %) et dans le moyen et le haut pays (84 %) ($p < 0,001$). L'analyse de la participation à l'enquête d'évaluation selon le visiteur montre un effet visiteur très net, le visiteur E ayant un taux de refus très nettement supérieur à tous les autres (58 %, $p = 0,006$).

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins participant à l'enquête d'évaluation de la campagne du GEPIE et de ceux ne participant pas

	Non répondants N = 100		Répondants N = 198		p
	N	(%)	N	(%)	
<i>Sexe</i>					
Hommes	78	(33)	161	(67)	NS
Femmes	22	(37)	37	(63)	
<i>Âge du médecin</i>	48 ± 7		48 ± 7		NS
<i>Spécialité</i>					
Généraliste	93	(33)	187	(67)	NS
Pédiatre	7	(39)	11	(61)	
<i>Exercice</i>					
Seul	55	(33)	110	(67)	NS
En groupe	31	(26)	88	(74)	
<i>Type de commune</i>					
Nice	48	(47)	54	(53)	< 0,001
Zone côtière	37	(30)	88	(70)	
Moyen et Haut pays	10	(16)	53	(84)	
<i>Intervalle visite GEPIE / évaluation (en jours)</i>	360 ± 108		369 ± 81		NS
<i>Souvenir à l'appel</i>					
Oui	68	(27)	182	(73)	< 0,001
Non	32	(67)	16	(33)	
<i>Nom du visiteur</i>					
A	26	(25)	80	(75)	0,006
B	20	(40)	30	(60)	
C	7	(35)	13	(65)	
D	11	(31)	25	(69)	
E	23	(58)	17	(42)	
F	12	(27)	33	(73)	
<i>Type de visiteur</i>					
Médecin	46	(30)	110	(70)	NS
Etudiant	54	(38)	88	(62)	

Dans une analyse multivariée, les facteurs indépendants de refus ont été l'absence de souvenir de la campagne au moment du contact téléphonique (72 % des médecins disant se souvenir ont accepté de participer contre 33 % ne se souvenant pas ; $p < 0,001$) et le type de commune d'exercice (Nice ville avec 53 % de médecins participant versus 75 % dans le reste du département ; $p = 0,01$) (*Tableau 3*).

*Tableau 3 : Facteurs déterminant le refus de participer à l'enquête d'évaluation.
Régression logistique*

	ODDS - RATIO	IC 95 %	P
<i>Type de commune</i>	2,51	1,23 - 5,12	0,01
<i>Souvenir de la campagne</i>	4,70	2,21 - 10,01	< 0,001
<i>Type de visiteur</i>	0,69	0,28 - 1,69	NS

2. Description des médecins répondants

Les 198 médecins participant à l'enquête d'évaluation étaient 161 hommes (81%) et 37 femmes (19%), avec un âge moyen de 47 ± 7 ans. Ils exerçaient à Nice pour 54 d'entre eux (27%), en zone côtière pour 86 (44%) et dans le moyen et le haut pays pour 57 (29%). Ils se répartissaient en 187 généralistes (94%) et 11 pédiatres (6%), et exerçaient pour 110 seuls (56%) contre 88 (44%) en groupe.

2. Évaluation de la campagne du GEPIE

2.1 Perception de la campagne par les médecins

2.1.1 Souvenir de la visite de la campagne

L'intervalle de temps écoulé entre la visite confraternelle du GEPIE et l'enquête d'évaluation a été de 380 ± 72 jours. Parmi les 198 médecins ayant accepté de participer à l'enquête, 186 (92 %) ont déclaré se souvenir de la campagne du GEPIE : 93 % des hommes et 97 % des femmes avec un âge moyen de 48 ± 7 ans, 96 % des médecins exerçant seuls et 91 % en cabinet de groupe. Selon la spécialité, 94 % des généralistes et tous les pédiatres ont déclaré se souvenir de la campagne.

Douze médecins (8 %) ont déclaré ne pas se souvenir de la campagne au moment de l'enquête d'évaluation : 11 hommes et une femme âgés en moyenne de 51 ± 9 ans, tous généralistes, 4 exerçant seuls et 8 en cabinet de groupe. L'intervalle de temps écoulé entre la visite du GEPIE et l'enquête d'évaluation a été de 370 ± 81 jours.

Les médecins exerçant en zone côtière (98 %) ont été plus nombreux à déclarer se souvenir de la visite confraternelle par rapport à ceux exerçant dans le moyen et le haut pays (95 %) et ceux exerçant à Nice (87 %) ($p = 0,003$). Les médecins visités lors de la campagne du GEPIE par des visiteurs médecins ont été plus nombreux à se souvenir de la campagne (98 %) que ceux ayant été visités par des visiteurs non médecins (87 %; $p = 0,005$) (*Tableau 4*).

Tableau 4 : Caractéristiques des médecins participant à l'enquête d'évaluation
selon le souvenir de la visite du GEPIE

	Se rappellent N=186		Ne se rappellent pas N=12		Total		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
<i>Sexe</i>							
Hommes	150	(93)	11	(7)	161	(81)	NS
Femmes	36	(97)	1	(3)	37	(19)	
<i>Âge du médecin</i>	48 ± 7		51 ± 9		47 ± 7		NS
<i>Type de commune</i>							0,03
Nice	47	(87)	7	(13)	54	(27)	
Zone côtière	84	(98)	2	(2)	86	(44)	
Moyen et Haut pays	54	(95)	3	(5)	57	(29)	
<i>Spécialité</i>							NS
Généraliste	175	(94)	12	(6)	187	(94)	
Pédiatre	11	(100)	-	-	11	(6)	
<i>Type d'exercice</i>							NS
Seul	106	(96)	4	(4)	110	(56)	
En groupe	80	(91)	8	(9)	88	(44)	
<i>Intervalle entre visite GEPIE/évaluation (en jours)</i>	380 ± 72		370 ± 81		380 ± 72		NS
<i>Visiteur de la campagne GEPIE</i>							0,001
A	78	(98)	2	(2)	80	(40)	
B	30	(100)	-	-	30	(15)	
C	9	(69)	4	(31)	13	(7)	
D	24	(96)	1	(4)	25	(13)	
E	14	(82)	3	(18)	17	(9)	
F	31	(94)	2	(6)	33	(17)	
<i>Type de visiteur de la campagne GEPIE</i>							0,005
Médecin	108	(98)	2	(2)	110	(56)	
Non médecin	78	(87)	10	(13)	88	(44)	

2.1.2 Les objectifs, la méthode utilisée et l'utilité de la campagne

Les 4 objectifs de la campagne proposés dans le questionnaire étaient la diffusion de recommandations, l'optimisation des prescriptions d'antibiotiques, la limitation de l'augmentation de la résistance bactérienne et un quatrième objectif libre à préciser éventuellement par le médecin s'il le souhaitait.

Parmi les 186 médecins déclarant se souvenir de la campagne, 98 % ont répondu que l'optimisation de la prescription d'antibiotiques était un des objectifs de celle-ci et 96 % la

limitation de l'augmentation des résistances bactériennes. Seulement 77 % d'entre eux ont déclaré la diffusion de recommandations comme l'un des objectifs de la campagne.

Interrogés sur la visite confraternelle comme méthode de diffusion de recommandations, 93 % d'entre eux l'ont considérée comme adaptée ; 77% ont déclaré qu'elle leur apportait plus que d'autres méthodes. Les méthodes alternatives à la visite confraternelle proposées par ces 42 médecins ont été dans l'ordre des réponses : Formation médicale continue (81 %), presse professionnelle (31 %), courrier (14%). Un seul médecin a cité Internet.

Quant à l'utilité de la campagne, seulement un quart des médecins se souvenant de la campagne a déclaré qu'elle apportait de nouveaux arguments scientifiques sur les résistances et la moitié est convaincue de son utilité en pratique ; pour 66% elle a été une aide à la négociation thérapeutique avec le patient. Pour près de la moitié, elle pourrait avoir un impact sur la demande d'antibiotiques exprimée par le patient.

Plus de trois quarts des médecins ont précisé avoir d'autres sources d'information sur le sujet (*Tableau 5*).

Tableau 5 : Réponses des médecins se souvenant de la campagne

		OUI		NON	
		N	(%)	N	(%)
OBJECTIFS	<i>Diffuser des recommandations</i>	143	(77)	43	(23)
	<i>Optimiser la prescription d'antibiotiques</i>	182	(98)	4	(2)
	<i>Limiter l'augmentation des résistances bactériennes</i>	179	(96)	7	(4)
MÉTHODE : Visite confraternelle	<i>Méthode de diffusion adaptée</i>	173	(93)	13	(7)
	<i>Elle apporte plus</i>	144	(77)	42	(23)
UTILITÉ	<i>Apport de nouveaux arguments scientifiques sur les résistances</i>	45	(24)	141	(76)
	<i>Aide à la réduction de la prescription d'antibiotiques</i>	105	(57)	81	(43)
	<i>Aide dans le choix de la famille d'antibiotiques</i>	38	(20)	148	(80)
	<i>Aide dans la négociation thérapeutique avec le patient</i>	122	(66)	64	(34)
	<i>Utile dans la pratique</i>	101	(54)	85	(46)
AVIS	<i>Impact de la campagne sur la demande d'antibiotiques</i>	86	(46)	100	(54)
	<i>Autres sources d'information</i>	152	(82)	34	(18)

2.2 Analyse de la méthode : la visite confraternelle

L'analyse de la perception de la visite confraternelle par les médecins a été réalisée à partir de deux méthodes qui comparent les réponses de l'ensemble des médecins sur la visite confraternelle.

