



PAAIR

Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires

Dr Claude ATTALI - UFR de médecine, Créteil

Pr Chantal AMADE-ESCOT - Université Paul Sabatier, Toulouse

Véronique GHADI - Groupe Image, Ecole Nationale de Santé Publique

Dr Jean Marie COHEN - Open Rome

Dr Denis POUCHAIN - UFR de médecine, Créteil

Rapport scientifique

octobre 2001

- **synthèse (qualitative et quantitative)**
- **analyse quantitative**
- **recueil du point de vue des praticiens lors d'entretiens collectifs**

L'étude PAAIR a été menée grâce au soutien de la Mutualité de la Fonction Publique (MFP), la CANAM, l'Union Régionale des Médecins Libéraux exerçant en Ile-de-France, et du groupe pharmaceutique GlaxoSmithKline.

PAAIR – Composition du groupe de recherche

Médecins chercheurs

L'étude PAAIR a été menée par les médecins généralistes enseignants suivants :

Dr Jean-Pierre ARLIGUI, 78-Fourqueux
Dr Jean-Pierre AUBERT, 75 - Paris
Dr Isabelle AUBIN, 95 - Soissy sous Montmorrency
Dr Philippe BIREMBAUX, 78 - Houilles
Dr Lydia CAILLAUD, 93 - Pantin
Dr Annie CATU, 75 - Paris
Dr Alain EDDI, 75 - Paris
Dr Raymonde JASSAUD, 75 - Paris
Dr Ginette KAWKA, 91 - Epinay sous Sénart
Dr Jean-Pierre LUCAS, 78 - Mesnil le Roi
Dr Hervé MANGIN, 93 - Noisy le Grand
Dr Michel MARES, 75 - Paris
Dr Henri PARTOUCHE, 93 - St Ouen
Dr Pierre RABANY, 92 - Nanterre
Dr Jean-François RENARD, 94 - St Maur
Dr Jean-François RENAULT, 95 - Bary-Lu
Dr Joël RICO, 78 - Maule
Dr Patrick RUSSO, 75 - Paris
Dr Frédéric SCHRAMM, 91 - Courcouronnes
Dr Jean-Claude SCHWARTZ, 92 - Puteaux
Dr Eva TESLAR, 75 - Paris
Dr François THIBAUT, 75 - Paris
Dr Jean-Pierre WANSTEN, 75 - Paris
Dr Benoit WEILER, 94 - St Maur.

Les groupes de médecins chercheurs incluent également les médecins coordinateurs suivants :

- *UFR Bichat* : Dr Dominique HUAS
- *UFR Broussais* : Dr Jean BRAMI
- *UFR Cochin* : Dr Frédérique NOEL
- *UFR Créteil* : Dr Denis POUCHAIN
- *UFR Necker* : Dr Christian GHASAROSSIAN
- *UFR Paris Ouest* : Dr Patrick CHEVALLIER

Médecin investigateur principal

Dr Claude ATTALI, Département de médecine générale, UFR Créteil

Analyse des données

- *Analyse qualitative des incidents critiques*

Pr Chantal AMADE ESCOT, Sciences de l'éducation, Université Paul Sabatier Toulouse

Dr Claude ATTALI, Département de médecine générale, UFR Créteil

- *Analyse quantitative*

Dr Jean Marie COHEN, Open Rome

- *Recueil du point de vue des médecins lors d'entretiens collectifs*

Véronique GHADI, groupe Image, Ecole Nationale de Santé Publique

Attachés de recherche

Marion QUESNE, Open Rome

Joseph QUESNE, Open Rome

Damien COHEN, Open Rome

Auteurs du référentiel

Le référentiel utilisé par le groupe PAAIR a été conçu par les médecins généralistes de la Société de Formation Thérapeutique des Généralistes (SFTG).

Conseil scientifique

Dr Francis ABRAMOVICI, Mutualité de la Fonction Publique
Pr Chantal AMADE ESCOT, Sciences de l'éducation, Université Paul Sabatier Toulouse
Dr Claude ATTALI, Département de médecine générale, UFR Créteil
Dr Pierre AUBERT, SFTG et Département de médecine générale, UFR Necker
Pr Claudine BLUM BOISGARD, médecin conseil national, CANAM
Dr Jean BRAMI, SFTG et Département de médecine générale, UFR Broussais
Pr Patrick CHOUTET, Services de maladies infectieuses et tropicales, CHU, Tours
Dr Jean Marie COHEN, Open Rome
Dr Hector FALCOFF, SFTG et Département de médecine générale, UFR Cochin
Véronique GHADI, groupe IMAGE, ENSP
Pr Serge GILBERG, SFTG et Département de médecine générale, UFR Necker
Dr Dominique HUAS, Département de médecine générale, UFR Bichat
Dr Bernard ORTOLAN, URML Ile de France.
Pr Olivier PATEY, département de maladies infectieuses, CHU Henri Mondor, Créteil
Dr Denis POUCHAIN, Département de médecine générale, UFR Créteil
Pr Claude ROUGERON, Département de médecine générale, UFR Paris-Ouest
Dr Brigitte SANDRIN BERTHON, Comité Français d'Education pour la santé (CFES)

Financement

L'étude PAAIR a été rendue possible par les soutiens financiers apportés par :

- La Mutualité de la Fonction Publique (MFP)
- L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France
- La CANAM
- Le laboratoire Glaxo-SmithKline.

Gestion

Association Département de Médecine générale - Formation - Communication
Président : Dr Jean Pierre WAINSTEN. Trésorier : Dr Jean Pierre BIBAS
La gestion du projet PAAIR a été assurée par le Dr Denis POUCHAIN.

Remerciements

à Guy PEYRONNET, inspirateur du réseau de santé des fonctionnaires franciliens, qui a permis à la Mutualité de la Fonction Publique de donner un élan décisif au groupe de recherche PAAIR.
au Pr Olivier PATAY qui, inlassablement, a su rassurer, conseiller et encourager les animateurs du groupe PAAIR

Contacts

- Dr Claude ATTALI, 25 rue Vaux la Reine, 91480 Varennes Jarcy
tél 01 60 47 39 35 fax 01 60 46 87 21 mél : attcl@club-internet.fr
- Pr Chantal AMADE ESCOT, LEMNE, Université Paul Sabatier,
Bât 3R2, 118 route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex
tél : 05 61 73 57 07 fax : 06 20 91 37 37 mél : amade.escot@wanadoo.fr
- Dr Jean Marie COHEN, Open Rome, 3 rue St Antoine, 75004 Paris
tél: 01 42 71 49 50 fax 01 42 71 77 15 mél : jmcoco@openrome.org

Ce rapport comporte trois parties

La première partie est une synthèse issue des deux corpus complémentaires que sont :

- L'analyse qualitative et quantitative des cahiers de recueil
- Le recueil des points de vue des praticiens lors des entretiens collectifs

La deuxième partie est constituée par l'analyse quantitative des cahiers de recueil

La troisième partie concerne le recueil du point de vue des praticiens lors des entretiens collectifs

Nous insistons sur le fait que les résultats de ces analyses sont à la fois très complémentaires et se recouvrent largement, donnant encore plus de valeur à toutes ces données.

Cette vision croisée d'un même problème nous a donc permis :

- de repérer et d'analyser les situations cliniques qui posent problèmes aux praticiens lorsqu'il s'agit pour eux de ne pas prescrire d'antibiotiques
- de décrire les stratégies utilisées en fonction du contexte, du vécu et de l'issue de la consultation
- de percevoir l'évolution possible des pratiques lorsque des praticiens tentent de modifier leurs pratiques par la réflexion dans l'action

PAAIR

Synthèse qualitative et quantitative

Dr Claude ATTALI

Pr Chantal AMADE-ESCOT

En matière d'antibiothérapie, en France comme dans de nombreux pays développés il existe actuellement une importante discordance entre les recommandations élaborées en fonction des données actuelles de la science et les pratiques des médecins généralistes.

Différentes études récentes se sont intéressées aux modalités de prescription des antibiotiques en ambulatoire. L'étude de Guillemot et al (1) réalisée en France a montré une augmentation considérable de la consommation d'antibiotiques dans les années 91-92 par rapport aux années 81-82 (+ 48%).

Les conclusions de toutes ces études concordent (2) : les infections respiratoires présumées d'origine virale que sont les rhino-pharyngites aiguës, les trachéites, les bronchites aiguës et même la grippe sont un des motifs majeurs de prescription d'antibiotiques, ce qui est aussi confirmé par les relevés de la caisse d'assurance maladie en période de grippe. Dans toutes ces maladies, la prescription en première intention d'antibiotiques n'est théoriquement pas justifiée (3) (4). Pourtant les résultats de toutes les enquêtes réalisées en France confirment que les antibiotiques sont prescrits dans 40% des rhino-pharyngites et dans 80% des bronchites.

Cette attitude n'est ni une particularité française, ni l'apanage des seuls généralistes elle est retrouvée dans de nombreux autres pays développés (4).

La prescription excessive et inadaptée d'antibiotiques favorise l'émergence préoccupante de phénomènes de résistance bactérienne et entraîne un surcoût inefficace des dépenses de santé : il s'agit bien d'un problème important de santé publique. En effet, les antibiotiques jouent un rôle majeur dans la sélection et la diffusion des souches de bactéries résistantes. Il semble bien démontré que l'antibiothérapie prescrite en ambulatoire serait, elle aussi, capable de sélectionner puis de faciliter la diffusion de souches résistantes. Les souches sauvages sélectionnées en ville sont nombreuses. Les exemples habituellement cités sont les *escherichia-coli* résistants à l'amoxicilline, les pneumocoques résistants à la pénicilline ou de sensibilité diminuée à cet antibiotique.

Alors que tout médecin sait pertinemment que les antibiotiques sont inefficaces sur les virus, quelles sont les raisons profondes qui font que les généralistes français prescrivent autant d'antibiotiques dans des infections respiratoires hautes et basses présumées d'origine « virales » ? Est-il possible pour ces praticiens de faire autrement ? Comment ? Quelles sont les stratégies permettant de surmonter ces raisons profondes, voire ces obstacles, à la non prescription d'antibiotiques dans ces situations ? .

L'hypothèse principale de ce travail est que les pratiques des médecins généralistes en situation génèrent des stratégies scientifiquement validables à condition de :

- construire des savoirs issus de l'expérience grâce à la réflexion dans l'action,
- mettre en relation ces savoirs avec les savoirs académiques pour élaborer des stratégies valides,
- appliquer ces stratégies dans leur champ d'exercice, décrire et évaluer les résultats obtenus,

Le cadre théorique qui a servi de support à cette étude a été défini et développé aux Etats-Unis par Argyris et Schön (6) et par Saint-Arnaud (7) au Canada. Cette voie de recherche postule que les praticiens développent et utilisent tous les jours des compétences pour faire face aux situations complexes auxquelles ils sont confrontés. Il s'agit donc d'un processus d'élaboration d'un savoir en l'occurrence de procédures à partir de l'analyse de l'expérience individuelle et collective plutôt que sur des démarches expérimentales classiques (méthode hypothético-déductive). Cette réflexion dans l'action par le praticien est aussi connue dans les milieux des sciences de l'éducation sous la dénomination de "praticien réflexif".

METHODE

Pour mieux comprendre ce qui détermine en France la prescription d'antibiotique dans des situations cliniques qui ne la nécessitent pas à priori, d'un strict point de vue des données actuelles de la science et des recommandations de bonne pratique, il est indispensable d'étudier le fonctionnement médecin/patient in vivo. Le dispositif de recherche, conformément aux méthodes en usage dans le courant dit du « praticien réflexif » a associé des praticiens acceptant de tenter « en situation » des transformations de leur pratique habituelle de prescription. Après acceptation du projet de recherche, nous avons demandé à ces « praticiens-chercheurs » de rendre compte régulièrement, par le biais d'un cahier de recueil de données, de leur pratique. Pour cela nous avons utilisé la technique dite de "l'incident critique" telle qu'elle a été définie par Flanagan (8). Nous avons défini l'incident critique comme "une situation clinique complexe" où la non-prescription d'antibiotique (définie par un référentiel construit et validé

par des infectiologues et des généralistes dans le cadre d'un contrat INSERM U13-MGEN-SFTG) n'est pas facilement applicable du fait de l'apparition durant la consultation ou au moment de la décision d'un événement ou d'un contexte jugé suffisamment significatif pour que la "non-prescription" effective pose problème. Cette situation clinique complexe peut avoir deux issues. La première, en adéquation avec le référentiel, se traduit par la non prescription d'antibiotique, la seconde témoigne d'un échec dans la non prescription recommandée. Nous avons donc deux types d'incidents critiques :

- L'incident critique à issue favorable (ICF) est défini par une situation de non-prescription d'antibiotique après adaptation stratégique du médecin.
- L'incident critique à issue défavorable (ICD) est définie par la prescription d'antibiotique du fait du renoncement ou de l'échec de la mise en place d'une stratégie de non-prescription.
- Dans le cas de prescription différée d'antibiotiques, nous avons demandé aux praticiens de choisir s'il s'agissait, selon eux, d'un ICF ou d'un ICD .

Chaque praticien-chercheur devait fournir deux cahiers de recueil par mois : un cahier relatif à un incident critique à évolution favorable et un cahier relatif à un incident critique à évolution défavorable.

OUTILS

Trois outils sont au principe de cette recherche :

- 1 - le référentiel de prescription dans le cadre des infections respiratoires hautes et basses des patients de plus de quinze ans. Ce référentiel a fait l'objet d'une discussion en vue de son acceptation par les « praticiens-chercheurs » dans la première phase de la recherche ;
- 2 - le cahier de recueil de données sur la situation clinique complexe que constitue les ICF et les ICD ;
- 3 - des entretiens collectifs réunissant chaque fois un petit groupe de 5 à 6 « praticiens-chercheurs ».

1 - Le référentiel (9)

L'élaboration du référentiel a été menée de 1995 à 1997 dans le cadre d'un contrat INSERM U13-MGEN-SFTG. L'ensemble a été coordonné par un groupe de pilotage, comprenant trois généralistes et deux infectiologues. La recherche a compris trois étapes. Les deux premières étapes ont été décrites en détail et ne seront que brièvement rappelées ici.

La recherche bibliographique a été effectuée avec l'aide du Centre d'Information Médicale Automatisée de l'INSERM.

Trois groupes d'experts ont été constitués, en Ile de France, dans le Nord, et dans le Val de Loire. Chaque groupe comprenait deux à quatre médecins

généralistes, un infectiologue, un ORL et un pneumologue. Ils ont travaillé au cours des années 1996 et 1997. Le groupe de pilotage a sélectionné les questions à poser aux experts, et les a formulées de façon à respecter les contraintes ci-dessous. Cinq situations cliniques ont été retenues, selon que le symptôme dominant est la rhinorrhée, la toux, le mal de gorge, l'extinction de voix, l'otalgie.

Les contraintes qu'ils devaient respecter étaient les suivantes :

- Proposer des critères de raisonnement basés sur les symptômes et non sur le diagnostic. Les experts ne devaient pas utiliser de terme nosographique (sinusite, bronchite, etc.) mais uniquement des termes désignant des symptômes ou associations de symptômes (rhinorrhée claire ou purulente, toux sèche ou productive, etc..)
- Assumer des choix même si les sources scientifiques étaient incomplètes : ils devaient par exemple choisir de considérer, ou non, le sujet tabagique, comme un terrain à risque de surinfection.
- Formuler clairement des situations dans lesquelles il paraissait légitime de ne pas prescrire d'antibiotiques.
- Editer enfin un document clair et concis, utilisable en situation de pratique médicale courante par le médecin généraliste, tenant si possible sur une seule page.

Ce référentiel validé dans le cadre de la recherche brièvement décrite ci-dessus a été soumis pour échange et discussion à tous les « praticiens-chercheurs » de PAAIR afin d'appropriation.

2 - Le cahier de recueil

Le cahier de recueil a été conçu et réalisé par l'équipe de pilotage de PAAIR. Il a fait l'objet d'une pré-expérimentation avec quelques médecins, puis une fois stabilisé, a été diffusé et testé auprès de tous les participants à cette recherche. Les « praticiens-chercheurs » devaient rendre compte du scénario complet de la consultation considérée par eux comme relevant d'un incident critique. La retranscription devait avoir lieu au plutôt et si possible dans la journée, en renseignant les différentes rubriques du cahier de recueil comportant :

- des données quantitatives : informations sur le médecin, le patient, sa demande, les données cliniques, les résultats et le vécu de la consultation, la prescription ou non d'antibiotiques et/ou d'autres médicaments.
- des données qualitatives sur les pressions ressenties mais aussi sur raisons profondes du renoncement, du succès ou de l'échec des stratégies mises en place : c'est à dire ce que le médecin a dit, a fait (tactique, stratégie), ce qu'il a pensé ou senti et ce qu'il n'a pas dit.

- à l'issue de la consultation, le médecin devait aussi préciser le type et la qualité de la relation médecin/malade, son degré de satisfaction /insatisfaction et sa perception documentée du niveau de satisfaction du malade.