Dans la première méthode, les médecins sont distribués en 3 groupes selon leur souvenir de la visite et de la pochette de documents qui leur a été remise. Le premier groupe (P1) est constitué par les 12 médecins déclarant n'avoir aucun souvenir de la campagne ; le deuxième groupe (P2) inclut les 56 médecins se souvenant de la campagne mais n'ayant

jamais lu les documents remis ; enfin le troisième groupe (P3) est constitué par les médecins disant se souvenir de la visite et déclarant avoir lu le document (*Tableau 6*).

Tableau 6. Perception de la visite confraternelle selon le degré de souvenir des médecins

	Ne se souviennent pas (P1)		Se souviennent mais n'ont pas lu (P2)		Se souviennent et ont lu (P3)		P1+P2 /P3 p
	N	%	N	%	N	%	
	12	(6)	56	(28)	130	(66)	
Visite confraternelle : méthode adaptée	-	-	52	(30)	121	(70)	NS
Visite confraternelle : apporte plus	3	(2)	40	(27)	104	(71)	0,07

Selon cette répartition en 3 groupes, la lecture du document ne modifie pas leur perception de la visite confraternelle en tant que méthode de diffusion. Néanmoins, on observe une tendance à une meilleure perception de la visite confraternelle comme méthode de diffusion chez les médecins ayant lu le document.

Afin d'évaluer plus objectivement l'impact de la campagne sur les médecins, à partir de la visite confraternelle, nous avons utilisé une deuxième méthode basée sur la comparaison d'un groupe de médecins dit « d'avis favorable à la visite confraternelle » constitué de ceux disant se souvenir de la campagne, trouvant la méthode de la visite confraternelle adaptée et manifestant qu'elle apportait plus que d'autres méthodes, à un autre groupe de médecins exprimant l'avis contraire.

Ainsi, 142 médecins (72 %) ont été inclus dans le groupe d'avis favorable et 56 (28 %) dans le groupe d'avis défavorable. Dans le groupe d'avis favorable, on trouvait 70 % des hommes et 81 % des femmes, 76 % des médecins exerçant seuls et 67 % exerçant en cabinet de groupe. L'âge moyen était de 47 ± 7 ans.

Les caractéristiques associées à un avis défavorable à la campagne du GEPIE ont été la spécialité, la situation géographique de la commune et le type de visiteur. En effet, on a observé un avis moins favorable chez les pédiatres (46 %) que chez les généralistes (73 %) ($p = 0,04$), chez les médecins exerçant à Nice (57 %) que chez ceux exerçant dans le reste du département (77 %) et lorsque la campagne leur a été présentée par un étudiant (61 %) plutôt que par un médecin (80 %). Pour deux visiteurs de la campagne, l'avis sur la visite

confraternelle est majoritairement plus défavorable que pour les autres (E 59% et C 54%) (Tableau 7).

Tableau 7: Caractéristiques des médecins ayant eu un avis favorable ou défavorable à la campagne du GEPIE

	Favorable		Défavorable		p
	N	(%)	N	(%)	
<i>Sexe</i>					
Homme	112	(70)	49	(30)	NS
Femme	30	(81)	7	(19)	
<i>Âge médecin</i>	47 ± 7		48 ± 7		NS
<i>Type de commune</i>					0,02
Nice	31	(57)	23	(43)	
Zone côtière Moyen et Haut-Pays	66	(77)	20	(23)	
<i>Spécialité</i>					0,04
Généraliste	137	(73)	50	(27)	
Pédiatre	5	(46)	6	(56)	
<i>Exercice</i>					NS
Seul	83	(76)	27	(24)	
Groupe	59	(67)	29	(33)	
<i>Intervalle visite GEPIE/évaluation (en jours)</i>	382 ± 74		376 ± 69		NS
<i>Visiteur</i>					0,006
A	65	(81)	15	(19)	
B	23	(77)	7	(23)	
C	6	(46)	7	(54)	
D	17	(68)	8	(32)	
E	7	(41)	10	(59)	
F	24	(72)	56	(28)	
<i>Visiteur en classe</i>					0,004
Médecin	88	(80)	22	(20)	
Etudiants	54	(61)	34	(39)	

Après une analyse multivariée à l'aide d'une régression logistique, le type de visiteur est le seul facteur indépendant associé à un avis favorable sur la visite confraternelle. En effet, on a observé chez les médecins visités par des confrères 4 fois plus d'avis favorables que chez ceux visités par des étudiants (Tableau 8).

Tableau 8 : Facteurs déterminant l'avis sur la visite confraternelle.

Régression logistique

	ODDS - RATIO	IC 95 %	P
<i>Spécialité</i>	2,96	0,82 - 10,70	NS
<i>Type de visiteur</i>	4,08	1,74 - 9,58	0,001
<i>Type de commune</i>	1,05	0,49 - 2,28	NS

2.2.1 Impact de la visite confraternelle sur les objectifs et sur son utilité

Les objectifs de la campagne du GEPIE ont été légèrement mieux perçus par les médecins ayant un avis favorable vis à vis de la visite confraternelle, mais sans différence significative. L'avis sur la visite confraternelle influence positivement les réponses concernant l'utilité de la campagne, surtout celles en rapport à la relation patient-médecin : l'apport de nouveaux arguments scientifiques sur les résistances bactériennes (30 % d'avis favorables versus 5 % défavorables) et l'aide à la négociation thérapeutique avec le patient (69 % d'avis favorables versus 53 % défavorables) ($p < 0,001$ et $p = 0,04$ respectivement).

Dans les aspects thérapeutiques de l'utilité de la campagne, l'avis sur la visite confraternelle n'a pas influencé le pourcentage de médecins qui ont trouvé que la campagne aidait dans le choix de la famille antibiotique ou qu'elle était utile dans la pratique ; quelle que soit leur perception de la visite confraternelle, ils ne considèrent pas que la campagne ait eu une influence sur la demande d'antibiotiques de la part des patients (*Tableau 9*).

Tableau 9 : Impact de la visite confraternelle sur les objectifs et l'utilité de celle-ci

		Favorable		Défavorable		p
		N	%	N	%	
OBJECTIFS	<i>Diffuser des recommandations</i>					
	Oui	112	(79)	31	(70)	NS
	Non	30	(21)	13	(30)	
	<i>Optimiser la prescription d'antibiotiques</i>					
	Oui	140	(99)	42	(95)	NS
	Non	2	(1)	2	(5)	
<i>Limiter l'augmentation des résistances bactériennes</i>						
Oui	137	(96)	42	(95)	NS	
Non	5	(4)	2	(5)		
UTILITÉ	<i>Apport de nouveaux arguments scientifiques sur les résistances bactériennes</i>					
	Oui	43	(30)	2	(5)	< 0,001
	Non	99	(70)	42	(95)	
	<i>Aide à la réduction de la prescription d'antibiotiques</i>					
	Oui	82	(58)	25	(49)	NS
	Non	60	(42)	26	(51)	
	<i>Aide dans le choix de la famille d'antibiotiques</i>					
	Oui	33	(23)	7	(14)	NS
	Non	109	(77)	44	(86)	
	<i>Aide à la négociation thérapeutique avec le patient</i>					
Oui	98	(69)	27	(53)	0,04	
Non	44	(31)	24	(67)		
<i>Utile dans la pratique</i>						
Oui	81	(57)	24	(47)	NS	
Non	61	(43)	27	(53)		
AVIS	<i>Impact sur la demande d'antibiotiques</i>					
	Oui	67	(47)	23	(41)	NS
Non	75	(53)	33	(59)		

2.3 Evaluation des outils

Les outils ont été évalués en fonction des 2 méthodes déjà utilisées pour l'évaluation de la visite confraternelle.

2.3.1 Selon le souvenir de la lecture des documents

Sur les 198 médecins, 12 (6 %) ne se souviennent pas de la visite du GEPIE, on va donc supposer qu'ils n'ont pas lu les documents remis lors de la visite. Sur les 186 restants, 130 (70 %) déclarent avoir lu les documents, contre 56 (30 %) qui affirment ne pas les avoir lus.

La lecture des documents remis à chacun des médecins est parallèle à un plus grand souvenir des objectifs de la campagne, surtout en ce qui concerne la diffusion des recommandations ($p = 0,02$).

L'utilité thérapeutique de la campagne est significativement mieux perçue par les médecins qui ont lu le document, surtout en ce qui concerne les nouveaux arguments scientifiques sur les résistances bactériennes ($p = 0,01$) (*Tableau 10*).

Tableau 10. Analyse de la campagne selon la perception des documents

	Ne se souviennent pas		Se souviennent mais n'ont pas lu		Se souviennent et ont lu		P1+P2 / P3
	(P1)		(P 2)		(P3)		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	p
OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE							
<i>Diffuser des recommandations</i>	-	-	37	(66)	106	(82)	0,02
<i>Optimiser la prescription d'antibiotiques</i>	-	-	54	(96)	128	(99)	NS
<i>Limiter l'augmentation des résistances bactériennes</i>	-	-	52	(93)	127	(98)	NS
UTILITÉ DE LA CAMPAGNE							
<i>Apporte de nouveaux arguments scientifiques sur les résistances</i>			7	(13)	38	(29)	0,01
<i>Aide à la réduction de la prescription d'antibiotiques</i>			32	(57)	73	(56)	NS
<i>Aide dans le choix de la famille d'antibiotiques</i>			10	(18)	28	(22)	NS
<i>Aide à la négociation thérapeutique avec le patient</i>			32	(57)	90	(69)	NS
<i>Utile dans la pratique</i>			26	(46)	75	(58)	NS
PERCEPTION DE LA CAMPAGNE							
<i>Elle a eu un impact sur la consommation d'antibiotiques</i>			29	(52)	57	(44)	NS
<i>J'ai eu d'autres sources d'information sur les antibiotiques</i>			47	(84)	105	(81)	NS
ÉVALUATION DES OUTILS MEDECIN							
<i>Souvenir du document médecin</i>	3	(25)	24	(43)	130	(100)	< 0,001
<i>Document conservé à disposition</i>	2	(17)	7	(13)	89	(69)	< 0,001
<i>Le document permet de trouver les données sur la prise en charge des infections chez l'enfant</i>	4	(33)	44	(79)	109	(84)	0,02

<i>ÉVALUATION DES OUTILS PARENTS</i>							
<i>Affichage du poster</i>	-	-	18	(32)	55	(42)	0,02
<i>Dépliants parents reçus</i>	6	(50)	50	(89)	124	(95)	0,002
<i>Utilisation du document parents:</i>							
Jamais utilisé	9	(75)	56	(100)	-	-	<0,001
Pas commenté mais donné en mains propres	2	(17)	-	-	104	(80)	
Commenté en consultation	1	(8)	-	-	26	(20)	
<i>Le document parents est un bon relais</i>	11	(92)	53	(95)	120	(92)	NS

2.3.2 Selon l'appréciation de la visite confraternelle

Parmi les médecins ayant lu les documents contenus dans la pochette, 103 médecins (77 %) avaient un avis favorable alors que seulement 30 (23%) ayant lu le document manifestaient un avis défavorable ($p=0,01$). On observe également que le pourcentage de médecins ayant un avis favorable augmente avec le degré d'utilisation du document parent (de 60 % à 85 % ; $p = 0,02$). Aucune différence n'est observée sur les autres variables concernant les outils (*Tableau 11*).

Tableau 11. Outils médecin et parents

	Favorable		Défavorable		p
	N	(%)	N	(%)	
<i>Déclarant se souvenir du document médecin</i>					
Oui	122	(78)	35	(22)	< 0,001
Non	20	(49)	21	(51)	
<i>Utilisation du document médecin</i>					
Jamais lu	39	(60)	26	(40)	0,01
Lu	103	(77)	30	(23)	
<i>Déclarant trouver des informations utiles à la prise en charge dans les documents fournis</i>					
Oui	116	(74)	41	(26)	NS
Non	26	(63)	15	(37)	
<i>Poster affiché dans la salle d'attente</i>					
Oui	57	(78)	16	(22)	NS
Non	85	(68)	40	(32)	
<i>Utilisation du document parent</i>					
Jamais utilisé	39	(60)	26	(40)	0,02
Pas commenté mais donné en mains propres	80	(76)	26	(24)	
Commenté en consultation	23	(85)	4	(15)	
<i>Déclarant avoir autres sources information sur les antibiotiques</i>					
Oui	114	(71)	47	(29)	NS
Non	28	(76)	9	(24)	

2.3.3 Propositions des médecins concernant la campagne

Dans le questionnaire de l'enquête il leur était demandé quels étaient les thèmes sur lesquels ils souhaiteraient recevoir des fiches de recommandations. On observe les plus hauts pourcentages de réponses pour les infections respiratoires chez l'enfant et l'adulte (47 % et 46 % respectivement), suivies par les infections chez le sujet âgé (35 %) et les infections urinaires (32%). Moins d'un tiers des réponses concernent les MST (28 %) et les infections cutanées (21 %) (Tableau 12).

Tableau 12. Thèmes sur lesquels les médecins souhaitent recevoir des recommandations

	N	(%)
Autres infections respiratoires de l'enfant	94	(47%)
Infections respiratoires hautes et basses de l'adulte	92	(46%)
Infections du sujet âgé	69	(35%)
Infections urinaires	63	(32%)
MST	56	(28%)
Infections cutanées	41	(21%)
Autres	20	(10%)

Le tableau 13 présente les réponses des médecins à propos de la diffusion de la plaquette prévue pour les parents. Plus de la moitié des médecins enquêtés ont déclaré que les crèches (52 % des réponses) devraient faire partie du réseau de lieux de diffusion des documents parents. Suivent : les centres de PMI (35 %), les pharmacies (27 %), les écoles (19 %) et le carnet de santé (11 %).

Tableau 13. Autres points de diffusion du document "parents"

	N	(%)
<i>Crèches</i>	61	(52%)
<i>PMI</i>	41	(35%)
<i>Pharmacie</i>	32	(27%)
<i>Ecoles</i>	22	(19%)
<i>Favorable à la diffusion actuelle</i>	15	(13%)
<i>Carnet de santé</i>	13	(11%)
<i>Sécurité sociale</i>	6	(5%)
<i>Hôpital</i>	5	(4%)
<i>Cabinets médicaux</i>	4	(3%)
<i>Partout</i>	4	(3%)
<i>Administration Publique</i>	3	(3%)
<i>Autres : CAF, Infirmières libérales</i>	3	(3%)

On souhaitait aussi connaître leur avis concernant les modes de diffusion proposés pour mener à terme une campagne de ce genre. Le tableau 14 présente ces résultats. La télévision avec (74 %) des réponses apparaît comme le mode de diffusion privilégié par les médecins enquêtés .

Tableau 14. Autre mode de diffusion de l'information

	N	(%)
<i>TV</i>	146	(74%)
<i>Presse</i>	107	(54%)
<i>Radio</i>	93	(47%)
<i>Affichage</i>	68	(34%)

3. Enquête de pratiques

Parmi les 198 médecins ayant accepté la visite d'évaluation, 153 (77 %) ont répondu positivement à l'enquête de pratiques avec les 6 cas demandés ; 11 médecins ont envoyé 5 cas, 6 médecins 4 cas et 1 médecin un cas ; 27 (14 %) médecins n'ont pas envoyé de cas. On a comparé les caractéristiques des médecins qui n'ont pas envoyé de cas à ceux qui en avaient envoyé. Aucune différence significative n'a été retrouvée.

Des 1004 fiches de cas reçues, 955 (95%) provenaient de médecins se souvenant de la visite du GEPIE. Parmi celles-là, 404 (42 %) correspondaient à des cas vus avant la visite d'évaluation (comme prévu dans le protocole); 551 (58 %) ont été remplies de façon prospective. Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes. L'analyse a donc porté sur tous les cas.

3.1 Description des cas

Parmi les 1004 cas reçus, 519 correspondaient à des garçons (52%) et 482 à des filles (48%). L'âge moyen de la pathologie prise en compte était de $4 \pm 2,6$ ans.

Les enfants vivaient dans une famille monoparentale pour 201 d'entre eux (20%), 612 (69%) étaient gardés en collectivité (Crèche collective ou familiale, école) et les parents signalaient des problèmes de garde pour 121 (12%) d'entre eux.

La pathologie la plus fréquemment rapportée est la Rhinopharyngite avec 526 cas (52%), suivie de l'Angine avec 207 cas (21%), l'Otite Moyenne Aigüe avec 162 cas (16%), l'Otite Congestive avec 58 cas (6%), l'Otite Séromuqueuse avec 46 cas (5%) et 5 ayant une Angine plus une Otite simultanément (0,5%).

3.1.1 Modalités de prescription

Une antibiothérapie a été prescrite pour 535 cas (53%), avec une ordonnance d'emblée pour 419 cas (78%), une ordonnance différée pour 82 (15%) ; pour 34 cas (6%) des prescriptions celle-ci était réalisée lors d'une deuxième consultation (*Tableau 15*). L'antibiothérapie avait été initiée par la famille pour 30 cas (6%). L'attitude des parents, face à l'usage des antibiotiques, perçue par le médecin allait de la demande explicite et/ou

implicite (255 cas ; 25,4%) au refus (76 cas ; 7%), le reste n'exerçant pas de pression sur le médecin.

Tableau 15. Type d'ordonnance selon le diagnostic

	Ordonnance d'emblée		Ordonnance différée		Deuxième consultation	
	N	%	N	%	N	%
<i>Rhinopharyngite</i>	90	(61%)	38	(26%)	19	(13%)
<i>Angine</i>	159	(87%)	23	(12%)	1	(0,5%)
<i>OMA</i>	125	(84%)	13	(9%)	11	(7%)
<i>Otite Congestive ou Myringite</i>	31	(84%)	4	(11%)	2	(5%)
<i>Otite séromuqueuse</i>	10	(67%)	4	(27%)	1	(7%)
<i>Angine plus Otite</i>	4	(80%)	1	(20%)	-	-
TOTAL	419	(78%)	82	(15%)	34	(6%)

Dans le tableau 16 on observe la distribution des familles antibiotiques selon la pathologie. Les antibiotiques sont prescrits dans 29% des rhinopharyngites, 88% des angines, 91% des OMA, 65% des Myringites, 38% des OSM et enfin 100% pour des Angines associées à des otites.

Les antibiotiques les plus prescrits sont l'amoxiciline (30%), suivie de l'association d'amoxiciline et acide clavulanique (24%), puis C3G et macrolides à 16%.

L'amoxiciline se retrouve en tête dans les rhino (35%) et les angines (54%), l'amoxiciline plus acide clavulanique dans l'ensemble des otites (de 53% à 43%) et dans les angines associées à des otites (60%). Les C3G arrivent en deuxième position de prescription dans les OMA, OSM et Angines plus otites.