Chaque cahier de recueil de données comportait donc des informations quantitatives, ou quantifiables autorisant un traitement statistique des différents ICF et ICD documentés ; ainsi que des données textuelles, qualitatives (éléments de discours rédigés à la suite de la consultation vécue comme critique) que nous avons traitées selon les méthodes en usage dans les recherches qualitatives (10)

Durant le premier mois de la recherche, les praticiens-chercheurs devaient tester ces deux outils (référentiel et cahier de recueil) afin d'appropriation et de validation interne. A l'issue de cette période, une réunion de tous les praticiens a permis d'affiner puis de valider le cahier de recueil et d'accepter le référentiel proposé.

3 - Les entretiens collectifs

Nous avons complété ce travail par la réalisation de 5 entretiens collectifs avec les praticiens-chercheurs. Chaque médecin devait participer à un entretien. Il était invité à présenter un cas et les autres médecins devaient réagir par rapport à ce cas. Ces entretiens ont été construits et conduits par Véronique Ghadi sociologue à l'école nationale de santé publique (groupe IMAGE) .

L'objectif de ces entretiens était double, d'une part il participait à l'élaboration du processus réflexif en permettant à chacun de partager ses expériences et d'y réfléchir collectivement. D'autre part ces entretiens avaient comme objectif de recueillir le point de vue de ces praticiens-chercheurs sur les questions, les représentations qu'ils avaient des attentes et des demandes de leurs patients, sur le vécu de leur consultation en regard de l'histoire non seulement avec leur malade mais plus largement en regard de ce qu'est leur histoire personnelle, à savoir leur expérience, leur vision de la médecine et de sa pratique, leur positionnement par rapport aux autres professionnels.

L'EQUIPE DE RECHERCHE

L'équipe de recherche constituée pour cette étude comprend les cinq auteurs de cet article auxquels ont été associés 30 praticiens issus de 6 facultés de médecine franciliennes : Bichat, Broussais, Cochin, Créteil, Necker, Paris-Ouest. Chaque faculté était coordonnée par un responsable qui a participé à l'élaboration du cahier de recueil, puis a présenté le projet aux praticiens-chercheurs de sa faculté et a servi de relais lors des retours d'informations.

Les critères de choix des "praticiens-chercheurs" ont été les suivants. Ce sont des médecins généralistes, "maîtres de stage/enseignants de médecine générale", des 6 facultés, qui acceptaient le projet de recherche et toutes ses conditions d'application. C'est à dire qui devaient tenter « en situation » des transformations de leur pratique habituelle. Les « praticiens-chercheurs » devaient produire pendant 6 mois deux incidents critiques chaque mois : un incident à évolution favorable (ICF) et un incident à évolution défavorable (ICD). Les « praticiens-chercheurs » s'engageaient d'autre part à participer aux réunions de préparation et de synthèse ainsi qu'aux entretiens collectifs.

La complexité du protocole de recherche est relative à l'objet même qui est investigué, à savoir la compréhension en profondeur de ce qui se passe lorsque un praticien tente de modifier son fonctionnement. Les recherches antérieures menées dans ce paradigme précisent quelles sont les conditions à respecter :

- une implication de longue durée dans le phénomène étudié. Dans cette recherche la durée d'implication des « praticiens-chercheurs » a été de 9 mois incluant les phases préalables de formation et de discussion du référentiel (2 mois), la phase de recueil de données (6 mois), les moments de restitution des résultats tout au long de la recherche (1 mois),
- une parfaite neutralité des responsables de groupe par rapport aux décisions prises par les praticiens, se traduisant notamment par le refus de légitimer telle ou telle stratégie et par la restitution régulière des résultats intermédiaires tels que élaborés par le traitement des données quantitatives et qualitatives de chaque mois.

TRAITEMENT DES DONNEES

A l'issue de ce travail nous avons obtenu deux corpus complémentaires : un issu de l'analyse des cahiers de recueil (analyse qualitative et quantitative) et un issu des entretiens collectifs. La compréhension en profondeur des pratiques médicales dans les situations cliniques complexes dont rendent compte les incidents critiques nous a amené à mettre en relation ces différents corpus et, au sein de ces corpus, les données quantitatives et qualitatives. Cette façon de procéder est compatible avec les canons des recherches qualitatives. Nous en rendons compte lors de la discussion.

(a) Modalités d'analyse des cahiers de recueil

- Une analyse qualitative des cahiers a été réalisée au fur et à mesure de l'évolution de la recherche. Comme nous l'avons indiqué précédemment, elle s'est accompagnée chaque mois, d'une restitution des principaux résultats, auprès des « praticiens-chercheurs ». Il s'agit d'une procédure d'accompagnement et d'implication qui consiste à renvoyer aux acteurs de la recherche un certain nombre de faits construits à partir de leurs propres observations. L'option

méthodologique, empruntée à Piaget, postule que "*connaître un objet, c'est agir sur lui et le transformer, pour saisir les mécanismes de cette transformation en liaison avec les actions transformatrices elles-mêmes*" (11)

- Un traitement statistique des données quantitatives (voir les résultats quantitatifs)

(b) Synthèse des entretiens collectifs

La synthèse des entretiens a porté sur les représentations des antibiotiques chez les malades comme chez les médecins, la description des interactions entre médecins et malades comme toile de fond de chaque consultation., l'irruption des référentiels dans la pratique et les transformations des pratiques induites par ce travail (voir cahier de synthèse des entretiens).

RESULTATS

Nous avons obtenu 206 situations cliniques. 192 cahiers ont pu être analysés d'un point de vue quantitatif. Certains cahiers n'étaient pas suffisamment lisibles pour être correctement analysables d'un point de vue qualitatif. Nous avons pu analyser qualitativement 184 cahiers : 83 ICF et 101 ICD.

Pour l'analyse qualitative les ICF et les ICD, nous nous sommes surtout intéressés:

- au contexte de l'acte médical : symptômes et pathologies, étiologie, état général du malade, raisons des demandes d'antibiotiques.
- à la relation médecin/malade : première fois, relation occasionnelle, paternaliste, à type d'investissement mutuel, amicale, conflictuelle.
- au ressenti du médecin tout le long et en fin de consultation et à la perception documentée qu'il a eu du degré de satisfaction du malade à l'issue de l'acte
- aux stratégies mises en place pour tenter de suivre le référentiel de non-prescription : stratégie de conviction (explication, persuasion) puis d'application du référentiel.

1 - Caractéristiques des situations critiques de décision de prescription

L'analyse de contenu des différents cahiers de recueil et la condensation de l'ensemble des données obtenues nous permettent de caractériser finement ce qui, dans la pratique quotidienne, est désigné par les « praticiens-chercheurs » comme une situation ou un incident critique (quelle qu'en soit l'issue, favorable ou défavorable) dans la prescription ou non d'antibiotiques. Rappelons que ces caractéristiques sont relatives aux situations cliniques d'infections respiratoires hautes et basses des

patients de plus de quinze ans. Les items listés ci-après en délimitent les contours :

- le patient souhaite avoir des antibiotiques
- le patient fait référence à des expériences passées, en particulier lors d'expériences considérées à tort ou à raison comme des échecs de la non-prescription
- le traitement antibiotique a déjà été commencé.
- le patient renvoie à des épreuves personnelles ou familiales douloureuses (maladies graves, difficultés personnelles, troubles psychologiques),
- la prescription d'antibiotique n'est pas le principal problème de la consultation,
- plusieurs médecins sont mis de façon implicite ou explicite en concurrence
- il s'agit du 2^{ème} ou du 3^{ème} contact pour le même épisode,
- le patient paraît fatigué
- Le malade est perçu comme ayant des risques particuliers,
- le médecin doute,
- la conviction du médecin est forte et opposée aux recommandations qu'elle qu'en soient les raisons.

2 - Facteurs influençant l'issue de l'incident critique

Parmi l'ensemble des variables étudiées, les résultats quantitatifs mettent en avant un certain nombre de facteurs qui influencent de manière significative l'évolution de l'incident critique

	Total %	ICF % AB Non prescrits	ICD % AB prescrits	P
Patient perçu comme plutôt en forme	66,1	76,7	57,5	< 0,05
Patient perçu comme fatigué ou très fatigué	33,9	23,3	42,5	< 0,05
Patient perçu comme à risque	13,1	7,1	17,9	< 0,05
Faible certitude sur origine virale	8,9	1,3	15,	< 0,05
Prescription antibiotique par conviction personnelle du médecin	27,4	14,9	37,2	< 0,05
Explication de la décision au patient	77,5	95,3	62,9	< 0,05
Satisfaction du médecin par rapport à sa décision	68,2	94,2	47,2	< 0,05

Dans cette étude et de manière statistiquement significative le médecin prescrit des antibiotiques lorsque le patient lui semble fatigué ou très fatigué, s'il est perçu à risque, en cas de faible certitude sur l'origine virale et/ou s'il a l'intime conviction que les antibiotiques sont une bonne réponse au problème posé par le malade ou par la maladie.

A l'inverse le médecin prescrit d'autant moins d'antibiotique que le patient semble en forme, qu'il explique sa décision. Dans ces situations à l'issue de la consultation, il est significativement plus souvent satisfait qu'en cas de prescription d'antibiotiques.

3 - Stratégies utilisées par les « praticiens-chercheurs » en fonction du contexte et de l'issue de la consultation

L'analyse envisage les thèmes suivants en relation avec l'issue de l'incident critique : le contexte, la relation médecin-malade, le vécu de la consultation.

3.1. Le contexte du recours

Dans ce cadre nous nous sommes intéressés aux résultats de consultation, aux diagnostics proposés par les médecins, aux étiologies présumées et au niveau de certitude sur l'origine virale des symptômes. Nous avons aussi étudié la perception qu'a le médecin sur l'état général du malade, les types de pression exercée, c'est-à-dire les motifs de demande d'antibiotiques.

(a) Résultats de consultation et/ou diagnostic retenu

De l'avis des « praticiens-chercheurs », dans notre étude, la très grande majorité des situations cliniques concernent des viroses respiratoires hautes et moins souvent basses (bronchites), situations qui ne nécessitent pas à priori de prescriptions d'antibiotiques.

SITUATIONC | Freq. Pourcent Cum.

1.2	14	7.9%	7.9%	jetage purulent
1.4	12	6.8%	14.7%	jetage non purulent
2.2	16	9.0%	23.7%	toux isolée non fébrile
2.4	11	6.2%	29.9%	toux avec un signe
3.2	33	18.6%	48.6%	mal de gorge sans fièvre
4.2	91	51.4%	100.0%	contexte viral

Précisé	177	100.0%
Non précisé	15	

TOTAL | 192 100.0%

diagnostics	ICF	ICD
Pathologies rhino pharyngée	72	79
Bronchite	4	17

Sur le plan strictement biomédical, on ne retrouve pas de différences importantes de types de plaintes, de symptômes, de pathologies qui puissent expliquer la prescription ou la non prescription d'antibiotiques et ceci que l'on s'intéresse aux résultats de consultation (voir tableau) ou aux diagnostics les plus fréquemment fournis par les praticiens (pharyngites, rhinopharyngites, angines, bronchites)

Tout au plus, il semble qu'en cas de bronchite la prescription d'antibiotiques soit plus importante. Notons toutefois que le seuil statistique n'est pas significatif. Ces résultats sur la prescription d'antibiotiques en cas de bronchite (ICF Bronchite : N = 4 ; ICD Bronchite : N = 17) sont cependant corrélés avec d'autres études épidémiologiques (13, 14), donnant d'autant plus de valeur à notre analyse qualitative.

(b) Niveau de certitude sur l'origine virale et état général du patient

Le niveau de certitude se répartit de la façon suivante quelle que soit l'issue de l'incident critique :

faible certitude	8,9 %
certitude moyenne	21,3 %
forte certitude	69,8 %

L'analyse différentielle selon l'issue de l'incident critique met en évidence les indicateurs suivants :

Niveau de certitude	ICF	ICD
forte	59	56
moyenne	9	18
Faible	6	16

Enfin, l'appréciation de l'état général du patient se répartit de la façon suivante:

Etat général du patient	ICF	ICD
En forme	62	59
Fatigué	17	38

L'étude quantitative confirme l'impression qualitative et montre que la prescription est significativement ($p < 0,05$) plus importante en cas de faible certitude des médecins sur l'étiologie virale et/ou lorsque le patient est perçu comme fatigué.

(c) La perception de « patient à risque »

Cette perception influence significativement ($p < 0,05$) la prescription d'antibiotique. L'analyse qualitative confirme ce résultat et montre bien que cette perception n'est pas toujours liée au fait que le patient présente un terrain particulier répertorié comme à risque dans le référentiel (âge, asthme, grossesse, alcool, tabac, immunodépression). Dans notre étude la notion de risque est plus large, elle concerne non seulement les risques généraux, les risques liés au tabac mais aussi les antécédents ORL et les troubles psychiques.

	ICF	ICD
Patient à risque	22	38

Les arguments en faveur d'une fragilité particulière ou d'un terrain particulier sont signalés avec les occurrences suivantes (en pourcentage)

Terrain particulier : arguments en faveur d'une fragilité particulière liée à :	
Pas d'arguments	73,4 %
Argument(s)	26,6 %
• Asthme	3,7 %
• BPCO	1,0 %
• Grossesse	0,5 %
• Alcool	1,0 %
• Tabac	6,8 %
• Age	2,1 %
• Immunodéprimé	-
• Autres	11,5 %

Nature des « Autres arguments » en faveur d'une fragilité particulière

- Opéré d'une sinusite
- Allergie au Clamoxyl
- Amygdalite chronique
- Antécédents d'angine
- Antécédents de sinusite
- Antécédents ORL chargés
- Cardiopathie / Insuffisance cardiaque
- Chirurgie d'un bec de lièvre
- Diabète
- Mycose sous antibiotique
- Névrose anxieuse
- Otite chronique
- Pyélonéphrite récente
- Rhinite allergique & conjonctivite
- Surpoids
- Psychose maniaco-dépressive traitée
- Toxicomanie.

(d) Les motifs de pression du malade

Durant ces recours, les motifs de pression du malade (87 % des IC décrits) pour obtenir des antibiotiques sont d'ordre:

- personnel (60% des IC décrits)
- professionnel (35% des IC décrits)
- familial (22% des IC décrits)
- évènementiel : voyage, examen (22% des IC décrits)

Les entretiens collectifs nous permettent d'affiner certains items :

- lorsque le patient fait référence à des expériences passées, en particulier lors d'expériences considérées à tort ou à raison comme des échecs de la non-prescription, les entretiens soulignent que dans ces cas, le médecin a des difficultés à asseoir une décision sur des connaissances scientifiques ou sur son expérience médicale, puisqu'elles semblent remises en question par le patient lui-même.

- lorsque le traitement antibiotique a déjà été commencé. Le médecin se vit alors comme un simple distributeur d'ordonnance. Il se sent alors dévalorisé et peut perdre l'envie de reprendre la main. Les cas où le médecin renverse la situation pour l'utiliser de manière pédagogique ("puisque votre antibiotique ne

fait pas encore effet, c'est qu'il ne sert à rien") sont plus rares mais signalent une stratégie délibérée.

Bien que l'étude statistique ne pointe pas de différences significatives entre ces différents types de pression l'analyse qualitative des issues des incidents critiques met en évidence que la pression d'origine professionnelle ou la survenue prochaine d'un examen est indiquée dans seulement 15 des ICF sur 83 alors qu'elle est mentionnées 42 fois sur 101 ICD. Le caractère très qualitatif de l'étude nous amène à penser que cette variable (pression professionnelle ou examen) pèse d'un poids particulier quant à l'issue de l'incident critique. Ce point mériterait une étude statistique de plus grande envergure (par questionnaire) pour être vérifié, ce que ne permet pas l'échantillon conséquent de 184 cas (pour une étude qualitative) mais probablement insuffisant pour en tirer une validation statistique.

(e) Le manque de temps, la fatigue du médecin sont de forts indicateurs en faveur d'une évolution défavorable de l'incident critique. Ces items sont cités 17 fois et ceci uniquement en cas d'ICD. Les entretiens collectifs montrent que concernant les antibiotiques, les représentations des praticiens ne sont pas très éloignées de celles des malades : ce sont des médicaments puissants qui présentent plus d'avantages que de risques. Il n'est pas étonnant dès lors de les voir prescrire dans ces situations de moindre vigilance professionnelle.

3.2. La relation médecin-malade

Relation	ICF	ICD
1 ^{ère} fois	19	10
Occasionnelle	20	24
Ancienne	32	39
Conflictuelle	3	3
Amicale	5	5

Nous nous sommes ici attachés à décrire différents types de relation médecin /malade, puis nous avons tenté de repérer si la prescription d'antibiotique était ou non directement liée aux différentes formes de relation existantes.

Nous avons ainsi pu repérer plusieurs types de relation médecin/malade. Schématiquement il pouvait s'agir soit :

- d'un premier contact avec des niveaux d'empathie variable,
- d'une relation occasionnelle (le patient étant déjà connu du médecin mais consultant de façon plus ou moins épisodique),

- d'une relation de type paternaliste,
- d'une relation plus profonde et/ou plus durable à type d'investissement mutuel (12)
- parfois même de relation décrite comme franchement amicale ou au contraire comme plus ou moins conflictuelle.

Bien que les médecins mettent souvent en avant l'importance de qualité la relation médecin/malade pour expliquer la prescription ou la non prescription d'antibiotiques, l'analyse de l'activité en accord avec les données quantitatives tend à montrer que la qualité de la relation influence en fait peu l'issue finale. Il n'est pas possible de mettre en relation une typologie des relations « médecin-malade » avec une typologie des décisions. Ainsi, on ne peut considérer que des relations de confiance et d'estime induiront systématiquement une non prescription d'antibiotique. Par contre, certaines non prescriptions d'antibiotique s'expliqueront par cette relation de confiance et d'estime. Autrement dit, si la nature de la relation influence bien la prescription nous ne pouvons pas en déduire l'issue, et donc utiliser cet item dans une perspective de prédiction. Les mêmes types de relations (à des fréquences à peu près semblables) se retrouvent dans les deux groupes d'incidents critiques.

Ainsi, les premières fois et les relations occasionnelles n'entraînent ni plus ni moins de prescriptions d'antibiotiques que les relations durables, fortes ou même conflictuelles. Soulignons toutefois que le contexte reste différent et les arguments mobilisés pour expliquer une situation de prescription ou de non prescription, ou pour justifier le fait que le médecin tente ou non une stratégie de conviction sont différents dans le cas d'une relation occasionnelle ou durable.

Par ailleurs, dans les cas de relation durable, l'analyse plus fine croisée avec la synthèse des entretiens montre que deux types de phénomènes sont capables de se neutraliser en terme de résultats :

(i) Dans certains cas, les médecins ne prennent pas le risque remettre en cause une relation ancienne « de bonne qualité » pour une simple prescription d'antibiotiques. Tout se passe ici comme si la qualité de la relation était assise sur une sorte de contrat implicite sous-tendu par les expériences communes passées et comme si tout changement brutal d'attitude de la part du médecin était capable d'altérer ou compromettre définitivement cette relation. Dans ces situations, le maintien à tout prix d'une relation « de confiance » est une raison relativement fréquente de prescription d'antibiotiques in fine. Dans d'autres cas c'est le niveau de compassion du médecin pour un patient en proie à des difficultés personnelles qui motive la prescription d'antibiotiques.

Les entretiens collectifs soulignent que la médicalisation de la société, accrédite l'idée que le médecin a toujours une solution. Les médecins, dans cette

position plutôt inconfortable, renforcent cet état de fait en se protégeant derrière la prescription d'un médicament. Ce point est important car il met en exergue une contradiction forte dans le discours des professionnels : la médecine est avant tout une relation humaine, le fait de consulter un médecin est le premier pas vers la guérison, mais dans le même temps, les médecins se sentent rarement assez forts, solides pour assumer la souffrance humaine et le médicament, pourtant considéré comme un concurrent, permet de "combler ces défaillances".

(ii) Dans d'autres cas au contraire, c'est la qualité de la relation et la confiance réciproque qui permet de négocier et de convaincre le patient de l'inutilité des antibiotiques (« la qualité de la relation » est citée environ quinze fois, et ce uniquement en cas d'ICF). L'expérience, le vécu du médecin, sa façon de se projeter dans la relation, l'histoire de cette relation jouent de manière évidente (bien que variée) sur la stratégie, sur la décision de prescrire certainement, mais surtout sur l'autojustification du médecin pour asseoir sa décision en situation d'incertitude.

3.3. Le vécu de la consultation :

Vécu du médecin	ICF	ICD
Pas trop de pression	50	51
Pression mal vécue	25	29

Nous nous sommes ensuite attachés à analyser l'influence du ressenti du médecin pendant et après la consultation sur le résultat final de la prescription. Pour ce faire nous nous sommes intéressés à la pression ressentie par le médecin, que cette pression émane du patient, de son entourage ou du médecin lui-même. Le sentiment d'être obligé de prescrire, l'indice de satisfaction du médecin, celui du malade au cours puis à l'issue de la consultation, ont été considérés comme des indicateurs significatifs du vécu de la consultation.

(a) Le niveau de la pression

Les résultats mettent en évidence que, globalement, ni la nature et ni le vécu de la pression n'influence de manière quantitativement significative le résultat final. Nous avons distingué deux moments particuliers pendant lesquels la pression ressentie par le médecin était susceptible d'influencer sa prise de décision : dans l'immédiateté du début de la consultation (à chaud), plus tard au cours de cette dernière, ou bien après lors de la rédaction du cahier de recueil. A chaud, la demande du malade est le plus souvent bien acceptée, les médecins considérant qu'il s'agit en fait d'un problème banal (courant) et habituel. Lorsque le médecin

se sent poussé à prescrire par ses propres convictions, cette demande est encore mieux vécue. Ainsi, lorsque la pression est bien vécue à chaud, il est rare qu'à froid, avec un peu de recul, son sentiment change. Dans un tiers des cas cependant (ICF et ICD réunis), cette pression est mal ou très mal vécue à chaud, le médecin se dit agacé, désabusé, irrité. Parfois il exprime des sentiments d'incapacité, d'incompréhension. Pourtant, il ne semble pas que le vécu de la pression modifie de façon significative l'évolution de l'incident, nous avons observé tout au plus :

- à froid, surtout en cas d'ICF le médecin arrive parfois à prendre du recul et à mieux comprendre et accepter cette pression.
- en cas d'ICD, il incrimine volontiers l'importance de la pression. Il accepte parfois l'idée qu'il aurait du faire autrement mais considère que pratiquement, sur le moment, les ressources stratégiques pour ne pas prescrire lui ont fait défaut.

(b) L'indice de satisfaction du médecin

Satisfaction médecin	ICF	ICD
satisfait	77	44
mitigé	5	9
mécontent	0	37

Au terme de l'acte médical, lorsque l'évolution est favorable (ICF) , si la majorité des médecins se déclarent satisfaits, un petit nombre d'entre eux reste cependant mitigé. Dans ce groupe, il n'y a pas de médecins mécontents. Par contre lorsque l'évolution est défavorable (ICD), les médecins se disent le plus souvent non satisfaits, ou expriment des sentiments plus mitigés que satisfaits. Parfois, surtout en fin de étude, ils se sentent même très culpabilisés, voire dévalorisés de n'avoir pas réussi à ne pas prescrire des antibiotiques. Cela renforce l'idée, essentielle dans ce type de recherche centrée sur les conditions du changement de la pratique professionnelle, que rendre visible une situation, suscite des questions et peut la rendre plus difficilement acceptable. Cette remise en question, cette déstabilisation est alors favorable à un changement de pratique mais il convient de souligner, à la suite d'éléments tirés des entretiens collectifs, que cette prise de conscience, peut dans certains cas (quoique rares) provoquer une inhibition.

(c) Le ressenti du patient à l'issue de la consultation

Satisfaction du malade perçue par le médecin	ICF	ICD
satisfait	57	82
mitigé	15	6
Mécontent	10	0

Les résultats concernant la perception de la satisfaction des malades diffèrent radicalement de ceux des médecins. Lorsque, in fine, les antibiotiques sont prescrits (ICD), il n'y a pas de malades insatisfaits, quelques uns sont décrits cependant comme exprimant des sentiments mitigés, vraisemblablement questionnés et temporairement « ébranlés » par l'argumentation du médecin. Dans les cas de non prescription (ICF), la majorité des malades semble quand même satisfaite, mais une bonne partie d'entre eux est perçue soit comme mitigée, soit franchement mécontente.

Il faut bien comprendre que l'enjeu autour de la prescription d'antibiotiques n'est pas interprétable seulement en terme de santé, mais plutôt autour de l'interaction qui se noue entre le médecin et le malade, entre le professionnel et le profane. Plus le médecin considère important la non prescription d'antibiotiques, plus la prescription, si elle est effectuée (ICD) sera vécue comme un échec personnel, une remise en question de son savoir, de son pouvoir. Cette situation est exacerbée dès lors que le médecin a déployé, de façon délibérée, une stratégie de conviction, conformément au projet de recherche auquel il a adhéré. Cette remise en question est d'autant plus difficile à contrecarrer que la pratique d'un médecin généraliste ne se construit pas uniquement avec un savoir objectif et sur des éléments objectivables (radios, analyse de sang). Dans le contexte d'incertitude qui caractérise la pratique médicale, le médecin fonde beaucoup de ses décisions sur la confiance que lui confère ses patients. Ainsi, une prescription d'antibiotique non voulue par le médecin, est vécue non seulement comme une perte de son pouvoir mais surtout de la confiance de ses malades. A cet égard, il est étonnant de constater à quel point dans les entretiens collectifs, les termes de pouvoir, de confiance, de combat, de corps à corps, de fatigue sont revenus fréquemment.

4 Synthèse des stratégies professionnelles utilisées en situations critiques

La deuxième visée de cette étude consistait à identifier quelles sont les stratégies mobilisées par les « praticiens-chercheurs » tentant, en situations critiques, d'appliquer un référentiel limitant la prescription d'antibiotiques aux cas cliniques la nécessitant. Les stratégies ont été identifiées à partir d'éléments exprimés par les médecins : ce qu'ils ont dit et fait pendant les consultations, la description de leur attitude vis-à-vis des patients, les éléments de persuasion qu'ils ont mis en place. Ces éléments ont été interprétés en relation avec les trois éléments précédents : relation médecin-malade, contexte et vécu des consultations.

Dans ce cadre, nous avons exploré le moment de l'émergence du problème, à quel moment de la consultation le « praticien-chercheur identifie que la situation est, ou va devenir critique. De la même façon nous avons identifié à quel moment la décision de prescrire ou non les antibiotiques a été prise. Puis nous nous sommes attachés à décrire les motifs profonds de cette décision afin de mettre en évidence quelles sont les stratégies utilisées pour éviter de prescrire des antibiotiques.

(a) Emergence de la situation critique

Emergence IC/consultation	ICF	ICD
Avant et au début	45	53
Durant	10	21
Fin de consultation	3	10

Quel que soit l'issue de l'incident critique, son émergence (c'est-à-dire la perception « qu'il risque de se poser un problème lié à la non-prescription des antibiotiques ») apparaît, dans la moitié des cas, dès le début, voire même parfois avant la consultation (lors de l'appel téléphonique). Dans l'autre moitié des cas, l'émergence de la situation critique apparaît durant la consultation (lors de l'examen ou lors des entretiens complémentaires). Parfois, surtout en cas d'ICD, elle peut n'apparaître qu'à la fin de la consultation, lors ou après la prescription. Une première interprétation consiste à souligner que la perception anticipée d'une situation risquant de devenir critique est un indice favorable à la mise en place d'une stratégie de conviction, et ce d'autant plus que l'on avance dans la recherche.

(b) Moment de la décision de prescription

Décision de prescription	ICF	ICD
Avant/début	24	37
Durant la consultation	38	23
En fin de consultation	12	30

Si l'intention de prescrire ou de ne pas prescrire est prise le plus souvent assez tôt et en fonction de l'anticipation de l'issue, le processus de prescription effective (traiter ou non) s'élabore le plus souvent durant toute la consultation, pendant ou à la fin de l'examen en cas d'incident à évolution favorable (ICF), alors quelle est prise majoritairement soit dès le début soit tout en fin de consultation en cas de prescription d'antibiotique in fine (ICD).

(c) Stratégies de conviction

Ce qui est le plus frappant lors de l'analyse des cahiers c'est la différence de stratégies mises en place dans les deux types de situations et leur évolution durant le temps de la recherche.

Stratégie de conviction	ICF	ICD
Pas de mise en place	8	85
Mise en place	70	15

Lors des premiers mois, dans les cas défavorables, il n'y a le plus souvent aucune stratégie mise en place pour tenter de ne pas prescrire. Tout au plus une information « à minima » sur les antibiotiques, les bactéries et/ou les virus est fournie aux malades. Il s'agit d'informations relativement sommaires dont nous pensons qu'elles étaient liées au fait que les médecins participant à cette étude, se sentaient obligés de donner une information sans « y croire vraiment ». Tout se passe en effet, comme si le médecin percevait très tôt, le plus souvent en même temps que l'émergence du problème que la situation était « perdue d'avance » et « qu'il n'y avait rien à faire » pour modifier cette issue. Parfois le médecin percevait que les véritables enjeux de la consultation étaient ailleurs et considérait que de perdre du temps avec une négociation sur les antibiotiques risquait de dévoyer le contenu même de la consultation. La décision de prescrire (ICD) était alors le plus souvent prise tôt dans la consultation. Les motifs profonds de prescription dans ces situations varient largement. Il peut s'agir de ce que les médecins perçoivent comme de l'anxiété ou une fragilité psychologique du patient ; de la peur de le mécontenter, de la crainte d'un conflit. Mais d'autres motifs sont souvent invoqués : le fait que le patient se soit déjà

automédiqué, qu'il faille « à tout prix » préserver la relation médecin/ malade, ou encore la mise en exergue d'expériences passées qui ne plaident pas en faveur d'une tentative de négociation. Enfin, ce peut être aussi par compassion, lorsque le malade est confronté à des expériences douloureuses mais aussi, tout simplement, par manque de temps ou par lassitude. Il n'est pas impossible que, même pour les « praticiens-chercheurs » participant à l'étude, en raison de fatigue ou par manque de temps, les représentations des antibiotiques « médicaments puissants et efficaces » participent, de manière plus ou moins consciente, à la prescription finale.

La pression peut venir des médecins eux-mêmes, non seulement par conviction biomédicale, mais aussi en raison de doutes, ou encore d'histoires de résolution ancienne avec le malade. Lorsqu'ils perçoivent des facteurs de risques ORL, généraux et/ou psychologiques, ils ont tendance à prescrire plus volontiers, même si le référentiel ne le recommande pas.

Ces résultats sont corroborés par l'analyse quantitative qui met en évidence que la présence de facteurs de risque réels ou perçus, le faible niveau de certitude sur l'étiologie virale, la perception d'une asthénie ou la conviction du médecin en fonction du malade ou de la maladie entraînent des différences significatives de stratégies et de prescriptions.

(d) L'évolution des pratiques au cours de la recherche

Il convient de souligner que, dans les trois derniers mois de l'étude, quelques « praticiens-chercheurs » placés dans ce type de situations délicates, réussissent à travailler et modifier leurs premières convictions et arrivent à ne pas prescrire pas en accord avec le référentiel. Cette évolution n'est pas quantitativement significative, là encore les effectifs sur lesquels a porté l'étude statistique ne permettent pas d'aller plus en avant dans cette interprétation. Lorsqu'une stratégie de conviction ou d'application est tout de même tentée, elle prend la forme des stratégies que nous allons maintenant décrire. La seule différence résulte en l'issue défavorable de l'incident critique.

En fin de recherche, dans les ICF par contre, les médecins mettent en place de multiples stratégies très tôt dans la consultation. Dans tous les cas, il est possible d'identifier clairement les stratégies de conviction délibérément mises en place et les stratégies d'application du référentiel qu'elles rendent possible. Pour les caractériser nous avons étudié finement ce que le médecin dit et fait pour convaincre pendant la consultation, ainsi que ce qu'il dit ou fait pour ne pas prescrire.

4.1. Stratégies pour convaincre

La non prescription nécessite toujours explication, les résultats quantitatifs ne laissent aucun doute sur cet aspect. Ces explications ne posent pas de problèmes aux médecins et ne modifient pas la durée des consultations. Bien qu'il n'existe pas de différence significative de durée de consultation entre les ICF et ICD, ni même avec les consultations habituelles, les praticiens mentionnent l'utilisation du temps pour écouter et décoder les raisons de la demande d'antibiotiques. Ceci permet au médecin de ritualiser, de théâtraliser l'examen, décrit alors comme minutieux, commenté à chaque phase. Les médecins disent insister sur le caractère banal, voire normal des signes cliniques, et de ce qui est éprouvé par le patient. Il s'agit là, en cas d'ICF, vraisemblablement d'un temps « subjectif », temps perçu et lié au degré d'implication et à la conviction du médecin.

La ritualisation de l'examen est accompagnée d'explications générales sur les maladies virales, bactériennes, sur l'inefficacité voire l'effet délétère des antibiotiques dans ces situations cliniques. Il apparaît, lors des entretiens collectifs, que la plupart des médecins, qui ne sont pas toujours convaincus eux-mêmes par les arguments économiques ou de santé publique, se sentent plus à l'aise dans des explications axées sur la santé individuelle, à court ou moyen terme, de leur malade. Le référentiel, présenté comme « la preuve scientifique » du bien fondé des non-prescriptions, est même parfois montré aux malades. Cette façon de procéder pourrait indiquer une relation difficile à la science, à la connaissance universelle de la part des médecins qui expliquerait leur besoin d'objectiver pour convaincre dans une situation où les malades demandent de plus en plus à comprendre.