Tableau 16. Prescription d'antibiotiques et distribution des familles selon la pathologie

	Rhino- pharyngite	Angine	OMA	Otite Congestive ou Myringite	Otite séro- muqueuse	Angine plus Otite	TOTAL antibio- thérapie
<i>Péni V</i>	-	5%	-	-	-	-	2%
<i>Amoxiciline</i>	35%	54%	5%	11%	6%	20%	30%
<i>Amoxiline+Ac Clavulanique</i>	14%	7%	43%	46%	53%	60%	24%
<i>Céphalosporine 1^{ère} gen</i>	11%	7%	5%	6%	-	-	7%
<i>Céphalosporine 2^{ème} gen</i>	5%	2%	5%	8%	-	-	4%
<i>Céphalosporine 3^{ème} gen</i>	9%	4%	35%	14%	24%	20%	16%
<i>Macrolides</i>	24%	19%	5%	19%	12%	-	16%
<i>Sulfamides</i>	-	1%	1%	-	-	-	0,4%
<i>Autre</i>	1%	-	2%	3%	-	-	1%
TOTAL antibiothérapie par pathologie	29%	88%	91%	65%	38%	100%	54%

Le tableau 17 montre les durées de traitement selon la pathologie. Les OMA bénéficient de la durée de traitement la plus longue (7,6 jours) suivies des rhinopharyngites puis des angines (7,1 et 6,8 jours respectivement).

Selon la famille antibiotique, le traitement dure de 8 jours pour la Péniv à 6,4 pour les macrolides.

Tableau 17. Durée moyenne de prescription selon la famille antibiotique et la pathologie

	Rhinopharyngite	Angine	OMA	TOTAL
<i>Péni V</i>	-	8,0 ± 1,7	-	8,0 ± 1,6
<i>Amoxiciline</i>	6,9 ± 1,3	6,9 ± 1,2	7,1 ± 1,6	6,8 ± 1,2
<i>Amoxiline+Ac Clavulanique</i>	8 ± 1,3	6,7 ± 1,4	7,6 ± 1,2	7,6 ± 1,2
<i>Céphalosporine 1ere gen</i>	6,8 ± 1,3	7 ± 1,1	7,1 ± 1,2	6,9 ± 1,0
<i>Céphalosporine 2eme gen</i>	7,4 ± 0,5	7,5 ± 1,0	6,3 ± 1,0	7,1 ± 0,9

<i>Céphalosporine 3me gen</i>	7,3 ± 1,1	7,4 ± 1,1	7,8 ± 1,3	7,5 ± 1,3
<i>Macrolides</i>	6,8 ± 1,6	5,9 ± 1,3	7,3 ± 2,4	6,4 ± 1,7
<i>Sulfamides</i>	-	10 ± 0	10 ± 0	10 ± 0
<i>TOTAL</i>	7,1 ± 1,4	6,8 ± 1,3	7,6 ± 1,4	

Les résultats du tableau 19 présentent les variables concernant la perception de la campagne de la GEPIE selon les 3 pathologies.

La perception de la campagne n'a pas influencé la prescription d'antibiotiques dans l'angine. Quand les médecins trouvent que la visite confraternelle est une méthode adaptée, on a observé qu'ils prescrivent moins d'antibiotiques dans les rhinopharyngites (28% versus 45% p=0,05). La lecture des documents destinés aux médecins ne semble pas influencer la prescription d'antibiotiques dans les cas envoyés par les médecins pour les trois pathologies retenues, pas plus que les autres sources d'information sur les antibiotiques.

Tableau 19. Prescription d'antibiotiques selon la pathologie et la perception de la campagne

	RHINOPHARYNGITE				ANGINE				OTITE MOYENNE AIGUE				
	Antibiotique		Sans antibiotique		Antibiotique		Sans antibiotique		Antibiotique		Sans antibiotique		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
<i>Visite confraternelle est une méthode adaptée</i>													
Oui	126	(28)	325	(72)	159	(87)	24	(13)	135	(92)	12	(8)	NS
Non	13	(45)	16	(55)	15	(94)	1	(6)	12	(92)	1	(8)	
<i>Avis global sur la visite</i>													
Favorable	102	(28)	266	(72)	128	(87)	19	(13)	114	(93)	8	(6)	NS
Défavorable	40	(32)	85	(68)	51	(90)	6	(10)	33	(85)	6	(15)	
<i>Utilisation du document médecin</i>													
Jamais lu	55	(31)	124	(69)	57	(91)	6	(10)	46	(85)	8	(15)	NS
Une fois	70	(29)	168	(71)	96	(88)	13	(12)	78	(95)	4	(5)	
De façon répétée	17	(22)	59	(77)	26	(81)	6	(19)	23	(92)	2	(8)	
<i>Autres sources d'informations sur les antibiotiques</i>													
Oui	116	(28)	293	(72)	146	(88)	20	(12)	124	(93)	10	(7)	NS
Non	26	(31)	58	(69)	33	(87)	5	(13)	23	(85)	4	(15)	

Le tableau 20 montre que la prescription d'antibiotiques dans les rhinopharyngites va dans le même sens que l'attitude des parents vis-à-vis des antibiotiques perçue par le médecin. Quand le médecin ne perçoit pas de demande ou de refus de la part des parents, 22% des rhinopharyngites reçoivent un antibiotique. Lorsqu'il y a une demande, ce pourcentage passe à 64% et en cas de refus, il est de 10%. Concernant les OMA, les enfants gardés dans leur famille ont tous eu un antibiotique alors que 13% des cas d'enfants gardés en collectivité n'ont pas été traités avec des antibiotiques. Les enfants ayant eu des rhinopharyngites et des angines à répétition sont traités plus souvent par des antibiotiques (36% versus 24% dans les rhinopharyngites $p=0,004$; 94% versus 84% des angines, $p=0,04$).

Tableau 20. Prescription d'antibiotiques selon le diagnostic et selon les caractéristiques de l'enfant

	RHINOPHARYNGITE				ANGINE				OTITE MOYENNE AIGUE					
	Antibiotique		Sans antibiotique		Antibiotique		Sans antibiotique		Antibiotique		Sans antibiotique			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Âge de l'enfant	4,0 ± 2,6		3,9 ± 2,5		5,3 ± 2,8		4,2 ± 1,4		3,5 ± 2,4		2,9 ± 2,8		NS	
Famille monoparentale														
Oui	21	(25)	62	(75)	45	(90)	5	(10)	30	(91)	3	(9)	NS	
Non	114	(29)	281	(71)	133	(87)	20	(13)	115	(91)	11	(9)		
Attitude des parents														
Demande antibiotique	63	(64)	35	(36)	51	(91)	5	(9)	59	(94)	4	(6)	NS	
Sans avis	68	(22)	238	(78)	113	(89)	14	(11)	79	(92)	7	(8)		
Refus antibiotique	5	(10)	45	(90)	5	(71)	1	(29)	4	(67)	2	(33)		
Type de garde														
Collectivité	77	(27)	213	(73)	127	(89)	15	(11)	85	(87)	13	(13)	0,01	
Famille	48	(32)	100	(68)	34	(85)	6	(15)	43	(100)	-	-		
Infections ORL récidivantes														
Oui	71	(36)	126	(64)	74	(94)	5	(6)	70	(91)	7	(9)	NS	
Non	71	(24)	225	(76)	105	(84)	20	(16)	77	(92)	7	(8)		

3.2.1 Antibiothérapie et recommandations diffusées par le GEPIE

3.2.1.1 Otite Moyenne Aigüe

Le tableau 21 décrit la prescription d'antibiotiques pour l'OMA selon l'âge de l'enfant et la spécialité du médecin prescripteur. On observe que pour les enfants âgés de moins de 2 ans les généralistes prescrivent plus d'antibiotiques que les pédiatres (91% versus 81%).

Tableau 21. Prescription d'antibiotiques selon l'âge de l'enfant et la spécialité

	Généraliste				Pédiatre			
	<=2 ans		> 2 ans		<=2 ans		> 2 ans	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antibiotique	42	(91%)	91	(94%)	13	(81%)	-	(-)
Sans antibiotique	4	(9%)	6	(6%)	3	(19%)	1	(100%)
TOTAL	44		97		16		1	

Le tableau 22 analyse l'attitude du médecin face à l'examen différé pour cette pathologie. Parmi les 157 enfants présentant une OMA, 99 (63%) avaient plus de 2 ans (un seul cas provenant d'un pédiatre). Dans l'ensemble, seulement 21 % ont eu un examen différé à 72 heures, les pédiatres ayant plus cette attitude que les généralistes (29% versus 20%).

Tableau 22. Examen différé selon la spécialité

	Généraliste		Pédiatre	
	N	%	N	%
Différé à 72 heures	28	(20%)	5	(29%)
Sans examen différé à 72 heures	112	(80%)	12	(71%)
TOTAL	140		17	

3.2.1.2 Angine

Sur les 202 cas d'angine, le diagnostic a porté pour 27% sur des enfants de moins 3 ans. On observe un léger pourcentage supérieur de prescription d'antibiotiques chez les généralistes toute âge confondue.