Lorsqu'on avance dans la durée de la recherche, la ritualisation de l'examen persiste sans grandes modifications, mais il convient de souligner que les explications deviennent plus personnalisées et moins générales. Les médecins s'intéressent davantage aux représentations des malades : « de quoi a-t-il peur ? » « Pourquoi souhaite-il des antibiotiques ? ». Ils tentent ainsi de travailler et de partir de celles-ci. Les entretiens ont sans doute joué un rôle important dans la dimension réflexive collective, qui s'est renforcée probablement tout au long de la recherche, au fur et à mesure des rédactions des cahiers, mais aussi des renvois d'information faites aux chercheurs sur le traitement qualitatif des cahiers. Ce travail de réflexion a ainsi sans doute permis, aux praticiens-chercheurs de mieux décortiquer leurs stratégies, et donc de les rendre plus efficaces.

Un autre élément apparaît dans le décours de la recherche. Les « praticiens-chercheurs » semblent se questionner plus souvent sur la réalité de la pression subie. Ils différencient ainsi plus nettement la pression ressentie de la demande

formulée « d'un traitement efficace ». Ils repèrent notamment que cette expression utilisée par les patients n'est pas toujours synonyme d'une demande d'antibiotiques. Ils sont donc amenés à travailler sur leurs propres représentations et sont parfois surpris de ce qu'ils appellent la « docilité » des malades, c'est-à-dire leur acceptation d'un traitement qui ne comporte pas d'antibiotique.

Parmi les arguments rationnels utilisés par les médecins pour convaincre, le contexte épidémiologique est souvent utilisé et exprimé au malade. Il intervient dans la décision finale de prescription ou de non prescription

4.2. Stratégies pour ne pas prescrire

Pour ne pas prescrire l'explication n'est pas suffisante, les médecins doivent proposer, voire négocier, des stratégies alternatives aux antibiotiques. Il peut alors s'agir :

- d'alternative thérapeutique, véritable troc de médicaments contre les antibiotiques : médicaments qui traitent les symptômes associés, fièvre, toux, céphalées, etc. ou qui prennent en compte des mécanismes physiopathologiques qui peuvent être incriminés comme l'allergie, la pollution, l'inflammation. Dans ce cadre nous considérons qu'il s'agit d'un véritable « arrangement de prescription », c'est-à-dire une conduite de négociation réussie qui permet à chacun des acteurs de la relation thérapeutique de sortir rasséréiné de la situation critique, plus ou moins ressentie comme conflictuelle.
- de proposition de suivi à court et moyen terme, associé ou non à la promesse implicite ou explicite de réviser la stratégie en cas d'aggravation ou de persistance des troubles.
- De la prescription différée, autre moyen d'éviter ou de différer la prise d'antibiotiques. Elle peut se faire sur la même ordonnance ou sur une ordonnance différente. Les médecins devaient choisir si cette forme de prescription relevait d'un ICD ou d'un ICF, et ceci en fonction de l'impression sur l'observance de cette prescription. Le plus souvent les médecins ont classé la prescription différée en ICD mais dans cette étude, nous n'avons pas la possibilité de vérifier si ce choix (en ICD) est pertinent ou non.

CONCLUSION

Menée dans le cadre théorique du « praticien réflexif », cette recherche médiée par l'action, utilisant la technique dite de l'incident critique associée à des entretiens collectifs a permis :

- de repérer et d'analyser qualitativement et quantitativement les situations cliniques qui posent problèmes aux praticiens lorsqu'il s'agit pour eux de ne pas prescrire d'antibiotiques.
- de décrire les stratégies utilisées par les praticiens - chercheurs en fonction du contexte, du vécu et de l'issue de la consultation pour tenter de modifier leurs pratiques conformément aux données de la science.
- de percevoir l'évolution des pratiques liées à une implication durable dans ce travail de « réflexion dans l'action » .

Références bibliographiques

1 Guillemot D, Maison P, Carbon C, Balkau B, Vauzelle-Kervroëdan F, Sermet C, Bouvenot G, Eschwège E : Inappropriateness and variability of antibiotic Prescription among French Office-Based Physicians. J Clin Epidemiol 1998;51;1:61-68.

2 Observatoire National des prescriptions et consommations es Médicaments dans les secteurs ambulatoires et hospitaliers. Prescription et consommation des antibiotiques en Ambulatoire. Agence du médicament 1998

3 Conduite à tenir devant une infection respiratoire basse communautaire de l'adulte. recommandations élaborées par la société Française de pneumologie de langue Française avec la collaboration de la société de pathologie infectieuse de langue française à partir des recommandations de l'Européen Respiratory society. Rev Mal Respir,1999,16,224-233 Masson, Paris,1999

4 Conférence de consensus de Lille. Infections des voies respiratoires. Med Mal inf 1992;22:42-19

5 Butler CC, 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 : 637-642

6 Schön A. Nouvelle épistémologie de la pratique. Savoirs théoriques et savoirs d'action Paris : PUF 1996

7 Saint Arnaud Y. Connaître par l'action . Presse Universitaire de Montréal 1992

8 Flanagan JC. American institute for Research and University of Pittsburgh Revue de psychologie appliquée 1954.

9 Falcoff H, Aubert JP, Brami J, Carbon C, Perronne C : Elaboration d'un outil d'aide à la décision pour la prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires courantes de l'adulte : méthodologie, premiers résultats. Méd Mal Infect. 1997;27 Spécial: 355-61.

10 Huberman, M. & Miles, M.B. (1991). Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles : De Boeck.

11 Piaget J : Education et instructions depuis 1935." in psychologie et pédagogie. Paris édition Denoël, médiations 1969.

12 Balint M : Le médecin, son malade et la maladie Paris édition Payot et Rivages, 1988,1996

13 Place de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires de l'enfant de 0 à 7 ans. Etude régionale inter régime. Assurance Maladie des professions indépendantes. Mutualité sociale agricole. Assurance maladie sécurité sociale.

14 Chauvin P, Petitpretz P, Brai A, Fournier M, Flahault A, Neukirch F, Valleron AJ. Prise en charge des épisodes infectieux bronchiques en médecine générale. Rev Mal Presp 1996 : 13 : 397-404

PAAIR

Analyse quantitative (192 patients)

Dr Jean Marie COHEN

Alors que tout médecin sait pertinemment que les antibiotiques sont inefficaces sur les virus, quelles sont les raisons profondes qui font que les généralistes français prescrivent autant d'antibiotiques dans des infections respiratoires hautes et basses présumées d'origine « virales » ? Est-il possible pour ces praticiens de faire autrement ? Comment ? Quelles sont les stratégies permettant de surmonter ces raisons profondes, voire ces obstacles, à la non prescription d'antibiotiques dans ces situations ?

L'hypothèse principale de l'étude PAAIR est que les pratiques des médecins généralistes en situation génèrent des stratégies scientifiquement validables à condition de :

- construire des savoirs issus de l'expérience grâce à la réflexion dans l'action,
- mettre en relation ces savoirs avec les savoirs académiques pour élaborer des stratégies valides,
- appliquer ces stratégies dans leur champ d'exercice, décrire et évaluer les résultats obtenus.

Protocole résumé

Le texte qui suit a été remis aux médecins chercheurs comme « aide-mémoire ».

Objectif

Décrire et analyser avec une trentaine de médecins généralistes les situations à problèmes et les stratégies utilisées pour ne pas prescrire d'antibiotique à un patient chez qui l'antibiothérapie n'est pas justifiée au vu d'un « référentiel ». Cette description porte sur les stratégies employées lors de situations cliniques où une antibiothérapie n'est pas justifiée au vu du référentiel mais où le respect du référentiel pose problème du fait d'une opposition du malade, de son entourage ou du médecin lui même.

Définitions

- *référentiel*
justification « scientifique » de l'antibiothérapie par un référentiel, créé par un groupe de médecins généralistes de la Société de Formation Thérapeutique des généralistes (SFTG).
- *incident critique*
 - antibiothérapie non justifiée au vu du référentiel

- l'application du référentiel pose problème : le médecin, le patient ou son entourage sont plutôt en faveur de l'antibiothérapie
- *incident critique à issue favorable*
 - le médecin s'adapte à cet obstacle et arrive à ne pas prescrire d'antibiotique
 - le patient semble satisfait (il le dit ou il ne le dit pas).
- *incident critique à issue défavorable*
 - le médecin tente de s'adapter à cet obstacle mais finit par prescrire un antibiotique
 - le médecin ne cherche pas à s'adapter à cet obstacle et prescrit un antibiotique.

Méthode

- *période d'inclusion* : avril à novembre 2000 : test pendant 1 mois, recueil pendant 6 mois
- *patients inclus*
 - âge > 15 ans
 - présentant des signes d'infection respiratoire haute ou basse
 - ne justifiant pas d'antibiotique au vu du référentiel
 - et pour qui l'application du référentiel pose problème (situation critique)
- *cahiers d'observation*
 - 2 sortes de cahiers : issue favorable (jaune), issue défavorable (blanc)
 - cahier rempli par le médecin pendant et après l'acte médical
- *nombre d'inclusions par médecin chercheur*
 - au moins une situation critique de chaque type (favorable - défavorable) par mois
 - autant de situations critiques supplémentaires que le médecin désire
- *centralisation des cahiers d'observation*

une fois remplis, envoi au fur et à mesure dans une enveloppe pré-adressée à
Dr Claude ATTALI, 25 rue Vaux la Reine, 91480 Varennes Jarcy
contact : tél 01 60 47 39 35 fax 01 60 46 87 21 mél : attcl@club-internet.fr
- *publication des résultats*
 - les résultats seront publiés, quels qu'ils soient
 - tous les médecins chercheurs seront associés à la publication.
- *bases de rémunération des médecins chercheurs*
 - 2 observations / mois rémunérées en honoraires 2 x 150 F / mois
 - les autres observations, facultatives, ne sont pas rémunérées
 - participation à 4 soirées, rémunérées en honoraires 500 F chacune.
- *Recherche animée par les Départements de médecine générale des Faculté de médecine de Créteil, Cochin, Bichat, Broussais, Necker, Paris Ouest avec l'aide du Département de pédagogie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse) et d'Open Rome.*

Questionnaire utilisé

(Les espaces destinés aux réponses aux questions ouvertes ont été supprimés)..

critères d'inclusion

cochez les bonnes réponses

cachet du médecin

âge > 15 ans /_/_

antibiotiques non justifiés au vu du référentiel /_/_

suivre le référentiel pose un problème /_/_

Le fait de revoir le patient pour un même épisode n'est pas un critère d'exclusion.

critères de non-inclusion

âge inférieur ou égal à 15 ans, /_/_ **STOP**

antibiotiques justifiés au vu du référentiel /_/_ **STOP**

suivre le référentiel ne pose pas de problème /_/_ **STOP**

COCHER LA SITUATION CLINIQUE QUI SE RAPPROCHE LE PLUS DE VOTRE RESULTAT DE CONSULTATION

SYMPTOMES DOMINANTS	ANTIBIOTIQUES JUSTIFIES	ANTIBIOTIQUES NON JUSTIFIES
JETAGE	1-1 évolution >7J et purulent, vert et permanent, bilatéral ce jour 1-3 purulent unilatéral (quelles que soient la durée et la température) 1-5 purulent + céphalées (quelles que soient la durée et la température) 1-7 évolution >3j et ce jour purulence et T° > 38° 1-9 purulent (quelle que soit la durée) + terrain : diabète déséquilibré, corticothérapie au long cours, allaitement, HIV, femme enceinte.	1-2 jetage purulent c'est à dire vert et permanent, bilatéral isolé (évolution < 7 jours) /_/_ 1-4 jetage non purulent, non vert et permanent isolé (quelles que soient la durée et la température) /_/_
TOUX	2-1 Suspicion de pneumopathie : T° >38°5 + anomalies auscultatoires ± douleur thoracique 2-3 Poussée de surinfection chez BPCO connu + 2 des 3 éléments : augmentation de la dyspnée ou du volume de l'expectoration, purulence de l'expectoration. 2-5 Toux + anomalies auscultatoires en foyer ou douleur thoracique + personne âgée 2-7 Toux >7j et ce jour toux + purulence 2-9 Toux + fièvre + personne âgée 2-11 Toux + fièvre + crachats purulents + tabagisme chronique	2-2 Toux isolée, non fébrile, sans terrain particulier * /_/_ 2-4 Toux isolée, sans terrain particulier *, associée à 1 seul des symptômes suivants : /_/_ - douleur thoracique - dyspnée - signes auscultatoires - purulence
MAL DE GORGE	3-1 fièvre + adénopathie sous angulo-maxillaire + amygdales avec aspect érythémateux ou érythématopultacé 3-3 fièvre + immunodépression connue	3-2 mal de gorge, sans fièvre avec au maximum 1 des symptômes suivant : adénopathie sous-angulo-maxillaire ou aspect érythémato-pultacé ou érythémateux /_/_
COMBINAISON DE SYMPTOMES JETAGE et/ou TOUX et/ou MAL DE GORGE sans symptôme dominant évident	4-1 Quand la combinaison de symptômes comprend l'un des symptômes de la colonne de gauche (antibiothérapie justifiée)	4-2 dans un contexte viral : /_/_ ✓ Episode < 7 J, avec ou sans fièvre, céphalées ou myalgies ✓ Sans terrain particuliers : asthme, femme enceinte, alcoolique, tabagique, immunodéprimé (corticoïdes au long cours, HIV, chimiothérapie, autres) ± Jetage non purulent (non vert et permanent) ± Toux sèche ou avec expectorations non purulente, sans anomalie auscultatoires, ± Mal de gorge sans l'association (amygdalite et adénopathie sous angulo-maxillaire)

* Terrain particulier : fragilité liée à âge, asthme, grossesse, alcool, tabac, immunodépression (corticā des au long cours, HIV, chimiothérapie, autres)

3. A votre avis, qu'est ce qui est à l'origine de la relation que vous entretenez avec ce patient (fondement de cette relation) à partir d'anecdotes éclairantes, de cas cliniques, ou d'autres expériences communes ?
4. A quel moment de la consultation avez vous perçu l'émergence de la « situation critique et la mise en place de la stratégie de tentative d'application du référentiel ?
5. A quel moment de la consultation avez vous pris la décision de prescrire ou de ne pas prescrire d'antibiotiques ?
6. Quel est votre sentiment sur son état général ?

Ce patient vous a t il semblé plutôt en forme ? /_/ fatigué ? /_/ très fatigué ? /_/

Pouvez vous décrire précisément les éléments qui vous ont permis d'apprécier l'état général de ce patient ?

7. S'agit-il pour vous d'un patient à risque ? OUI /_/ NON /_/

Si OUI pourquoi ?

8. Selon vous, a-t-il une maladie plutôt virale ou plutôt une maladie plutôt bactérienne?
 plutôt Virale /_/ plutôt Bactérienne /_/ plutôt pas d'origine infectieuse /_/

9. Quels sont les éléments cliniques qui vous permettent d'exprimer cet avis ?

10. Quel est votre niveau de certitude sur l'origine de la maladie ?
 (mettre un trait vertical entre 0 et 10)

Quelles sont les raisons de la place du trait (niveau de certitude) ?

11. Vous êtes-vous senti poussé à prescrire un antibiotique ? OUI /_/ NON /_/
- Vous êtes vous senti poussé par le patient ? OUI /_/ NON /_/
- Vous êtes vous senti poussé par l'entourage du patient ? OUI /_/ NON /_/
- Vous êtes vous senti poussé par vos propres convictions ? OUI /_/ NON /_/

Racontez quelle forme a pris cette pression ou la nature de vos convictions ?

- Cette pression de la part du patient était elle d'ordre (plusieurs réponses possibles) :

	Raison précise
personnelle ?	
professionnelle ?	
familiale ?	
événementielle ?	
autre?	

12. Sur le moment, comment avez-vous vécu de cette pression (qu'avez vous ressenti) ?

Maintenant, à froid et avec un peu de recul que pensez-vous

- **de cette situation ?**
- **de votre stratégie ?**
- **auriez vous pu faire autrement ? si oui comment ?**

13. Qu'avez-vous dit pour tenter d'appliquer le référentiel dans cette situation ?

14. Qu'avez vous fait pour tenter d'appliquer le référentiel dans cette situation (stratégie pendant toute la consultation) ?

15. Au fond, quels sont les éléments qui ont emporté votre décision lors de cette prescription ?

16. Avez vous expliqué votre décision au malade ? OUI /__/ NON /__/

Si OUI

- **quelles explications avez-vous fournies?**
- **Comment ?**
- **Avez vous ressenti des difficultés lors de cette explication ?**

OUI /__/ NON /__/

Si OUI, lesquelles ?

17. Combien de temps a pris cette consultation ? /__/_/__/_/ minutes

- **Avez vous eu l'impression**

d'un allongement de la consultation ? OUI /__/ NON /__/

d'une perte de temps ? OUI /__/ NON /__/

- **Est ce compatible avec une consultation habituelle (en dehors de tout travail de recherche) ?** OUI /__/ NON /__/

Pourquoi?

18. Au fond, êtes vous satisfait de la décision finalement prise?

Satisfait /__/ Non satisfait /__/

Pourquoi ?

19. Sur quels éléments avez vous pu apprécié le degré de satisfaction ou d'insatisfaction de ce malade au terme de la consultation (aspect verbal et non verbal) ?

20. Dans quelle mesure la participation à cette étude a-t-elle influencé votre comportement ?

21. commentaires éventuels sur cette consultation ?

Codage des résultats de consultation (RC)

Définitions retenues

RESULTATS DE CONSULTATION	
1-2	jetage purulent c'est à dire vert et permanent, bilatéral isolé (évolution < 7 jours)
1-4	jetage non purulent , non vert et permanent isolé (quelques que soient la durée et la température)
2-2	Toux isolée, non fébrile , sans terrain particulier *
2-4	Toux isolée , sans terrain particulier associée à 1 seul des symptômes suivants : - douleur thoracique - dyspnée - signes auscultatoires - purulence
3-2	mal de gorge, sans fièvre avec au maximum 1 des symptômes suivant : adénopathie sous-angulo-maxillaire ou aspect érythémato-pultacé ou érythémateux
4-2	dans un contexte viral ✓ Episode < 7 J, avec ou sans fièvre, céphalées ou myalgies ✓ Sans terrain particuliers : asthme, femme enceinte, alcoolique, tabagique, immunodéprimé (corticoïdes au long cours, HIV, chimiothérapie, autres) ± Jetage non purulent (non vert et permanent) ± Toux sèche ou avec expectorations non purulente, sans anomalie auscultatoires, ± Mal de gorge sans l'association (amygdalite et adénopathie sous angulo-maxillaire)

Masque de saisie des questionnaires

Masque de saisie sous Epi-Info version française

```
{mois}   numero du mois           ##
{fac}    faculte                   <A >   BR  CO  BI   CR   NE  PO
{nommed} nom des chercheurs        <A >
{IC}     type d'incident critique  <A>   D, favorable  Favorable

{age15}  age sup a 15 ans          #      1 oui  2 non
{AB}     antibio non justifies     #      1 oui  2 non
{ref}    suivre ref pose un pb     #      1 oui  2 non

SITUATION CLINIQUE                #.#

{date}   date consultation          <dd/mm>

{nbpatavant}                          ##

LE PATIENT

{sexpat} sexe du patient           #      1 masculin  2 f,minin
{agepat} age du patient            ##
{marie}  statut marital             #      1 celib  2 marie  3 divorc  4 veuf  5
concup
{prof}   statut professionnel       #      1 actif   2 inactif

L'ACTE MEDICAL

{acte}   acte medical              #      1 visite  2 consultation
{numcont} contact numero           #      1 a 4
{plaintes} motif recours          <A > >
{RC}     resultat de consultation  <A > >

TERRAIN PARTICULIER
```

```

{FRasthme} # 1 oui 2 non
{FRBPCO} # 1 oui 2 non
{FRgross} grossesse # 1 oui 2 non
{FRAlcool} # 1 oui 2 non
{FRtabac} # 1 oui 2 non
{FRage} # 1 oui 2 non
{FRimmun} immunodeprime # 1 oui 2 non
{FRautre} # 1 oui 2 non
{FRautquoi} <A >

```

TRAITEMENT

```

{Nmedic} nb medicament pour inf resp #
{medic1} 1er medicament ordonnance #####
{medic2} 2nd medicament ordonnance #####
{medic3} 3eme medicament ordonnance #####
{medic4} 4eme medicament ordonnance #####
{medic5} 5eme medicament ordonnance #####
{autmed} autres medicaments # 1 oui 2 non

```

4
{EG} etat general # 1 en forme 2 fatigue 3 tres fat

5
{patRISK} patient a risque # 1 oui 2 non

6
{viroubact} # 1 viral 2 bacterienne 3 pas infect

8
{certitud} # 1 faible 2 moyenne 3 forte

9
{pousse} # 1 oui 2 non
{poupat} pousse par patient # 1 oui 2 non
{pouentour} pousse par entourage # 1 oui 2 non
{pouconvict} pousse par conviction # 1 oui 2 non

{PPatperso} pression patient perso # 1 oui 2 non
{PPatprof} pression patient profess # 1 oui 2 non
{PPatfamil} pression patient famille # 1 oui 2 non
{PPateven} pression patient evenement # 1 oui 2 non
{PPatautr} pression patient autre # 1 oui 2 non

14
{explique} avez vous explique au patient # 1 oui 2 non
{explidur} difficile d'expliquer # 1 oui 2 non

15
{dureeCons} duree consultation ### minutes
{allongemt} allongement consult # 1 oui 2 non
{pertetmps} perte de temps # 1 oui 2 non
{compatble} # 1 oui 2 non

16
{satisfait} satisfait decision # 1 satisfait 2 non satisfait 3
mitige

Création de variables construites

Le programme « pair.pgm » utilisé pour créer les variables construites a été rédigé de la façon suivante :

```

DEFINE Certitude <          >
if certitud = 1 then certitude = "faible "
if certitud = 2 then certitude = "moyenne"
if certitud = 3 then certitude = "forte  "

DEFINE CERTTDETIO <          >
if certitud = 3 then certtDETIO = "forte certitude "
if certitud = 2 then certtDETIO = "faible certitude"
if certitud = 1 then certtDETIO = "faible certitude"

if POUPAT = 1 then POUSSE = 1
if POUMENTOUR = 1 then POUSSE = 1
if POUCONVICT = 1 then POUSSE = 1
if PPATPERSONO = 1 then POUSSE = 1
if PPATPROF = 1 then POUSSE = 1
if PPATFAMIL = 1 then POUSSE = 1
if PPATEVEN = 1 then POUSSE = 1
if PPATAUTR = 1 then POUSSE = 1

define TRIM #
let TRIM = 1
if MOIS > 3 then TRIM = 2

define FIRST <Y>
let FIRST = "Y"
if NUMCONT > 1 then FIRST = "N"

define NBPAT _____
if NBPATAVANT < 10 then NBPAT = "<10"
if NBPATAVANT >=10 then NBPAT = "10+"

define FR #
let FR = 2
if FRASTHME = 1 then FR = 1
if FRBPCO = 1 then FR = 1
if FRGROSS = 1 then FR = 1
if FRALCOOL = 1 then FR = 1
if FRTABAC = 1 then FR = 1
if FRAGE = 1 then FR = 1
if FRIMMUN = 1 then FR = 1
if FRAUTRE = 1 then FR = 1

```

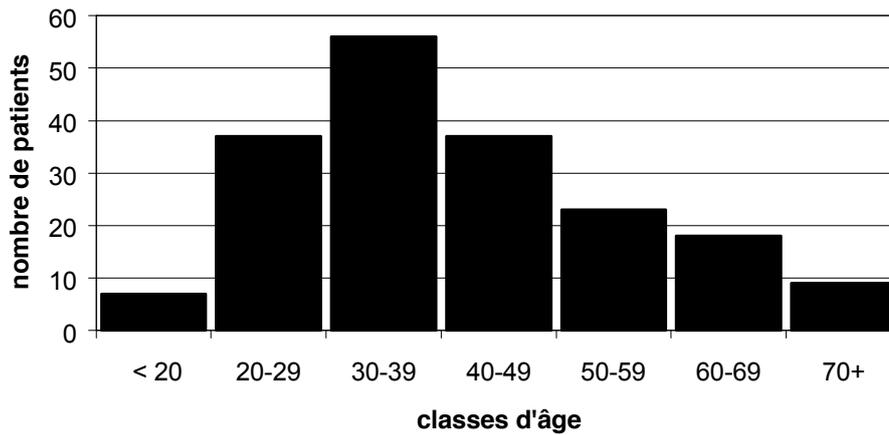
RESULTATS

Les patients

- sexe

Masculin	38,5 %
Féminin	61,5 %

- âge



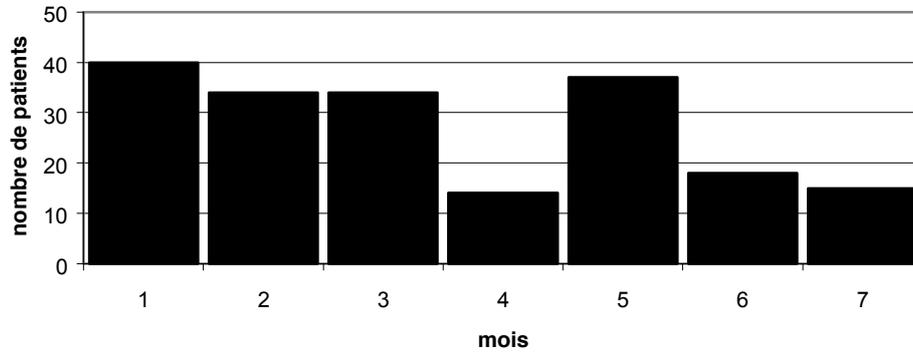
- statut marital

célibataire	40,8 %
marié	46,6 %
divorcé	5,8 %
veuf	3,1 %
concubin	3,7 %
- statut professionnel

actif	77,1 %
inactif	22,9%

L'acte médical

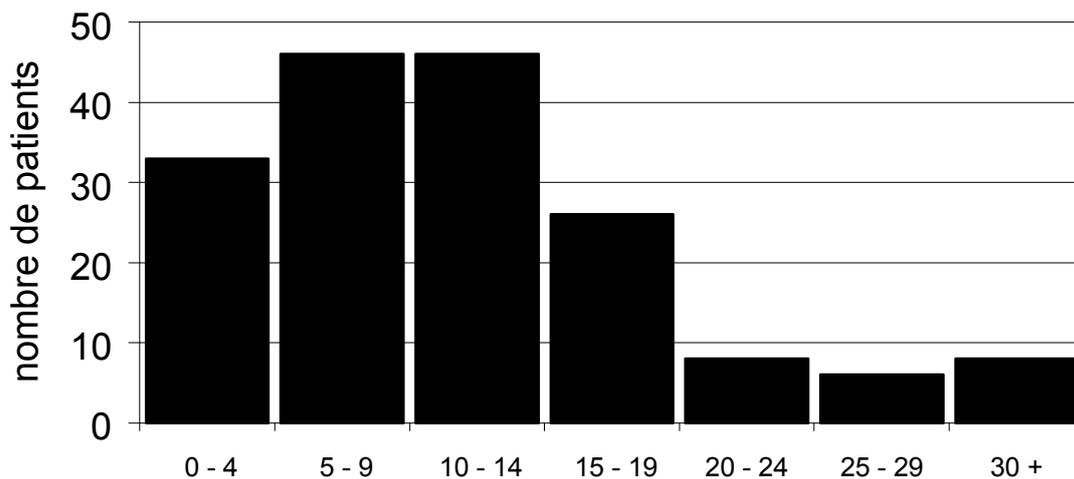
▪ Mois



▪ Département de médecine générale de la Faculté de

Créteil	44	22,4 %
Cochin	29	15,1 %
Bichat	43	22,4 %
Broussais	10	5,2 %
Necker	26	13,5 %
Paris Ouest	40	20,8 %

▪ Nombre de patients déjà consultés ou visités dans la journée



La moitié des incidents critiques ont été décrits chez des patients vus en début de journée de travail (moins de 10 patients vus auparavant).

L'acte médical

- Nature de l'acte

Visite à domicile	5,3 %
Consultation	94,7 %

Pour cette infection, ce contact est le

1 ^{er}	86,5 %
2 ^{ème}	10,4 %
3 ^{ème}	2,6 %
4 ^{ème}	0,5 %

- Plaintes (motif de recours) :

Liste des motifs de recours et du résultat de consultation (RC), classés dossier par dossier dans l'ordre croissant de numéro de dossier.

REC	CODAGE RC	PLAINTES	RESULTAT DE CONSULTATION RC
1	.	TOUX+RHINITE+ASTHENIE	RHINOPH
2	2.2	TOUX DEPUIS UN JOUR	BRONCHITE
3	4.2	TOUX,MYALGIES	ETAT GRIPPAL,TOUX SECHE
4	4.2	DYSPHAGIE,RHINITE ET SYMPTOMES VIRAUX	RHINOPHARYNGITE VIRALE
5	4.2	ASTHENIE,COURBATURES,TOUX SECHE	RINOBRONCHITE VIRALE
6	4.2	RHINRRHEE,DOULEUR PHARYNGEE DEGLUT,TOUX	RHINOPHARYNGITE ET TOUX
7	4.2	TOUX GENANTE	BRONCHITE VIRALE
8	4.2	TOUX FATIGUE	RHINOPHARYNGITE
9	.	TOUX SECHE DEPUIS UNE SEMAINE	PHARYNGITE TRACHEITE
10	4.2	MAUX DE GORGE	RHINOPHARYNGITE
11	3.2	MAL DE GORGE ET TOUX	PHARYNGITE
12	4.2	MAL DE GORGE FIEVRE TOUX	RHINOPHARYNGITE VIRALE
13	4.2	TOUX SECHE 1 MOIS DOULEUR POITRINE	VIROX
14	.	OBSTRUCTION NASALE	RHINOPHARYNGITE
15	.	TOUX EXPECTORATION CLAIRE	BRONCHITE VIRALE
16	3.2	DOULEUR PHARYNGE GAUCHE	SEQUELLE APRES TRAITEME
17	.	DOULEURS A LA GORGE ET COURBATURES	RINO LARYNGO TRACHEITE
18	1.2	GENE/RHUME+ESSOUFLEMENT	ASTHME SUR EPISODE RHIN
19	4.2	MAL DE GORGE JETAGE NON PURULENT	RHINOPHARYNGITE
20	3.2	MAL DE GORGE	PHARYNGITE AIGUE
21	4.2	GENE PHARYNGEE+RHUME(NEZ BOUCHE)	RHINITE CHRONIQUE PERAN
22	4.2	TOUX SECHE RHINITE CLAIRE TRANSPIR SOIR	RHINOBRONCHITE D'ORIGIN
23	4.2	TOUX ET ECOULEMENT NASAL DEFINIS 48H	RHINOPHARYNGITE VIRALE
24	4.2	JE NE PEUX PLUS PARLER	PHARYNGITE
25	.	DOULEURS PHARYNGEE	RHINO-PHARYNGITE
26	4.2	MAL A LA GORGE/CEPHALEES RHINOREE	RHINOPHARYNGITE PROBABL
27	4.2	RHINITE CLAIRE/DOULEUR PHARYNGEE DEGLUT	RHINO PHARYNGITE JETAGE
28	2.2	TOUX SECHE PERSISTANTE	TRACHEITE
29	4.2	TOUX DYSPHONIE	LARYBGITE
30	4.2	RHINITE ET TOUX SECHE	RHINOPHARYNGITE VIRALE
31	2.2	TOUX PERSISTANTE	TRACHEITE
32	3.2	MAUX DE GORGE	RHINO PHARYNGITE
33	4.2	MAL GORGE,RACLE,GENANT	MANIF RHINOPHARYNGEENNE
34	3.2	JETAGE NASAL NON PURULENT,MAL GORGE	RHINO PHARYNGITE