Tableau 23. Prescription d'antibiotiques selon l'âge de l'enfant et la spécialité

	Généraliste				Pédiatre			
	<=3 ans		> 3 ans		<=3 ans		> 3 ans	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antibiotique	41	(89%)	128	(88%)	6	(75%)	2	(67%)
Sans antibiotique	5	(11%)	17	(12%)	2	(25%)	1	(33%)
TOTAL	46		145		8		3	

IV. DISCUSSION

La campagne « Antibios quand il faut » est basée sur l'hypothèse que si les médecins continuent à prescrire des antibiotiques dans les infections ORL supposées virales de l'enfant, c'est parce d'une part ils n'ont pas intégré dans leur pratique les recommandations scientifiquement validées et que d'autre part qu'ils subissaient de la part du public une pression pour prescrire des antibiotiques supposés « guérir plus vite ».

L'ANAES [33] a bien montré que la diffusion simple de recommandations n'avait pas d'impact sur les pratiques. De plus les recommandations professionnelles produites par l'Agence du Médicament en 1999 [16] n'ont été diffusées que par voie de presse.

La démarche adoptée pour la mise en œuvre de la campagne du GEPIE repose sur une méthode originale de diffusion de recommandations aux médecins, la visite confraternelle, mais également sur une action éducative en direction des parents visant à les sensibiliser aux risques d'une antibiothérapie non justifiée.

La visite d'une personne spécialement formée sur le lieu d'exercice du professionnel de santé est largement utilisée par l'industrie pharmaceutique. Pour Durieux et coll [21,33], il s'agit avec les « rappels » (*reminders*), de la seule méthode ayant démontré une réelle efficacité sur les pratiques. En France, seule la CNAM a utilisé cette méthode avec des médecins-conseils dans deux campagnes de santé publique sur le diabète et l'HTA. A notre connaissance, la campagne « Antibios quand il faut » est la première à utiliser la visite confraternelle comme méthode de diffusion de recommandations auprès des médecins exerçant en ambulatoire à l'échelle d'un département.

Le taux de participation de 66,4% a été inférieur à celui de la visite de la campagne du GEPIE qui était de 95%. Cette diminution de participation peut s'expliquer par deux hypothèses. Les médecins en France ont une représentation négative de l'évaluation de leur activité, qu'ils voient plus comme un contrôle voire une sanction, que comme une possibilité d'amélioration de la qualité des soins d'autre part.

Le motif principal du refus évoqué par les médecins a été **le manque de temps (39%)**. L'annonce d'une durée d'entretien de 30 minutes (10 minutes pour la visite de la campagne du GEPIE), ainsi que le travail personnel supplémentaire de recherche de cas et de recueil de données ont sans doute influencé leur participation, même s'ils étaient indemnisés pour le

temps passé lors de l'entretien. On notera également que 11% des refus sont liés à l'absence d'informatisation du dossier médical, rendant très difficile le recueil rétrospectif des cas.

Les médecins de NICE ont un taux de refus significativement plus élevé (47% contre 25% pour le reste du département ; $p=0,001$). Plusieurs hypothèses peuvent être proposées: une densité médicale plus élevée impliquant une concurrence plus importante, d'où la nécessité d'une disponibilité plus élevée pour les patients, ou une sollicitation plus fréquente par les visiteurs médicaux.

Il faut noter que malgré un délai entre la visite confraternelle initiale et l'enquête d'évaluation en moyenne d'un peu plus d'un an (ce qui est long), 94% des généralistes et 100% des pédiatres ont déclaré se souvenir de la campagne.

Les objectifs de la campagne ont été bien perçus par les médecins et seuls les 3 principaux ont été cités ; il n'y a pas eu la perception d'objectifs économiques à cette campagne.

La méthode de la visite confraternelle a été globalement très bien appréciée.

L'acceptation, le souvenir et l'appréciation favorable sont des éléments pouvant être liés au statut professionnel du visiteur et/ou à ses qualités de communication. Le fait de considérer **le visiteur comme un pair** ayant une expérience professionnelle similaire facilite l'échange grâce au partage des difficultés liées à l'exercice professionnel libéral.

Elle a été perçue comme adaptée par 93% des médecins et comme apportant davantage que les autres méthodes de diffusion de recommandations par 77% d'entre eux. L'acceptabilité par les médecins de cette méthode, qui permet de toucher un grand nombre de professionnels, est donc très bonne en France. Parmi les autres méthodes citées pour diffuser les recommandations, la FMC arrive en tête. Par contre Internet est peu cité par les médecins qui n'ont pas encore la culture de faire leurs propres recherches documentaires ou qui n'en ont pas le temps. Plus de trois-quarts des enquêtés déclarent avoir aussi d'autres sources d'information sur le sujet, essentiellement par l'intermédiaire de la presse médicale mais également de l'industrie pharmaceutique bien sûr. Ceci peut expliquer que seul un quart des médecins déclarent que la campagne leur a apporté de **nouveaux arguments scientifiques** sur les résistances et que la moitié seulement est convaincue de son utilité en pratique.

En effet, dans le cadre de prescription d'un médicament, la décision médicale est autant sinon plus influencée par la demande des patients que par les données scientifiques. Ainsi, les croyances et les représentations des familles, mais aussi des médecins, sont les déterminants les plus importants de la prescription. Le fait que la campagne ait aidé 66% des médecins dans la **négociation thérapeutique avec le patient** est un argument fort d'utilité de cette campagne de santé publique. Pour près de la moitié des médecins, elle pourrait avoir un impact sur la demande d'antibiotiques par les patients de part l'intervention éducative faite sur les familles.

On observe que 66% des médecins déclarent avoir lu le document remis lors de la visite du GEPIE. Ce chiffre est nettement supérieur à celui recueilli lors d'une diffusion simple par courrier. La méthode est perçue comme adaptée à un haut niveau dans les 2 groupes où il y a souvenir de la visite, mais les médecins ayant lu le document déclarent que la visite confraternelle apporte plus que les autres méthodes avec une différence à la limite de la significativité ($p=0,07$).

Il y a moins de médecins favorables à la visite à **Nice**, où il semble vraiment que la campagne ait été moins bien acceptée que dans le reste du département. Ceci est aussi observé chez les pédiatres (46%) par rapport aux généralistes (73%) ; pour ce dernier point c'est sans doute dû à la **culture médicale française** qui veut qu'il y ait une certaine hiérarchie à respecter et que la visite d'un généraliste et à fortiori d'un étudiant lui proposant de modifier sa pratique soit mal acceptée par un spécialiste ; ceci est corroboré par le fait que l'on observe 4 fois plus d'avis favorables à la visite confraternelle chez les médecins visités par des confrères que chez ceux vus par des étudiants.

Nous soulignons l'importance du **type de visiteur** qui doit être de préférence un pair, de la formation des visiteurs, et également du **suivi de l'équipe de visiteurs** qui doit être supervisé et assisté tout au long de la campagne.

Dans la revue systématique des essais concernant la visite confraternelle effectuée dans le cadre du groupe EPOC par MA Thomson et reprise par P. Durieux dans le rapport de l'ANAES [24,33] , les visiteurs étaient soit des médecins, soit des pharmaciens, soit des membres du Ministère de la Santé. Un seul essai randomisé compare l'intervention d'un médecin à celle d'un pharmacien et on observe une baisse des prescriptions inappropriées uniquement dans le groupe médecin. Il n'y a pas eu de comparaison étudiant le type de visite ou l'effet du nombre de visites, mais un essai a étudié l'effet dans le temps montrant que l'effet

s'estompe 1 mois après la fin de l'étude ! Le rapport conclue : « *Tous les travaux montrent que la visite confraternelle est efficace, seule ou associée à d'autres types d'interventions. Cette efficacité est cliniquement pertinente ; elle est envisageable auprès de différentes catégories de prescripteurs dans différents types d'organisation de soins. Il n'y a pas de travaux permettant de comparer les différentes approches utilisées, enfin l'effet semble s'épuiser dans le temps et ce type d'intervention est coûteux.* »

La perception favorable ou défavorable de la visite confraternelle n'apparaît pas comme un facteur favorisant le souvenir des objectifs de la campagne. En effet, même chez les médecins qui ont un avis défavorable, le souvenir des objectifs reste très élevé, même un an après la visite, témoignant de l'effet prolongé provoqué dans cette campagne par cette méthode de diffusion.

Concernant l'avis sur l'utilité de la campagne, les médecins ayant un avis favorable à la visite pensent, à la différence de ceux qui ont un avis défavorable, que celle-ci leur a apporté des arguments scientifiques nouveaux et une aide à la négociation thérapeutique avec le patient, ceci met en évidence l' **importance des qualités de communication du visiteur**. C'est d'ailleurs ce critère d'aide à la négociation thérapeutique qui recueille aussi, selon ce groupage, le plus fort taux de réponses positives parmi ceux concernant l'utilité de la campagne et parmi tous les médecins. On retrouve bien là la préoccupation principale des médecins prescripteurs qui ont besoin d'aide pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies de non prescription d'antibiotiques dans les situations qui ne le nécessitent pas, afin de garder la confiance de leurs patients. La **non prescription est un acte fort** qui de plus est rarement enseigné à la faculté.

Il est flagrant qu'il existe des difficultés pour mettre en application les recommandations dans toutes les situations de pratique ambulatoire et qu'il faut **intervenir sur les multiples déterminants de la décision médicale** pour arriver à faire évoluer les comportements. Le travail d'ATTALI et coll [33] est dans ce domaine un outil très intéressant pour le praticien, puisqu'il permet de repérer et d'analyser les situations cliniques qui posent problème au praticien pour ne pas prescrire d'antibiotiques, et de mettre en œuvre des stratégies permettant de faire évoluer les pratiques, conformément aux recommandations. Ainsi, ils ont identifié un certain nombre de stratégies qu'il nous semble intéressantes de diffuser lors de la seconde phase de visites confraternelles de la campagne du GEPIE, que nous souhaitons mettre en œuvre en 2003.