35	.	MAL GORGE	RHINO PHARYNGITE
36	4.2	RHINORHEE ET MAUX DE TETE DEPUIS 3 JOUR	RHINO PHARYNGITE VIRALE
37	3.2	MAL GORGE+FATIGUE+VERTIGES	PHARYNGITE
38	.	MAL DE GORGE	PHARYNGITE VIRALE
39	4.2	TOUX+FIEVRE NON CONTROLEE+RHINO+DYPHONI	VIROSE PULMONAIRE
40	4.2	DOULEUR GORGE+RHUME+FIEVRE	RHINOPHARYNGITE
41	4.2	"CE MATIN J'AVAIS 38"	PHARYNGITE AIGUE
42	2.4	TOUX/SENSATION DE FIEVRE/COURBATURES/3J	BRONCHITE/SCIBILLANT BI
43	3.2	DOULEUR TYPE DYSPHAGIE/ATALGIE/FATIGUE	PHARYNGITE ET AMYGDALIT
44	1.4	DOULEURS MUSCULAIRES/FIEVRE/TOUX	BRONCHITE AIGUE
45	4.2	"J'AI UNE ANGINE"	RHINOPHARYNGITE/FIEVRE
46	3.2	MAL GORGE/SENSATION ETOUFFEMENT LA NUIT	PHARYNGITE NON COMPLIQU
47	3.2	MAL DE GORGE	PHARYNGITE AIGUE
48	4.2	MAL GORGE/JETAGE NON PURULENT	RHINOPHARYNGITE
49	1.2	MAL DE TETE/ECOULEMENT NASAL JAUNATRE	RHINOPHARYNGITE
50	3.2	MAL A LA GORGE	VIROSE ORL
51	2.2	TOUX SECHE QUINTEUSE	BRONCHITE OU PNEUMOPATH
52	4.2	MAL GORGE/RHUME DEPUIS 1 CONSULT 05/05	RHINOPHARYNGITE
53	2.4	TOUX GRASSE	TRACHEITE
54	.	CEPHALEES/RHUME/SUCPICION INTOX C02 RO	RECIDIVE DE SINUSITE
55	1.4	OBSTRUCTION NASALE	RHINOPHARYNGITE
56	2.4	TOUX/JETAGE PURULENT/FATIGUE	RHINITE PROBABLEMENT SA
57	2.4	TOUX PERSISTANTE/"RONFLEMENT POITRINE"	BRONCHITE VIRALE
58	4.2	ECOULEMENT NASAL+TOUX	RHINO PHARYNGITE PURULE
59	3.2	MAL DE GORGE+DEMANDE D'ANTIBIOTIQUE	PHARYNGITE
60	4.2	TOUX	TOUX SPASTIQUE SUR ATD
61	4.2	RHINITE TOUX	RHINO PHARYNGITE VIRALE
62	3.2	MAL GORGE/HANCHE/1 PEU PARTOUT/ENRHUMME	AFFECTION VIRALE
63	2.4	PERSISTANCE D'UNE TOUX	TRACHEITE
64	4.2	MAL GORGE/COURBATURES/ASTHENIE	PHARYNGITE VIRALEASSOCI
65	4.2	AUDITION-/RHUME/GANGLION/MAL CERVICAL	RHINOPHARYNGITE VIRALE
66	4.2	TOUX SECHE DEPUIS 3 SEMAINE+ASTHENIE	PHARYNGITE+TRACHEITE
67	4.2	MAL DE GORGE	PHARYNGITE
68	2.2	TOUX/FIEVRE/FATIGUE/DEMANDEARRETTRAVAIL	BRONCHITE VIRALE
69	4.2	"MAL FICHU"/COURBATURES/MAL GORGE	TRACHEITE
70	4.2	DOULEUR GORGE+DEGLUTITION/TOUX+GLAVIOT	RHUME+PHARYNGITE
71	4.2	RHUME+TOUX+FIEVRE/38,5	RHINOPHARYNGITE+TOUX SE
72	4.2	TOUX+FIEVRE	VIROSE PULMONAIRE/EPIDE
73	3.2	JETAGE NON PURULENT/GORGE DOULOUREUSE	RHINOPHARYNGITE
74	4.2	TOUSSE ET MOUCHE DEPUIS 5 JOURS	RHINOPHARYNGITE VIRALE
75	4.2	ETAT FEBRILE	RHINOPHARYNGITE
76	4.2	TOUX GENANTE ET "VOIX CASSEE"	RHINO PHARYNGO BRONCHIT
77	4.2	DYSPHAGIE/RHINITE/TOUX SECHE	PHARYNGITE
78	3.2	ANGINE	PHARYNGITE
79	1.2	MOUCHAGE VERT DEPUIS 4 JOURS	SINUSITE OBSTRUCTIVE
80	4.2	RHINORRHEE/MAL GORGE/SENSAS FIEVRE/TOUX	RHINOPHARYNGITE+TOUX
81	2.4	IRRITATION DE L'ARBRE ORL	TOUX SECHE/TABAC CONSOM
82	1.2	RHINORRHEE	RHINOPHARYNGITE
83	3.2	MAL GORGE	ANGINE VIRALE
84	3.2	MAL GORGE	PHARYNGITE VIRALE
85	4.2	DYSPHAGIE	PHARYNGITE
86	2.2	TOUX EN SOIREE+ASTHENIE	TOUX IRRITATIVE AOTOENT
87	4.2	TOUX+CRACHATS CLAIRS/NOCTURNE/DOULOUREU	BRONCHITE
88	3.2	MAL GORGE	RHINOPHARYNGITE
89	1.2	RHINORRHEE+OBSTRUCTION NASALE	RHINOPHARYNGITE
90	3.2	MAL GORGE	RHINOPHARYNGITE
91	2.2	"J'AI LA CREVE"	RHINOPHARYNGITE PURULEN
92	3.2	"MAL AU COEUR ET AU COU"	TORTICOLI SUR ARTHROSE
93	2.2	TOUX	BRONCHITE ASTHMATIFORME
94	4.2	TOUX DEPUIS 3 JOURS	RHINO+TRACHEITE
95	1.4	RHINORRHEE/SENSAS FEBRILE+GENE RESPIRAT	RHUME+ANXIETE MAJEURE

96	2.4	TOUX PRODUCTIVE	BRONCHITE
97	1.4	ENCOMBREMENT NASAL	RHINOPHARYNGITE
98	4.2	TOUX+MAL GORGE+RHINITE	RHINOPHARYNGITE
99	4.2	"JE TOUSSE DE+EN+"/DOULEUR POITRINE	BRONCHITE VIRALE
100	4.2	MAL GORGE+FIEVRE	PHARYNGITE
101	2.2	TOUX DEPUIS 3 JOURS	TRACHEITE
102	4.2	RHINORRHEE/MAL GORGE/SENSAS FIEVRE	RHINOPHARINGITE
103	.	48H TRAITE RHINOPHARYNGITE/MEME ETAT	RHINITE POSTERIEUR+OU-A
104	1.2	RHINORRHEE PURULENTE	RHINOPHARYNGITE
105	4.2	JETAGE SANS PURULENCE/TOUXSECHE/DIARRHE	EPISODE VIRALE ORL LIE
106	3.2	DYSPHAGIE A GAUCHE	PHARYNGITE
107	3.2	RHINOPHARYNGITE	RHINOPHARYNGITE
108	.	APHONE/RETRAITE DANS UNE SEMAINE	LARYNGITE ET RHINITE A
109	3.2	ASTHENIE/MAL GORGE/COURBATURES/APHTES	INFECTION VIRALE
110	1.2	ECOULEMENT+TOUX	RHINOPHARYNGITE
111	4.2	ETAT GRIPPAL	RHINOPHARYNGITE ET BRON
112	.	MAL GORGE DEPUIS 8 JOURS +TOUX SECHE	INFECTION ORL
113	1.2	MOUCHE VERT/SE SENT MAL/VEUT DES A.B	RIEN:QUELQUES SECRETION
114	1.4	RHINITE/TOUX	RHINITE
115	4.2	MAL GORGE+OTALGIE G	PETITE ANGINE
116	.	GRIPPE?	RHINITE-CEPHALEES
117	4.2	DEBUT SINUSITE SUR RHUME AOTOTRAITE 3J	RHINITE POSTERIEURE VIR
118	1.4	VEUT DES A.B/TRAIT INEFF DEPUIS 1 SEM	RHINITA ALLERGIQUE TRES
119	3.2	MAL GORGE UNILATERAL GAUCHE A LA DEGLUT	PHARYNGITE
120	4.2	TOUX+FIEVRE+COURBATURES	VIROSE
121	4.2	ECOULEMENT NASAL/TOUX/FIEVRE/COURBATURE	JETAGE+RHINITE+TOUX 1 P
122	4.2	MAL GORGE	RHINOPHARYNGITE
123	3.2	TOUX ET ENROUEMENT	PHARYNGITE
124	4.2	GROS RHUMA AVEC MAL GORGE	RHINOPHARYNGITE VIRALE
125	3.2	MAL GORGE	RHINOPHARYNGITE+LARYNGI
126	.	MAL A LA TETE/MOUCHE	RHINOPHARYNGITE SIMPLE
127	1.4	ENCOMBREMENT NASAL+TOUX	RHINOPHARYNGITE
128	4.2	TOUX GRASSE/CEPHALEES/COURBATURES/MOUCHE	RHINOPHARYNGITE ET BRON
129	1.4	RHUME QUI TRAINE DEPUIS 10 JOURS	JETAGE SERIEUX
130	4.2	DYSPHAGIE ET RHINITE	RHINOPHARYNGITE
131	2.2	TOUX SECHE ET QUINTEUSE DE TRACHEITE	TRACHEITE VIRALE
132	4.2	RHINITE CLAIRE/ETERNUEMENT/TOUX SECHE	RHINOPHARYNGITE VIRALE
133	3.2	MAL DE GORGE	PHARYNGITE
134	4.2	RHUME+OTALGIE+39	RHINOPHARYNGITE
135	4.2	MAL GORGE+RHINITE	RHINOPHARYNGITE
136	3.2	MAL GORGE+INSOMNIE	PHARYNGITE VIRALE
137	2.2	TOUX FORTE DEPUIS DEUX JOURS	VIROSE PULMONAIRE
138	4.2	FIEVRE/TOUX/RHINITE	RHINOPHARYNGITE VIRALE
139	4.2	JETAGE/NEZ BOUCHE SANS FIEVRE/TOUX GRAS	RHINOPHARYNGITE ET RTAC
140	4.2	CEPHALEES+FIEVRE+TOUX	ETAT GRIPPAL
141	4.2	MAL PARTOUT:GORGE,FIEVRE CETTE NUIT	.
142	3.2	MAL DE GORGE	ANGINE EYTHEMATEUSE
143	1.2	RHINIRRHE PURULENTE	RHINOPHARYNGITE
144	1.2	RHINORRHEE	RHINOPHARYNGITE
145	2.4	TOUX+DOULEURS THORACIQUES DEPUIS 5 J	BRONCHITE
146	1.4	RHINITE DEPUIS 2 MOIS/MAUX DE TETE	RHINOPHARYNGITE+RHINITE
147	4.2	ASTHENIE/RHINITE ET DYSPHAGIE	RHINOPHARYNGITE VIRALE
148	1.4	RHUME/MAL DE GORGE	RHINOPHARYNGITE
149	3.2	CEPHALEES/MAL DE GORGE/JETAGE CLAIRE	RHINOPHARYNGITE VIRALE+
150	4.2	RHUME+PETITES ROUGEURS DEPUIS 5 JOURS	RHUME+TOUX ET EXPECTORA
151	2.4	TOUX ET CRACHATS	BRONCHITE
152	4.2	TOUX GRASSE+RHINITE+DYSPHAGIE	RHINO BRONCHITE
153	2.2	MAL GORGE+RHUME	RHINOPHARYNGITE SIMPLE
154	3.2	MAL GORGE	RHINO AVEC JETAGE PURUL
155	4.2	COURBATURES/RHUME/FATIGUE	RHINITE SIMPLE ET TOUX
156	.	NEZ BOUCHE/TOUX	RHINO BRONCHITE/SPASME

157	4.2	RHINORRHIE ET TOUX	RHINOPHARYNGITE
158	4.2	TOUX+ASTHME	VIROSE ORL
159	4.2	RHINO/DYSPHAGIE/TOUX/FIEVRE:38.5	VIROSE RESPIRATOIRE/RHI
160	4.2	MAL GORGE/RHINITE/TOUX SECHE/38 FEBRILE	RHINOPHARYNGITE
161	4.2	RHUME AVEC FIEVRE	RHINOPHARYNGITE
162	3.2	DOULEUR "HORRIBLE" DE LA GORGE	PHARYNGITE
163	4.2	TOUX/DYSPHAGIE	RHINO PHARYNGITE
164	4.2	FRISSONS/HYPOTHERMIE/COURBATURES/GORGE	PHARYNGITE D'ORIGINE VI
165	4.2	MAL TETE/TOUX/MAL SINUS	VIROSE ORL
166	4.2	AFFECTION RESPIRATOIRE, FEBRILE, TOUX	RHINOPHARYNGITE
167	4.2	OBSTRUCTION NASALE+TOUX	RHUM
168	4.2	.	.
169	1.4	RHINITE	RHINITE VIRALE
170	1.2	MOUCHE VERT/SE SENT MAL/VEUT DES A.B	RIEN:QUELQUES SECRETION
171	4.2	FRISSON COURBATURE TOUX	RHINO PHARYNGITE VIRALE
172	4.2	FATIGUE TOUX GORGE RESPIRATION DIFFIC	RHYNO PHARINGITE
173	4.2	ARRET DE TRAVAIL DE COUVERTURE	PHARYNGITE
174	3.2	TOUX NEZ COULANT	RHYNO PHARYNGITE
175	4.2	FIEVRE DYSPHAGIE	ANGINE A MINIMA
176	4.2	DYSPHAGIE TOUX GRASSE PUIS SECHE	RHINOPHARYNGITE
177	4.2	TOUX PERSISTANTE	RHINITE POSTERIEURE NON
178	2.2	TOUX IRRATCTIVE	TRACHEITE SIMPLE
179	1.4	RHINITE POSTERIEURE	RHINO PHARYNGITE
180	4.2	RHUME AVEC FIEVRE	RHINOPHARYNGITE
181	2.2	TOUX GRASSE RHINITE	RHINOPHARYNGITE
182	4.2	MAL A LA GORGE - AU BOUT DU ROULEAU	RHINOPHARYNGITE
183	2.4	FIEVRE	.
184	4.2	RHUME AVEC ECOULEMENTS	TRACHEITE PLUS OU MOINS
185	1.2	RHINOREE PURULENTE	RHINOPARYNGITE
186	4.2	TOUX	RHINO TRACHEITE
187	2.4	TOUX SECHE DYSPHONIE	LARYNGITE VOCALE
188	1.2	RHINITE	RHUME
189	1.2	RHUME CEPHALEE	SINUSITE
190	2.2	ANGINE QUI TRAINÉ	TOUX SECHE D'ALLURE VIR
191	2.2	RHUME TOUX GRASSE	RHUME AVEC DISCRETE ATT
192	3.2	DYSPHAGIE	PHARYNGITE

▪ Résultats de consultation et/ou diagnostic retenu

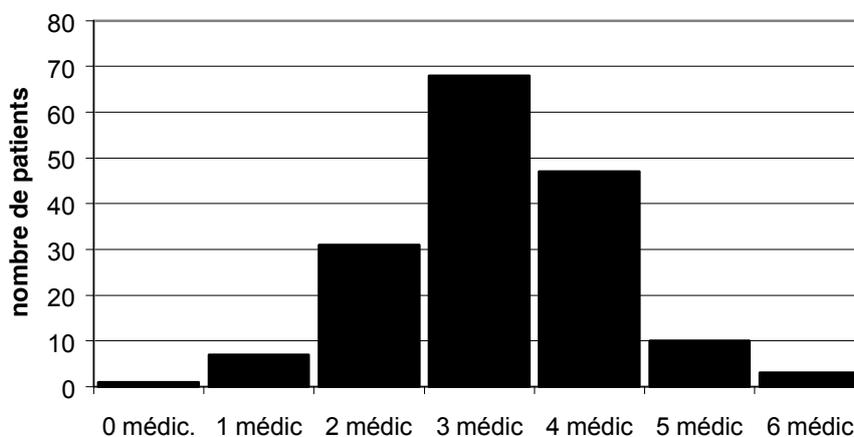
SITUATIONC	Freq.	Pourcent	Cum.	
-----+				
1.2	14	7.9%	7.9%	jetage purulent
1.4	12	6.8%	14.7%	jetage non purulent
2.2	16	9.0%	23.7%	toux isolée non fébrile
2.4	11	6.2%	29.9%	toux avec un signe
3.2	33	18.6%	48.6%	mal de gorge sans fièvre
4.2	91	51.4%	100.0%	contexte viral
-----+				
Précisé	177	100.0%		
Non précisé	15			
-----+				
TOTAL	192	100.0%		

▪ **Terrain particulier : argument en faveur d'une fragilité particulière liée à**

Pas d'argument	73,4 %
Argument(s)	26,6 %
Asthme	3,7 %
BPCO	1,0 %
Grossesse	0,5 %
Alcool	1,0 %
Tabac	6,8 %
Age	2,1 %
Immunodéprimé	-
Autres	11,5 %

Opéré d'une sinusite
 Allergie au Clamoxyl
 Amygdalite chronique
 Antécédents d'angine
 Antécédents de sinusite
 Antécédents ORL chargés
 Cardiopathie / Insuffisance cardiaque
 Chirurgie d'un bec de lièvre
 Diabète
 Mycose sous antibiotique
 Névrose anxieuse
 Otite chronique
 Pyélonéphrite récente
 Rhinite allergique & conjonctivite
 Surpoids
 Psychose maniaco-dépressive traitée
 Toxicomanie

▪ **Traitement**



87 % des patients ont reçu une ordonnance comportant de 2 à 4 médicaments.

Stratégies de prescriptions

1. S'agit il d'une première fois ?

oui 86,5 %

2. Décrivez brièvement le type de relation médecin /malade que vous entretenez habituellement avec ce patient ?

Voir analyse qualitative

3. A votre avis, qu'est ce qui est à l'origine de la relation que vous entretenez avec ce patient (fondement de cette relation) à partir d'anecdotes éclairantes, de cas cliniques, ou d'autres expériences communes ?

Voir analyse qualitative

4. A quel moment de la consultation avez vous perçu l'émergence de la « situation critique et la mise en place de la stratégie de tentative d'application du référentiel ?

Voir analyse qualitative

5. A quel moment de la consultation avez vous pris la décision de prescrire ou de ne pas prescrire d'antibiotiques ?

Voir analyse qualitative

6. Quel est votre sentiment sur son état général ?

Ce patient vous a-t-il semblé

plutôt en forme ?	66,1 %
fatigué ou très fatigué ?	33,9 %

Pouvez-vous décrire précisément les éléments qui vous ont permis d'apprécier l'état général de ce patient ?