Tableau 20. Propositions de stratégies de non prescription d'antibiotiques

Stratégies : Ce qui ne marche pas	Stratégies : Ce qui marche
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de mise en place de stratégie • Explication à minima • Repérage tardif de l'incident critique • Intention de prescrire prise en toute fin de consultation • Pas d'explication 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place stratégie de conviction • Repérage tôt de l'émergence de l'incident • Intention de prescrire prise tôt, mais position ouverte et prescription négociée • Examen ritualisé et commenté dès le début : organisation inversée de la consultation orientée vers la non prescription • Explication précise sur les virus et les bactéries • Explication sur l'action des antibiotiques • Explication des effets nocifs des antibiotiques • Travail à partir des craintes et représentations des malades • Proposition d'une étiologie de rechange non infectieuse • Proposition d'une alternative thérapeutique • Proposition de mise en place de suivi

D'après Attali C. et al : « Infections respiratoires présumées virales de l'adulte : comment moins prescrire d'antibiotiques ? résultats de l'étude PAAIR ».

Notre enquête a porté également sur l'évaluation des outils destinés aux médecins et aux parents afin de prévoir les éventuels changements à apporter pour la suite de la campagne. La lecture du document médecin augmente le souvenir des objectifs de la campagne et la perception positive de son utilité en ce qui concerne les connaissances scientifiques qu'elle apporte.

Sur les 130 médecins (66%) qui déclarent avoir lu le document médecin, 89 (69%) l'ont conservé à disposition dans leur cabinet, ce qui est un bon taux un an après la visite initiale. L'appréciation qualitative est également très bonne puisque 84% ont pu y trouver les données qu'ils cherchaient.

Pour le document à remettre aux parents, bien que l'ensemble des médecins trouve que c'est un bon relais dans la consultation à plus de 92%, seuls ceux qui avaient lu le document médecin l'ont utilisé et dans 80% des cas en le donnant sans commentaires. L'utilisation de ce document n'a donc pas été optimale sans doute parce que les médecins ne sont pas formés au cours de leurs études à l'Éducation à la Santé et y consacrent peu de temps dans leurs consultations, car rien n'est prévu pour indemniser cette fonction de prévention essentielle des médecins de premier recours.

Pour le document médecin, la difficulté réside aussi dans l'acceptation, puis la lecture du document. Pour 77% de ceux qui l'ont lu, l'avis est largement favorable à la campagne. De la même façon, le degré d'utilisation du document parent augmente avec l'avis favorable sur la visite.

Ces outils augmentent donc l'impact de la campagne mais ils doivent contenir des éléments répondant parfaitement aux besoins des praticiens, surtout dans l'aide apportée à la négociation de la prescription thérapeutique. Pour que la visite confraternelle ait un impact sur les pratiques, il faut insister sur la formation du visiteur et celui-ci doit présenter la visite non comme un apport dogmatique de recommandations figées, mais comme un accompagnement du praticien par un pair dans une démarche qualité, avec l'aide de supports pouvant répondre à ses interrogations.

Quant à la diffusion d'un document d'information destiné aux parents, les médecins enquêtés pensent que celle-ci devrait associer les crèches, PMI et pharmacies. Enfin, c'est la télévision, puis la presse écrite qui sont les 2 supports médiatiques proposés pour étendre cette campagne à un plus large public.

L'enquête de pratiques réalisée a mis en évidence la difficulté de mener une enquête rétrospective en médecine de ville. Deux hypothèses peuvent être soulevées. La première réside dans l'insuffisance de la formation médicale initiale à la recherche en général et à la santé publique en particulier, et le peu d'expérience des médecins de ville à la méthodologie des enquêtes en médecine. La deuxième hypothèse émise est la difficulté à retrouver certaines données dans un dossier médical, même si celui-ci est informatisé, parce que les médecins notent peu le diagnostic dans le dossier mais raisonnent plus sur l'association de signes et symptômes. Par contre, la crainte de l'évaluation médicale ne semble pas modifier le comportement, puisqu'on ne retrouve pas de différence significative dans la prescription antibiotiques entre les cas recueillis avant et après la visite d'évaluation, ceci sans doute en raison du caractère anonyme du recueil et parce qu'en général, les médecins pensent « bien agir ».

L'automédication réalisée par les parents n'est pas négligeable (6%), d'autant que l'on peut présumer qu'elle a pu être réalisée grâce aux antibiotiques restant des épisodes infectieux précédents. Ceci témoigne du probable non respect de la posologie et/ou de la durée de l'antibiothérapie des épisodes antérieurs.

Les médecins prescripteurs ont déclaré avoir perçu une demande explicite ou implicite d'antibiotiques de la part des parents dans un quart des cas, ce qui peut indiquer que la pression du public, mise souvent en avant par les médecins, n'est pas si importante. Il y a une part de croyances et de représentations propres au corps médical qui interviendraient dans l'estimation qu'ils font de la pression des patients. Néanmoins, cette perception de la demande diffère selon la pathologie : de 19% dans la rhinopharyngite à 27 % dans l'angine et 39% dans l'OMA. Il est intéressant de souligner que la rhinopharyngite est la seule pathologie pour laquelle la prescription d'antibiotiques est parallèle à la perception qu'a le médecin du souhait des parents, la demande des parents étant 3 fois plus suivie d'une prescription d'antibiotiques que l'absence de pression de leur part.

On retrouve au total 29% de rhino-pharyngites traitées par antibiotiques dans notre étude, ce qui est sensiblement inférieur aux autres études disponibles : 45% de prescriptions dans la même tranche d'âge en Rhône-Alpes et 38% dans l'étude EPPM, 46% en Grande-Bretagne, alors que cela reste très supérieur à l'Allemagne (8%) (*Tableau 21*) [34]. Ces enquêtes ne sont pas récentes (réalisées entre 1995 et 1997) mais représentent actuellement les seuls éléments de comparaison possible, étant donné le peu d'enquêtes réalisées sur les pratiques dans ce domaine. Il n'y a pas de différence significative de prescription entre généralistes et pédiatres dans les rhino-pharyngites, ce qui montre bien que les déterminants de la prescription sont les mêmes pour les deux spécialités et qu'il ne s'agit pas d'un problème de formation mais bien de comportement.

Tableau 21. Pourcentage des infections ORL traitées par antibiotiques selon les différentes études

	Rhino-pharyngites	Angines	O.M.A
EPPM1996 (Population générale)	38%	92%	74%
CRAM Rhône-Alpes 1996 (Enfants de 0/7 ans)	44%	96%	86%
GEPIE Alpes-Maritimes 2001 (Enfants de 0/7 ans)	29%	88%	91%
Royaume Uni (1995 -1997) (Population non précisée)	46%	94%	-
Allemagne (1995 - 1997) (Population non précisée)	8%	70%	-

Parmi les antibiotiques utilisés dans les rhino-pharyngites, l'Amoxicilline a été prescrite dans un tiers des cas, suivie des Macrolides dans un quart des cas. Il faut souligner la prescription fréquente d'Amoxicilline/Acide Clavulanique (14%) et de céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G à 9%), tous deux à l'origine de fréquents effets indésirables.

Dans les angines, on retrouve 88% de prescriptions d'antibiotiques, ce qui est également moins que dans les deux autres enquêtes françaises avec 96% chez l'enfant en Rhône-Alpes et 92% en population générale[34]. Cela signifie que dans 12% des cas, les médecins ont jugé improbable l'origine streptococcique, soit en raison de critères cliniques, soit après un prélèvement de gorge au laboratoire. On voit donc tout l'intérêt de l'utilisation du test de diagnostic rapide qui démarre en France en Octobre 2002 pour limiter cette prescription d'antibiotiques aux seules angines à streptocoque β -hémolytique du groupe A (SBHA).

On n'observe aucune différence dans la prescription d'antibiotiques dans les angines avant ou après l'âge de 3 ans, alors que les angines sont presque exclusivement d'origine virale avant 3 ans. Ce comportement ne diffère pas avec la spécialité du médecin.

Parmi les antibiotiques prescrits, on a observé la presque disparition de la Pénicilline V. L'Amoxicilline est devenue majoritaire à 54%, alors que les macrolides qui ne devraient être utilisés qu'en cas d'allergie aux β -lactamines sont prescrits une fois sur cinq (19%) et ce malgré leur taux de résistance croissant au streptocoque. La durée moyenne de traitement est en accord avec les recommandations, allant de 5 jours pour certains macrolides à 6 jours pour l'Amoxicilline. On note une durée moyenne de 8 jours pour la Pénicilline V, alors que les recommandations sont de 10 jours.

Les otites moyennes aiguës sont traitées dans leur immense majorité par un antibiotique (91%) sans que l'âge de l'enfant intervienne dans cette décision. Par contre, on a observé une plus fréquente prescription chez les généralistes que chez les pédiatres.

La recommandation de revoir l'enfant de plus de 2 ans au bout de 3 jours en cas d'OMA avant une prescription d'antibiotique n'est suivie qu'une fois sur cinq, quelle que soit la spécialité du médecin. Il est très intéressant de souligner qu'au terme de cette seconde visite, seul un tiers des enfants reçoivent un antibiotique ; pour deux tiers des OMA réexaminés au bout de 72 heures, les symptômes avaient disparu. Le réexamen au troisième jour est basé sur la constatation dans la littérature d'une guérison spontanée de 80% des OMA de l'enfant en moins de 3 ou 4 jours [35] . On constate que cette consultation au bout

de 72 heures n'est pas du tout intégrée à la pratique quotidienne dans les cas de suspicion d'OMA. Une information claire et précise renforçant cette pratique doit être réalisée auprès des médecins comme auprès des familles. Ceci éviterait les suspicions de multiplication d'actes médicaux jugés inutiles par les familles.