Voir analyse qualitative

7. S'agit-il pour vous d'un patient à risque ?

OUI	13,1 %
-----	--------

8. Selon vous, a-t-il une maladie plutôt virale ou plutôt une maladie plutôt bactérienne ?

plutôt Virale	90,1 %
plutôt Bactérienne	3,3 %
plutôt pas d'origine infectieuse	6,6 %

9. Quels sont les éléments cliniques qui vous permettent d'exprimer cet avis ?

10. Quel est votre niveau de certitude sur l'origine de la maladie ?

(mettre un trait vertical entre 0 et 10)

aucune certitude	certitude absolue
faible certitude	8,9 %
certitude moyenne	21,3 %
forte certitude	69,8 %

11. Vous êtes-vous senti poussé à prescrire un antibiotique ? OUI 97,4 %

Les médecins qui ne se sentent pas poussés à prescrire sont peu nombreux (4 médecins, 5 observations). Les observations correspondantes sont réparties sur 3 mois différents (mois 1, 3 et 6), sur 2 universités. L'issue des consultations correspondantes se répartit de façon équivalente entre Issue favorable (3 observations) et Issue défavorable (2 observations).

Vous êtes-vous senti poussé

par le patient ?	OUI	86,4 %
par l'entourage du patient ?	OUI	9,5 %
par vos propres convictions ?	OUI	27,4 %

- Cette pression de la part du patient était elle d'ordre (plusieurs réponses possibles) :

personnelle ?	OUI	59,3 %
professionnelle ?	OUI	34,7 %
familiale ?	OUI	22,2 %
évènementielle ?	OUI	22,2 %
autre ?	OUI	5,8 %

16. Avez vous expliqué votre décision au malade ? OUI 77,5 %
Si OUI

- Avez vous ressenti des difficultés lors de cette explication ?
(en % des oui) OUI 17,3 %

17. Combien de temps a pris cette consultation ?
minutes

3 à 10 mn	14,1 %
11 à 18 mn	36,2 %
20 à 25 mn	36,7 %
30 mn et +	13,0 %

- Avez vous eu l'impression
d'un allongement de la consultation ? OUI 23,2 %
d'une perte de temps ? OUI 6,3 %

- Est ce compatible avec une consultation habituelle
(en dehors de tout travail de recherche) ? OUI 96,8 %

18. Au fond, êtes vous satisfait de la décision finalement prise?
Satisfait 68,2 %

L'issue de l'incident critique est-elle plus fréquente en fonction de :

issue de l'incident critique
favorable défavorable
*pas d'AB AB sign**

* sign : significativité.

La différence est-elle due simplement au hasard ?

NS : différence non significative probablement due au hasard

+ : différence significative probablement due à autre chose que le seul hasard.

▪ Sexe du patient	Masculin	38,4 %	38,7 %	NS
	Féminin	61,6 %	61,3 %	
▪ statut marital	célibataire	39,5 %	41,9 %	NS
	marié	52,3 %	41,9 %	NS
	divorcé	5,8 %	5,7 %	NS
	veuf	-	5,7 %	NS
	concubin	2,3 %	4,8 %	NS
▪ statut professionnel	actif	80,0 %	74,8 %	NS
	inactif	20,0 %	25,2 %	

12. S'agit il d'une première fois ?
 oui 90,7 % 83,0 % NS

13. Décrivez brièvement le type de relation médecin /malade que vous entretenez habituellement avec ce patient ?

Voir analyse qualitative

14. A votre avis, qu'est ce qui est à l'origine de la relation que vous entretenez avec ce patient (fondement de cette relation) à partir d'anecdotes éclairantes, de cas cliniques, ou d'autres expériences communes ?

Voir analyse qualitative

issue de l'incident critique
favorable défavorable
*pas d'AB AB sign**

NS : différence non significative probablement due au hasard

+ : différence significative probablement due à autre chose que le seul hasard.

15. A quel moment de la consultation avez vous perçu l'émergence de la « situation critique et la mise en place de la stratégie de tentative d'application du référentiel ?

Voir analyse qualitative

16. A quel moment de la consultation avez vous pris la décision de prescrire ou de ne pas prescrire d'antibiotiques ?

Voir analyse qualitative

17. Quel est votre sentiment sur son état général ?

Ce patient vous a-t-il semblé

plutôt en forme ?	76,7 %	57,5 %	+ (p < 0.02)
fatigué ou très fatigué ?	23,3 %	42,5 %	

Pouvez vous décrire précisément les éléments qui vous ont permis d'apprécier l'état général de ce patient ?

Voir analyse qualitative

18. S'agit-il pour vous d'un patient à risque ?

OUI	7,1 %	17,9 %	+ (P < 0.05)
-----	-------	--------	--------------

19. Selon vous, a-t-il une maladie plutôt virale ou plutôt une maladie plutôt bactérienne ?

plutôt Virale	88,9 %	91,2 %	NS
plutôt Bactérienne	2,5 %	4,6 %	NS
plutôt pas d'origine infectieuse	8,6 %	4,6 %	NS

20. Quels sont les éléments cliniques qui vous permettent d'exprimer cet avis ?

Voir analyse qualitative

issue de l'incident critique
f favorable défavorable
*pas d'AB AB sign**

NS : différence non significative probablement due au hasard

+ : différence significative probablement due à autre chose que le seul hasard.

18. Avez vous expliqué votre décision au malade ?

OUI 95,3 % 62,9 % + (p<0.001)

Si OUI

▪ Avez vous ressenti des difficultés lors de cette explication ?

(en % des oui) OUI 14,6 % 20,6 % NS

19. Combien de temps a pris cette consultation ?

minutes

3 à 10 mn 10,5 % 17,1 % NS

11 à 18 mn 38,3 % 34,3 %

20 à 25 mn 38,4 % 35,3 %

30 mn et + 12,8 % 13,3 %

▪ Avez vous eu l'impression
d'un allongement de la consultation ?

OUI 27,1 % 20,0 % NS

d'une perte de temps ?

OUI 2,3 % 9,5 % + (p<0.05)

▪ Est ce compatible avec une consultation habituelle
(en dehors de tout travail de recherche) ?

OUI 98,8 % 95,1 % NS

18. Au fond, êtes vous satisfait de la décision finalement prise?

Satisfait 94,2 % 47,2 % + (p<0.001)

VARIABLES CONSTRUITES

➤ Contact en début ou en fin de journée de travail

NBPAT	Freq.	Pourcent	Cum.		
10+	93	48.4%	48.4%	FIN DE JOURNEE	IC vu après 10 patients
<10	99	51.6%	100.0%	DEBUT DE JOURNEE	IC vu après moins de 10 pat.
Total	192	100.0%			

➤ Cas en début ou en fin d'étude

TRIM	Freq.	Pourcent	Cum.	
1	108	56.3%	56.3%	IC pendant le premier trimestre d'étude
2	84	43.8%	100.0%	IC pendant le second trimestre d'étude
Total	192	100.0%		

issue de l'incident critique
favorable défavorable
*pas d'AB AB sign**

NS : différence non significative probablement due au hasard

+ : différence significative probablement due à autre chose que le seul hasard.

IC vu en début de journée (après moins de 10 patients)	51,6 %	56,6 %	NS
IC vu en fin de journée (après 10 patients ou plus)	48,4 %	43,4 %	
IC pendant le premier trimestre d'étude	56,3 %	83,0 %	NS
IC pendant le second trimestre d'étude	43,8 %	17,0 %	

Première consultation versus Consultations suivantes

➤ Cette pression de la part du patient était elle d'ordre familiale ?

Le risque de pression pour motif familial est 4 fois plus élevé aux consultations suivantes qu'à la première consultation. Cependant, le fait qu'il y ait ou non une pression du patient d'ordre familial n'a pas d'influence sur l'issue favorable ou non de la consultation.

	FIRST	suivantes	OR	IC 95 %	p
PPATFAMIL yes	17 %	47 %	4.43	1.45 < OR <13.52	< 0.002

➤ Quel est votre sentiment sur son état général ?

Ce patient vous a t il semblé plutôt en forme ? /__/ fatigué ? /__/ très fatigué ? /__/

A la première consultation, quand le patient a l'air en forme, l'issue a 3 fois plus de risque d'être favorable. Cet écart s'estompe lors des consultations suivantes.

	F	D	OR	IC 95 %	p
Patient en forme 1 ^{ère} C	60 %	81 %			p < 0.02
Patient en forme C suivantes	54 %	43 %			

➤ S'agit-il pour vous d'un patient à risque ?

OUI /__/

NON /__/

A la première consultation, si le médecin considère que le patient est « à risque », l'issue a 4 fois plus de risque d'être défavorable. Cet écart disparaît lors des consultations ultérieures.

	F	D	OR	IC 95 %	p
Patient en forme 1 ^{ère} C					
« Patient à risque » 1 ^{ère} C	17 %	3 %	4.67	1.15 - 21.99	< 0.02
« Patient à risque » C suivantes	23 %	29 %		NS	

➤ Quel est votre niveau de certitude sur l'origine de la maladie ?

A la première consultation, quand le médecin doute de son diagnostic, le risque d'issue défavorable augmente considérablement (cf analyse antérieure).

Par contre, lors des consultations suivantes, cet effet disparaît.

➤ Vous êtes-vous senti poussé à prescrire un antibiotique par vos propres convictions ?

OUI /__/

NON /__/

A la première consultation, quand le médecin est convaincu qu'il faut prescrire un antibiotique contrairement à ce que préconise le référentiel, l'issue est 5 fois plus souvent défavorable.

Les effectifs sont trop faibles pour savoir si cet effet persiste lors des consultations suivantes.

	F	D	OR	IC 95 %	p
Médecin convaincu 1 ^{ère} C	13 %	43 %	5.25	2.00 - 14.19	<0.001

➤ Avez vous expliqué votre décision au malade ? OUI /__/ NON /__/

La probabilité que le médecin explique sa décision au patient est plus élevée à la première consultation.

EXPLIQUE	FIRST 80 %	suivantes 60 %	OR	IC 95 %	p NS
----------	---------------	-------------------	----	---------	---------

Quand c'est la première fois, l'issue est défavorable 10 fois plus souvent si le médecin n'explique pas sa décision au malade. Quand ce n'est pas la première fois, si le médecin n'explique pas, l'issue est constamment défavorable.

A noter : quand le médecin a expliqué sa décision au patient, il ne ressent quasiment jamais de difficulté à donner cette explication (« facile » dans 96% des cas).

	F	D	OR	IC 95 %	p
Le médecin explique lèrèC	94 %	66 %	0.11	0.03-0.37	<0.001
Le médecin explique C suivantes	100%	38 %			<0.02

▪ Nombre de patients déjà consultés ou visités dans la journée /__/_/

Les cas sont séparés en deux groupes :

- début de journée de travail : patients précédés de moins de 10 actes (<10)
- fin de journée de travail : patients précédés de 10 actes et plus (10+)

Ces deux groupes présentent 3 différences notables.

En début de journée de travail (<10)

- 1 - Les patients « plutôt en forme » sont significativement plus fréquents
- 2 - Les étiologies supposées bactériennes ou non virales sont plus rares
- 3 - La certitude du diagnostic du médecin est plus faible.

Réciproquement, en fin de journée de travail (10+)

- 1 - Les patients « plutôt en forme » sont significativement plus rares
- 2 - Les étiologies supposées bactériennes ou non virales sont plus fréquentes
- 3 - La certitude du diagnostic du médecin est plus forte

	10+	<10	OR	IC 95 %	p
EG bon	53 %	76 %	0,47	0,22 – 0,92	< 0.04
Cause bact. ou non vir.	4.6 %	1.5 %	3,57	0,79 – 14,02	< 0.03
Forte certitude	76 %	61 %	0,49	0,23 – 1,03	< 0.04

Ces différences entre les actes de début ou de fin de journée ne modifient pas la probabilité que l'incident soit défavorable ou favorable. Une seule exception : l'influence du niveau de certitude du praticien sur l'issue de l'incident critique.

- **Quel est votre niveau de certitude sur l'origine de la maladie ?**
(mettre un trait vertical entre 0 et 10)

aucune certitude

certitude absolue

En début de journée (<10), l'issue de l'IC est similaire quel que soit le niveau de certitude du praticien (différence non significative). Par contre, en fin de journée (10+), une forte certitude accroît très significativement la probabilité d'une issue favorable.

	D	F	OR	IC 95 %	p
Forte certitude					
- en début de journée	57 %	68 %			NS
- en fin de journée	60 %	91 %	6.83	1.84 – 27.64	< 0.002

Le terrain a-t-il une influence ?

Les médecins chercheurs ont-ils inclus plus de patients avec terrain particulier en fin d'étude ?

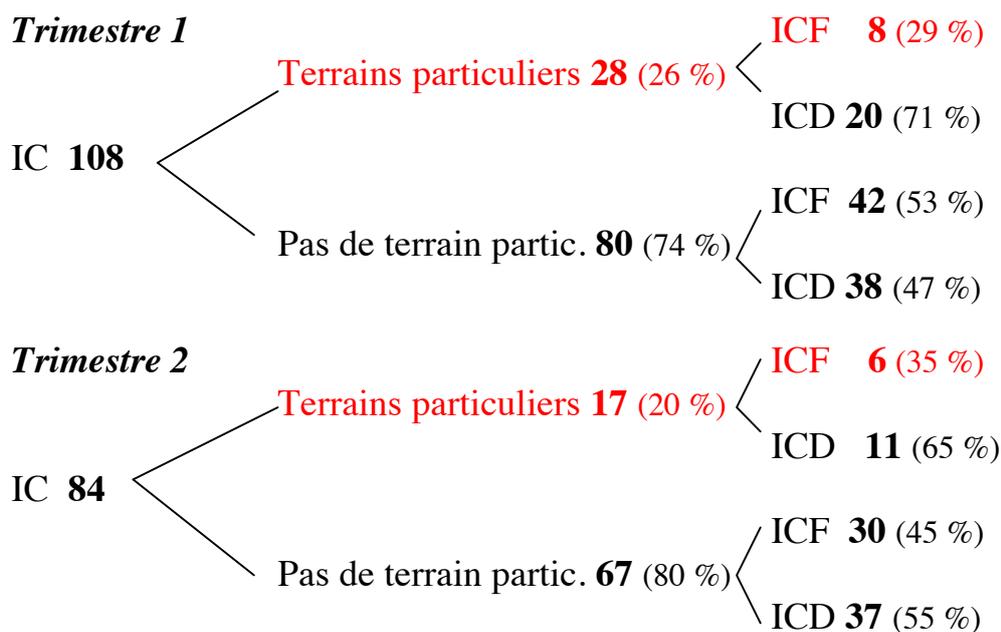
Les médecins chercheurs ont-ils prescrit moins d'antibiotiques en fin d'étude aux patients ayant un terrain particulier ?

➤ Terrain particulier : arguments en faveur d'une fragilité particulière liée à
 Asthme /_/ BPCO /_/ Grossesse /_/ Alcool /_/ Tabac /_/ Age /_/
 Immunodéprimé (corticä des au long cours, HIV, chimiothérapie) /_/ Autres /_/

La période d'étude a été divisée en 2 trimestres. Les IC se répartissent de la façon suivante :

	Trim 1		Trim 2		Trimestre 1		Trimestre 2	
	IC F	IC D	IC F	IC D	IC F	IC D	IC F	IC D
Terrain particulier								
Asthme	5	2	0	5	0	2		
BPCO	2	0	0	2	0	0		
Grossesse	1	0	1	0	0	0		
Alcool	1	1	0	1	0	1		
Tabac	6	7	1	5	2	5		
Age	2	2	0	2	1	1		
Immunodéprimé	0	0	0	0	0	0		
Autre	15	7	6	9	3	4		
Terrains particuliers*	28 *	17 *	8	20 *	6	11 *		
Pas de terrain partic	80	67	42	38	30	37		
Total IC	108	84	50	58	36	48		

* Un même patient peut présenter plusieurs particularités



Au premier trimestre, l'issue est défavorable 3 fois plus souvent s'il existe un terrain particulier (p <0,05). Ce lien statistique disparaît au second trimestre. Par ailleurs, les Incidents Critiques (IC) avec terrain particulier sont un peu moins fréquents au second trimestre (20 % au lieu de 26 %). Tout se passe comme si, au second trimestre,

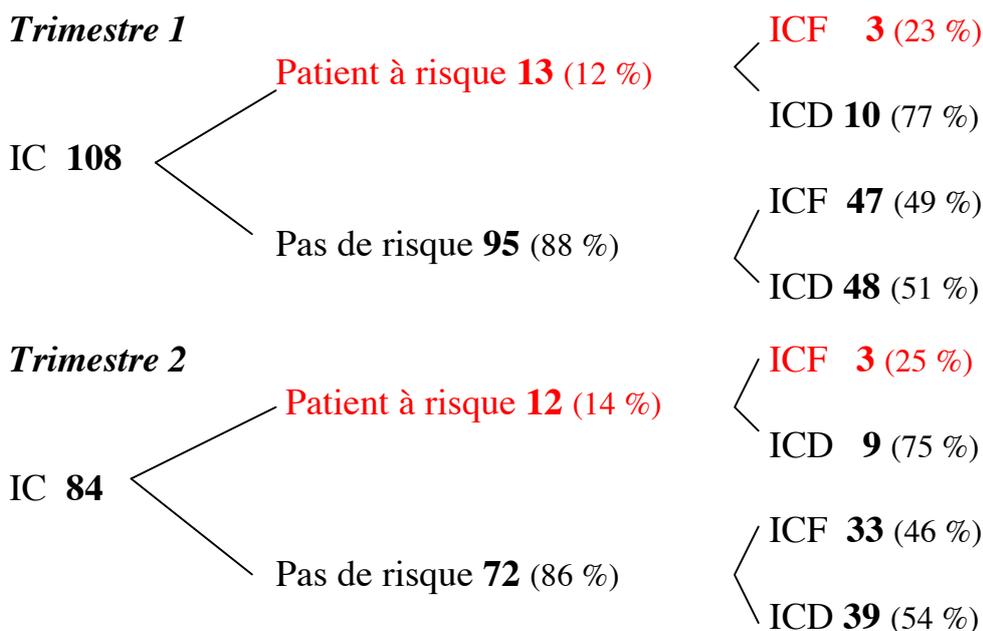
- les médecins avaient inclus moins de patients ayant un terrain particulier
- les médecins avaient mieux résisté à leur pression en faveur des antibiotiques.