On constate une fréquente prescription d'antibiotiques dans les otites séro-muqueuses et encore plus dans les otites congestives. Cet écart important entre pratique et recommandation peut être expliqué par la complexité de l'examen clinique de l'oreille de l'enfant, qui aboutit rarement à une certitude diagnostique immédiate. Dans un contexte d'infection aiguë, les médecins préfèrent, dans le doute, instaurer une antibiothérapie qui couvrirait une OMA méconnue.

Si on analyse la prescription d'antibiotiques selon la perception de la campagne, il est intéressant de constater que lorsque les médecins considèrent la visite confraternelle comme une méthode adaptée, ils prescrivent dans les rhino-pharyngites un tiers d'antibiotiques en moins que ceux qui considèrent la méthode de la visite inadaptée, alors que dans les angines, s'il y a également une diminution de prescription, celle-ci reste non significative. Il est logique de percevoir un impact de la campagne plus important dans les rhino-pharyngites, car celle-ci n'était pas menée « contre les antibiotiques » mais « pour leur bon usage ».

Par contre, le fait de lire les documents destinés au médecin réduit le nombre de prescriptions d'antibiotiques dans les rhino-pharyngites et les angines, mais de façon non significative ; les autres sources d'information n'influenceraient pas la prescription. Il y a donc un réel effet lié à la visite elle-même, par rapport à la lecture des documents qui souligne l'importance de l'échange entre pairs dans l'appropriation de recommandations et leur intégration dans la pratique.

Un des biais de notre étude est celui de la sélection des cas. Celle-ci a été réalisée par chaque médecin. Ces cas ont pu être triés et choisis en fonction du souvenir du médecin, aboutissant parfois à sélectionner des enfants ayant reçu des antibiotiques plutôt que des cas choisis selon la pathologie.

L'enquête de pratiques a été réalisée avec un recueil de données sur un mode déclaratif. Aucun contrôle de qualité des données n'a été effectué avec le dossier par le médecin

enquêteur. Il nous est apparu qu'il s'agissait, dans notre contexte socio-culturel, du seul moyen pour que les médecins n'interprètent pas notre enquête comme un contrôle.

V. CONCLUSION

La méthode de la visite confraternelle est une méthode de diffusion de recommandations parfaitement acceptée par les médecins qui la considèrent comme étant adaptée à l'objectif recherché et leur apportant plus que les autres méthodes. Cependant, ceci est vrai à condition que la visite soit réalisée par des pairs comme le montre le net effet visiteur observé dans notre étude. En conséquence, les visiteurs devraient être préférentiellement des médecins ayant une expérience professionnelle similaire et confrontés aux mêmes difficultés de pratique que les médecins visités. Ces visiteurs doivent être formés préalablement aux techniques de communication et bien sûr au thème qu'ils doivent développer. Il est nécessaire d'avoir un scénario de visite, un suivi et une supervision méthodologique des visiteurs tout le long des visites de la campagne. L'effet d'implémentation ne serait pas du à l'apport de nouvelles connaissances scientifiques que les médecins reçoivent par ailleurs dans de nombreux documents mis à leur disposition, mais à l'échange entre pairs, permettant sans doute de démarrer ensemble une réflexion sur les stratégies de non prescription d'antibiotiques. Notre étude confirme donc les travaux internationaux concluant positivement sur l'efficacité de cette méthode qui semblerait adaptée à notre système de santé. Il faut considérer la visite confraternelle comme un accompagnement dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Cette méthode peut et doit être associée aux autres méthodes d'intégration des recommandations dans la pratique comme les groupes de pairs et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) qui démarre cette année avec l'ANAES dans quatre régions pilotes.

Dans l'enquête de pratiques, on perçoit que s'il existe encore bien des écarts entre pratique et recommandations, la campagne semble avoir eu un impact permettant la réduction des prescriptions d'antibiotiques dans les rhino-pharyngites. Néanmoins, dans les otites, un effort de formation et d'information doit être fait vis-à-vis des médecins et des parents. En effet, les médecins devraient proposer plus fréquemment un réexamen des tympans à 72 heures chez les enfants de plus de deux ans et les parents devraient accepter cette attente, en leur expliquant que de nombreuses prescriptions antibiotiques seraient évitées, vu le nombre de guérisons spontanées. Généralistes et pédiatres ont du mal à résister à la demande explicite ou implicite des parents et on observe dans notre enquête que la prescription d'antibiotiques suit cette perception de la demande des parents.

C'est pourquoi la deuxième phase de la campagne du GEPIE, qui se déroulera en 2003, va permettre de continuer la diffusion de recommandations sur les infections respiratoires de l'enfant mais aussi de l'adulte comme cela a été demandé par les médecins du département. Elle doit également servir à diffuser et tester sur une plus grande échelle le travail d'Attali et coll. qui a mis en évidence un certain nombre de stratégies de non prescription d'antibiotiques.

C'est en travaillant avec le public et avec les médecins sur tous les déterminants de la décision médicale que l'on arrivera à faire accepter tous les changements de pratiques rendus nécessaires par l'évolution des résistances bactériennes.

BIBLIOGRAPHIE

- 1-Vlahovic-Palcevski V, Morovic M, Palcevski G, Betica-Radic L. Antimicrobial utilization and bacterial resistance at three different hospitals. *Eur J Epidemiol* 2001;17(4):375-83
- 2-Nyquist AC, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis. *JAMA*.1998;279:875-77
- 3-Pichichero ME. Dynamics of antibiotic prescribing for children. *JAMA*, 2002; 287(3):3133-35
- 4-Diekema DJ, Brueggemann AB, Doern GV. Antimicrobial-drug use and changes in resistance in *Streptococcus pneumoniae*. *Emerging Infectious Diseases* 2000, CDC Past Issue; 6(5):9 p
- 5-Bronzwaer S L.A.M, Cars O, Buchholz U, Mölsted S, Goettsch W, Veldhuijzen IK, Kool JL, Sprenger MJW, Degener JE, and participants in the European Antimicrobial Resistance Surveillance System. A European study on the relationship between antimicrobial use and antimicrobial resistance. *Emerging Infectious Diseases*, 2002; 8(3):278-81
- 6-Arason VA, Kristinsson KG, Sigurdsson JA, Stefansdottir G, Mölsted S, Gudmundsson S. Do antimicrobials increase the carriage rate of penicillin-resistant pneumococci in children ? Cross sectional prevalence study. *BMJ*, 1996 ;313 :387-91
- 7-Rautakorpi UM, Lumio J, Huovinen P, Klaukka T. Indication-based use of antimicrobials in Finnish primary health care. Description of a method for data collection and results of its application. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:93-9
- 8-Perz JF, Craig AS, Coffey CS, Jorgensen DM, Mitchel E, Hall S, Schaffner W, Griffin MR. Changes in antibiotic prescribing for children after a community-wide campaign. *JAMA*, 2002; 287,(23):3103-09
- 9-Mölsted S, Cars O. Major change in the use of antibiotics following a national programme: Swedish Strategic Programme for the Rational Use of Antimicrobial Agents and Surveillance of Resistance (STRAMA). *Scan J Infect Dis* 1999;31:191-95
- 10-Cars O, Mölsted S, Melander A. Variations in antibiotics use in the European Union. *The LANCET*, 2001; 357:1851-53
- 11-Guillemot D, Maison P, Carbon C, Balkan B, Vauzelle-Kervroedan F, Sermet C, Bournot G, Eschwège E. Inappropriateness and variability of antibiotic prescription among French office-based physicians. *J Clin Epidemiol* 1998;51(1):61-68
- 12-Weber M, Roussel-Delvallez M, Laurans G, Fosse T, Dupont MJ, Perez R, Geslin P. Enquêtes épidémiologiques régionales sur la résistance aux antibiotiques de *Streptococcus pneumoniae* : résultats préliminaires de 6 Observatoires régionaux. *Méd Mal Infect* 1997,27,n° spécial ;7-15
- 13-Pradier C, Dunais B, Carsenti Etesse H, Dellamonica P. Pneumococcal resistance patterns in Europe. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1997; 16(9):644-47

- 14-Dowell SF,MD, MPH. Principles of Judicious Use of Antimicrobials Agents for Pediatric Upper Respiratory Tract Infections. Sponsored by the Centers for Disease Control and Prevention and the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*,1998;101(1):163-84
- 15-Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Xème conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse :Les infections ORL. *La Revue du Praticien Médecine Générale* ,1996 ;10 (350) :11-17
- 16-Agence du Médicament. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante I: Infections ORL et respiratoires basses. Recommandations. *Med Mal Infect.* 1999 ;29:209-257
- 17-Butler C, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*, 1998;317(7159):637-42
- 18- Pradier C,Dunais B, Carsenti-Etesse H, Cavaller P,Haas H, Boutin-Andreu L, Dellamonica P. Portage nasopharyngé de pneumocoques résistants dans les crèches des Alpes Maritimes. *Path Biol* 1999 ;47(5):478-82
- 19-Groupe de travail sur la Maîtrise de la résistance aux antibiotiques. Propositions au Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale pour un plan national d'actions pour la maîtrise de la résistance aux antibiotiques. France. Réseau National de Santé Publique, Saint-Maurice, janvier 1999 ;56 p
- 20-Iahns P, Assant JM. Consommation des antibiotiques dans les Alpes Maritimes. Service médical de l'Assurance Maladie, 2001 ; 6:1-19
- 21-Durieux P .Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale. In « Les dossiers de l'Institut d'Etudes des Politiques de santé », sous la direction du Professeur Dominique Jolly. Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 1999 ;77 p
- 22-Matillon Y et Durieux P .L'évaluation médicale :du concept à la pratique 2^e édition Paris, Médecine-sciences Flammarion, 2000 ;175 p
- 23-Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Les recommandations pour la pratique clinique. Bases méthodologiques pour leur réalisation en France. Paris ,ANAES, 1999; 56 p
- 24-Thomsom O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes *Cochrane Database Syst Rev*, 2000 ;(2):CD000409
- 25-Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach : a randomized controlled trial of academically based "detailing". *NEJM* 1983;308:1457-63
- 26-Soumerai SB and Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA*,1990;263:549-56
- 27-Davis D. Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *Int J Psychiatry Med* 1998;28(1):21-39

- 28-Soumerai SB, Avorn J. Economic and policy analysis of university-based drug "detailing". Med Care 1986 ;24(4):313-31
- 29-Larrabee T. Prescribing practices that promote antibiotic resistance. Strategies for change. J Pediatr Nurs 2002 ;17(2):126-32
- 30-Oxman AD,Thomson MA,Davis DA,Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice.CMAJ,1995;153:1423
- 31-Rumeau-Rouquette C, Blondel B, Kaminski M, Bréart G,. Epidémiologie. Méthodes et pratique. Méd Sciences-Flammarion ,janvier 1994 ; 311 p
- 32-Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des Recommandations Médicales. Paris, ANAES, 2000 ; 48 p
- 33-Attali C, Amade-Escot C, Gahdi V, Cohen JM, Pouchain D. Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires; rapport scientifique de l'étude PAAIR ;2001 ; URML d'Ile de France (Sous presse).
- 34-Agence du Médicament, Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments dans les secteurs ambulatoire et hospitalier. Prescription et consommation des antibiotiques en ambulatoire. Thérapeutiques, 1999 ;(39):8-14
- 35-Rosenfeld SF et coll. Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media /meta analysis of 5400 children from 33 randomized trials. J Pediatr.1994 ; 124 (3) : 355-367.

ANNEXE 1

Plaquette distribuée aux médecins «Antibiotiques : voir plus loin pour mieux prescrire »

<http://www.gepie.org/fich/attitude.pdf>

<http://www.gepie.org/fich/conseil.pdf>

<http://www.gepie.org/fich/rhino.pdf>

<http://www.gepie.org/fich/angine.pdf>

<http://www.gepie.org/fich/otite.pdf>

ANNEXE 2

Questionnaires d'enquête :



ANTIBIOPRAT-06

Numéro de registre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de l'enquête	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Enquêtrice	<input type="checkbox"/>
<i>Pascale=1 ; Pia=2</i>	
Focus group	<input type="checkbox"/>
Date de la première visite	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Visiteur	<input type="checkbox"/>
<i>Pascale=1 ; Pia=2 ; Olivier =3 ; Marianne =4 ; Sophie = 5 ; Jérôme =6</i>	
Souvenir de la dernière visite ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Sexe
homme=1 ; femme=2

Année de naissance

Nom de la commune où vous exercez
.....

Type de commune
<5000 hab=1; 5000-20000 hab=2 ; >20000 hab=3

Spécialité

Généraliste=1 ; Pédiatre=2

Vous exercez

Seul=1 ; En groupe=2

En général : 1=oui

2= non

9= inconnu, ne sait pas

EVALUATION DE LA CAMPAGNE DU GEPIE

1. Vous souvenez-vous de la visite du médecin du GEPIE ? oui non
2. Vous avez reçu la visite du médecin visiteur du GEPIE, vous souvenez-vous des objectifs de la campagne qu'il vous a présenté ?
- Diffuser des recommandations
 - Optimiser les prescriptions d'antibiotiques
 - Limiter l'augmentation de la résistance bactérienne
 - Autre . Préciser.....
3. La visite confraternelle vous semble t-elle une méthode adaptée pour diffuser des recommandations professionnelles ? oui
non
4. Vous apporte-t-elle davantage que les méthodes classiques ? (courrier, internet, formation continue..) oui non
5. Sinon, quelle méthode proposez-vous ?
- Envoi par courrier 1
 - Envoi par internet 2
 - La formation médicale continue 3
 - La presse professionnelle 4
 - Autre 6
- Laquelle.....
6. Concernant l'utilité de cette campagne
- Elle vous a apporté de nouveaux arguments scientifiques sur les résistances bactériennes (*pour une meilleure utilisation des antibiotiques*)
 - Elle vous a aidé à une réduction de la prescription antibiotique
 - Elle vous a aidé dans le choix de la famille antibiotique
 - Elle vous a aidé dans la négociation thérapeutique avec le patient
 - Elle vous a été utile dans la pratique

- Pourquoi.....

7. Pensez-vous que cette campagne ait eu un impact sur la demande d'antibiotiques par vos patients ? oui non

8. Avez-vous eu d'autres sources d'informations sur ce thème en dehors du GEPIE ? oui non

9. Le(s)quelle(s) ?.....

EVALUATION DES OUTILS

Document médecin

10. Vous souvenez-vous du document médecin remis ? oui non

11. L'avez-vous conservé à disposition ? (Montrez-le) oui non

12. L'avez-vous utilisé ?
1 Jamais lu
2 Une fois
3 De façon répétée

13. Quels sont les rubriques qui vous ont été utiles dans ce document ?
1 Aucun point positif
2 Données épidémiologiques
3 Attitudes, croyances et comportements
4 Conseils pour la pratique
5 Recommandations :
1 Rhino-pharyngite
2 Angine
3 Otite

14. Avez-vous trouvé dans ce document toutes les données vous permettant de prendre en charge ces infections de l'enfant ? oui
 non

15. Souhaitez-vous recevoir de nouvelles fiches de recommandations sur les infections ?
oui non

16. Sur quels thèmes ?
1 Infections respiratoires hautes et basses de l'adulte
2 Infections du sujet âgé
3 Autres infections respiratoires de l'enfant (bronchiolite...)
4 Infections urinaires
5 Infections cutanées
6 MST
7 Autres

Lesquels.....

ANTIBIOPRAT/2-06

Ne rien cocher

MEDNUN

CASNUM

Enquêtrice

Informations concernant l'épisode sélectionné

Sexe de l'enfant masculin féminin

La famille de l'enfant est-elle monoparentale ? OUI NON

Profession du père.....

Profession de la mère.....

Date de naissance

Date de l'épisode concerné

- Diagnostic posé Rhino pharyngite
 Angine
 Otite Moyenne Aigüe
 Otite Congestive ou Myringite
 Otite Séromuqueuse
 Vous ne savez pas

- L'enfant est : en crèche collective
 en crèche familiale ou assistance maternelle
 dans sa propre famille
 à l'école
 vous ne savez pas

La garde de cet enfant malade pose-t-elle des problèmes?
 OUI NON vous ne savez pas

L'enfant a t-il eu des infections ORL récidivantes au cours de cette dernière année ? (≥ 3 en 6 mois, y compris cet épisode sélectionné)
 OUI NON vous ne savez pas

Y a-t-il eu un argument pouvant influencer la prescription d'antibiotique ?

OUI NON

Lequel.....

En cas d'otite moyenne aiguë, avez-vous pu différer votre décision thérapeutique en réexaminant l'enfant dans les 72 heures ?

OUI NON

Avez-vous prescrit un antibiotique pour l'épisode sélectionné ?

OUI NON

Comment ? ordonnance d'emblée

ordonnance différée

lors de la deuxième consultation

Si OUI, de quelle famille Pénicilline V

Amoxicilline

Amoxicilline+Ac clavulanique

Céphalosporine 1^{er} G

Céphalosporine 2^{ème} G

Céphalosporine 3^{ème} G

Macrolides

Sulfamides

Autres : lequel.....

Durée de la prescription en jours

Une antibiothérapie avait-elle été initiée par la famille ? OUI NON

Quelle était l'attitude des parents par rapport à la prescription antibiotique pour cet épisode?

Demande explicite d'antibiotique

Demande implicite d'antibiotique

Pas d'opinion de la part des parents

Opposition aux antibiotiques

Vous ne savez pas



ANTIBIOPRAT-06non

répondants

1. Numéro de registre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Sexe	<input type="checkbox"/>
homme=1 ; femme=2	
3. Nom de la commune où vous exercez	
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Spécialité	<input type="checkbox"/>
Généraliste=1 ; Pédiatre=2	
5. Date de la première visite	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Date de l'appel téléphonique	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Souvenir de la dernière visite ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
8. Visiteur	<input type="checkbox"/>
Pascale=1 ; Pia=2 ; Olivier =3 ; Marianne =4 ; Sophie = 5 ; Jérôme =6	
9. Année de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Vous exercez	<input type="checkbox"/>
Seul=1 ; En groupe=2	
11. Motif du refus	
Je n'ai pas de temps	1 <input type="checkbox"/>
Ça ne m'intéresse pas	2 <input type="checkbox"/>
Je ne vois pas d'enfants	3 <input type="checkbox"/>
Je n'ai pas une activité qui recouvre ces pathologies	4 <input type="checkbox"/>