L'existence de facteurs de risque a-t-elle une influence ?

Les médecins chercheurs ont-ils inclus plus de patients à risque en fin d'étude ?
 Les médecins chercheurs ont-ils prescrit moins d'antibiotiques en fin d'étude aux patients à risque ?

➤ S'agit-il pour vous d'un patient à risque ?	OUI /__/	NON /__/
---	----------	----------

	Trim 1	Trim 2	Trimestre 1		Trimestre 2	
			IC F	IC D	IC F	IC D
Patient à risque						
Patient à risque	13	12	3	10	3	9
Pas de risque	95	72	47	48	33	39
Total IC	108	84	50	58	36	48



Les IC chez les patients à risque sont aussi fréquents au cours des 2 trimestre (12 % puis 14 %).

Chez les patients considérés comme à risque par les médecins chercheurs, l'issue favorable a une fréquence équivalente au cours des 2 trimestre (23 % et 25 %, écarts non significatifs probablement dus aux fluctuations d'échantillonnage).

La pression d'ordre professionnelle accroît-elle la fréquence d'une issue défavorable ?

Pour répondre à cette question, il faut étudier le sous groupe des patients actifs, sélectionnés à l'aide de la question ci-dessous.

➤ statut professionnel	actif /__/	inactif /__/
------------------------	------------	--------------

Chez les patients actifs, l'issue de l'incident critique est équivalente, qu'il existe ou non une pression d'ordre professionnelle (59% au lieu de 44%, différence non significative).

Conclusion

1 - La méthode des incidents critiques est applicable en médecine générale.

2 - Dans l'application de la méthode des incidents critiques (IC) en médecine générale, une analyse quantitative peut être utilisée, en complément d'une analyse qualitative.

3 - Plusieurs types de raisons peuvent pousser les médecins généralistes à prescrire des antibiotiques chez des patients atteints d'infection respiratoire aiguë sans que le référentiel utilisé le justifie :

- pression du patient (87% des IC décrits)
- conviction du médecin qu'il faut prescrire malgré le référentiel (28 %)
- pression de l'entourage du patient, plus rarement (9 %)

Les arguments employés par le patient sont d'ordre

- personnel (60% des IC décrits)
- professionnel (35% des IC décrits)
- familial (22% des IC décrits)
- évènementiel (22% des IC décrits)

4 - Dans ce contexte, quand les médecins prescrivent un antibiotique « sous la pression », ils sont mécontents dans plus de 50% des cas. Par contre, quand ils parviennent à ne pas prescrire un antibiotique, ils sont quasiment toujours satisfaits (94 %).

5 - Qu'ils prescrivent ou non un antibiotique, la durée de la consultation est similaire. Prescrire un antibiotique « sous la pression » ne raccourcit pas la consultation.

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

7 - Quand les médecins généralistes parviennent à ne pas prescrire un antibiotique « sous la pression », la consultation leur paraît plus courte. A l'inverse, quand ils ne parviennent pas

Les stratégies mises en œuvre par les médecins sont très variées.

8 - Les médecins généralistes parviennent mieux à résister à la pression des patients quand

- ils sont certains de l'origine virale de l'infection
- le patient a l'air en forme sans signe important de fatigue
- le patient ne présente pas de « facteurs de risque »

9 - Les médecins généralistes ont tendance à prescrire des antibiotiques contrairement aux recommandations du référentiel quand

- ils ne sont pas certains de l'origine virale de l'infection
- le patient a l'air fatigué
- ils estiment que le patient présente des « facteurs de risque »
- ils ont une conviction contraire aux recommandations du référentiel.

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

11 - Participer à cette enquête semble avoir eu un impact sur la façon de travailler des médecins généralistes.

a) au premier trimestre, la prescription d'antibiotiques est 3 fois plus fréquente quand il existe un « terrain particulier ». Ce phénomène disparaît au second trimestre. Tout s'est passé comme si, au second trimestre, les médecins avaient inclus moins de patient avec un terrain particulier et avaient mieux résisté à leur pression en faveur des antibiotiques.

b) au premier trimestre, quand le médecin généraliste donne des explications au patient, il parvient 5 fois sur 6 à ne pas prescrire (d'antibiotiques). Au second trimestre, cette proportion passe à 19 fois sur 20. Tout s'est passé comme si, au second trimestre, les médecins expliquaient plus efficacement.

Recueil du point de vue des praticiens lors d'entretiens collectifs

Véronique GHADI

Cette recherche-action part de l'hypothèse qu'en mettant des médecins généralistes en situation d'auto-réflexivité, cela leur permettra de mettre à jour et de développer des stratégies ayant pour objectif d'améliorer leurs pratiques. Plus précisément dans le cadre de cette recherche, il s'agit de mettre à jour les stratégies permettant l'application d'un référentiel portant sur la prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires hautes.

Ce travail d'auto-analyse des pratiques s'est élaboré au moyen d'un questionnaire permettant de détailler le déroulement d'une consultation où l'application du référentiel a posé problème (incident critique). Dans cette optique, il est apparu qu'un échange d'expérience autour des situations rencontrées devait permettre aux praticiens d'approfondir leur réflexion sur leurs pratiques et donc de renforcer les effets attendus en terme d'amélioration des pratiques.

C'est pourquoi en sus de la réflexion menée lors du remplissage des questionnaires, des entretiens collectifs ont été organisés, réunissant des médecins - chercheurs participant à l'expérience.

OBJECTIF

L'objectif principal de cette phase était d'accompagner les professionnels dans l'analyse de leurs pratiques et l'élaboration de stratégies d'application du référentiel visé. Pour ce faire, il leur a été proposé de :

- Echanger et confronter leur expérience,
- Replacer l'analyse des incidents critiques rencontrés dans la pratique de chaque médecin, notamment en explorant à travers leur discours leurs perceptions des attentes de leurs malades et leurs représentations autour des antibiotiques.

METHODOLOGIE

Pour permettre la confrontation d'expériences, 5 entretiens collectifs réunissant 4 à 6 médecins ont été organisés. Deux de ces entretiens ont eu lieu un mois après le début de l'étude, deux autres deux mois après le début de l'étude, le dernier 4 mois après. Au total, 25 médecins chercheurs ont participé à ces entretiens.

Ces temps de rencontre ont duré environ 2 heures. A tour de rôle, chacun a présenté un incident critique qu'il avait recueilli et les autres ont réagi par rapport à ce cas. Des relances ont pu être faites pour préciser certaines idées. La plupart du temps les échanges ont été dynamiques et ont porté sur la pratique professionnelle des uns et des autres, ponctués d'exemples précis.

Ces entretiens ont permis d'explorer les représentations des médecins sur l'antibiotique et la perception qu'ils avaient des représentations des malades. Que ce soit à propos d'une prescription d'antibiotique ou de tout autre traitement, la question de la négociation entre le médecin et son patient a été largement abordée.

Enfin, les incidents critiques étant définis par rapport à la rencontre d'une difficulté d'application d'un référentiel de bonne pratique portant sur la prescription d'antibiotiques, les échanges entre les médecins ont traité de l'application des référentiels dans la pratique généraliste, leur faisabilité et leur pertinence.

RESULTATS

3.1. Une recherche en médecine générale

La question de l'application d'un référentiel et de la modification des pratiques en médecine générale ne peut être déconnectée de la position du généraliste et de ses spécificités.

A l'instar de l'ensemble du corps médical, le généraliste jouit d'une légitimité institutionnelle : il est un expert à qui on reconnaît une connaissance scientifique. C'est ainsi que l'Etat et la société toute entière, ont jusqu'à présent confié à ce corps professionnel institué l'évaluation des pratiques de ses pairs.

Le médecin généraliste dispose aussi d'une légitimité forte liée à ses outils, liée au pouvoir symbolique fort qui est attaché aux médicaments (notamment nous le verrons aux antibiotiques)

De cette double légitimité le médecin en sort un certain pouvoir sur la société, sur ses malades. Ceci est une composante incontournable des interactions qu'il va

développer avec ses malades. Ainsi la notion de pouvoir a toujours été très rapidement évoquée lors des entretiens. Toutefois alors que certains refusent d'utiliser cette place particulière, d'autres, conscients de leur pouvoir, en usent dans certaines situations pour arriver à leurs fins en terme de traitement ou d'examens.

"Dans ma dynamique, ce jour-là, c'est à peu près conscient ce que je faisais. D'un autre côté, je suis un peu convaincu qu'il faut aussi travailler sur le pouvoir. Il ne faut pas travailler exclusivement sur le pouvoir, il faut aussi s'en servir. A la légitimité de docteur, il y a un préalable, c'est qu'on va voir celui-là parce qu'il est reconnu comme étant compétent par l'institution. On ne peut pas non plus fuir ces problématiques de prise de pouvoir. Je me suis posé"

Cela suffit-il à imposer son point de vue à un patient qui vient demander des antibiotiques ? Ce n'est pas sûr. Peut-être plus que le pouvoir, la confiance permet-elle d'imposer un point de vue, un diagnostic, une stratégie thérapeutique. Ceci est un deuxième élément très structurant des interactions médecin malades comme nous le verrons ensuite : le médecin oscillant, dans ses stratégies, entre pouvoir et confiance.

Ceci est une des spécificités des généralistes par rapport aux spécialistes. Le recours aux second se fait sur une expertise et souvent de manière ponctuelle, aussi la confiance ne tient qu'au statut reconnu de son expertise. Le généraliste lui est amené à développer des relations au long cours où la question de la confiance indépendamment de l'expertise prend plus de place. De même, on peut considérer que la pratique d'une spécialité se fonde en grande partie sur des bases scientifiques, l'exercice de la médecine générale repose davantage sur la gestion de symptômes et sur la gestion de l'incertitude. Enfin, l'intervention du spécialiste est organo-centré ; le généraliste lui revendique une "prise en charge globale" de ses malades. Il gère non seulement la maladie, les symptômes mais il est amené à prendre en compte également des éléments environnementaux, socio-psychologiques.

La nature des interactions entre le soignant et le soigné est alors plus complexe : chacun y met un peu de soi, il s'agit d'arriver à concilier deux rationalités. Chaque consultation apparaît alors comme le théâtre de négociations autour de la définition du diagnostic et de la prescription d'un médicament.

Certaines classes médicamenteuses suscitent plus ou moins de négociation entre le médecin et le malade autour de leur prescription. L'antibiotique, du fait de son pouvoir symbolique fort, fait partie des médicaments les plus demandés.

3.2.L'antibiotique : un pouvoir symbolique fort

3.2.1. La perception des malades selon les médecins

Selon les dires des médecins, les malades associent immédiatement les infections respiratoires hautes aux antibiotiques : ces derniers véhiculent une image de puissance, d'efficacité, de rapidité. Ils permettent de faire disparaître les symptômes et de traiter la maladie en elle-même. En général, les patients viennent consulter car ils ne supportent pas d'être malades et se sentent handicapés dans leur vie quotidienne, ils veulent donc un traitement qui fasse effet tout de suite. Leur demande ne reste pas cantonnée à une étiologie mais s'étend à la mise en perspective de symptômes et des contraintes d'une vie quotidienne.

"Une autre situation c'est le cadre de Carrefour France qui est juste enrhumé. Son maître mot c'est efficacité. Il ne veut pas de complication et demande immédiatement son antibiotique."

Ainsi, quand les symptômes d'une rhinopharyngite apparaissent ou traînent, l'antibiotique est perçu comme le seul moyen permettant de récupérer son état de bien-être. Son effet est réputé fulgurant et définitif.

"La représentation de l'antibiotique nettoyeur est quand même très forte dans notre culture, il y a une espèce de symbole : lorsqu'on a de la fièvre, lorsqu'on présente des symptômes d'infection ne pas prendre d'antibiotique, c'est prendre un risque c'est se priver d'un médicament puissant."

On peut remarquer, dans cette citation, que l'absence d'antibiotique est alors vécue comme une prise de risque.

Mais au-delà des infections respiratoires et de la zone ORL, ce type de médicament est perçu comme ayant un spectre d'action plus large, c'est un médicament "polyvalent". Par extension, sont attribuées aux antibiotiques des vertus quasi magiques, allant bien au-delà de la guérison d'une maladie donnée. La manière dont le malade formule sa demande de prescription d'un antibiotique laisse parfois transparaître des attentes supérieures : obtention d'un examen, réussite d'un entretien professionnel...

"Il faut absolument me mettre sous antibiotiques parce que j'ai beaucoup de choses à faire, j'ai du boulot, les enfants, il y a la fête de la Musique de la commune, et puis je tiens la petite école de musique avec mon compagnon. Là, je lui dis : expliquez-moi ce que vous attendez d'un antibiotique. Elle me dit : ça va régler le problème. Je lui dis : non, je ne crois pas que ça va vous permettre de pouvoir tout faire, vous occupez de vos gosses, de l'école de musique."

Il est clair alors que dans une société qui met toujours en avant l'efficacité, le médicament doit répondre aux mêmes normes. Les patients attendent donc de la part du médecin qu'il prescrive un médicament à la hauteur de "leur mal", de leur "handicap". Dans les rhinopharyngites, peu de médicaments possèdent alors les mêmes caractéristiques que les antibiotiques, si ce n'est les corticoïdes :

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

Selon les médecins, une des garanties d'efficacité semble résider dans le passage obligé par le médecin : la prescription médicale obligée confère aux médicaments qui en dépendent une forme de puissance à priori. Ceci explique les enjeux qui peuvent préfigurer dans les consultations où se posent à tort ou à raison la question de la prescription des antibiotiques.

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

"J'ai souvent des réflexions du genre : vous savez docteur, moi je suis contre les antibiotiques. Je leur réponds : vous savez madame les bactéries elles s'en foutent."

Si les "forcenés" des antibiotiques ne sont pas simples à gérer en consultation, il n'est pas sûr que les opposants farouches seront plus faciles à convaincre.

3.2.2. La perception des médecins

Si les médecins ont longuement détaillé ce que les antibiotiques pouvaient représenter pour leurs malades, il est apparu très vite que les représentations des professionnels ne sont pas très éloignées de celles de leur malade : l'antibiotique apparaît comme un médicament puissant. Son apparition a contribué à un accroissement fort des moyens thérapeutiques, il a renforcé le pouvoir du corps médical.

La révolution qu'il a provoquée dans la pratique médicale lui confère une aura particulière qui jusqu'à maintenant a été transmise de génération en génération. Il y a un avant et un après l'apparition des antibiotiques.

"Les vieux médecins se réfèrent à deux moments complètement différents de leur activité : avant et après la Sécurité Sociale, ensuite avant et après l'antibiothérapie. Cela a changé énormément le pouvoir du docteur."

Il est donc important de resituer la problématique de la prescription de cette classe thérapeutique dans sa perspective historique : la perception de sa toute puissance a prédominé dans l'esprit des médecins avant d'occuper la même place dans l'imaginaire des malades.

"L'histoire des antibiotiques est extraordinaire. Ça a été dans notre fantasme de toute puissance, un outil fabuleux."

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

Plus généralement, lors de ces entretiens, les généralistes ont présenté l'antibiotique comme un allié : il est présenté comme un instrument thérapeutique très utile que ce soit dans le cadre d'une indication appropriée ou d'une indication non justifiée sur un plan scientifique. Il est alors utilisé comme un "placebo", son usage est détourné.

"Si une dame qui a mal à la gorge est persuadée que les antibiotiques lui feront du bien,, il y a de fortes chances pour que les antibiotiques lui permettent de ne plus avoir mal à la gorge."

Son mode d'utilisation peut alors être multiple et entre dans des stratégies variées comme nous le verrons plus tard.

Mais, l'antibiotique, de par la place qu'il occupe dans les représentations des profanes, peut aussi être perçu les médecins comme un concurrent : "le pouvoir de la créature dépasse celui de son créateur", et lui ôte toutes prérogatives. D'allié, il devient ennemi.

Dans ces situations, le malade vient avec son diagnostic, sa demande d'antibiotique et il ne laisse aucune place à l'expertise du médecin.

"[avec l'antibiotique] on a beaucoup de mal à trouver notre place de thérapeute parce que ça génère des conflits, parce que les gens ont une idée dès le départ [...] Quand la relation est en sens unique, il n'y a pas d'échange. Il y a un objet qui nous remplace. Ce n'est plus l'objet de transition mais c'est devenu un objet superpuissant, bien plus puissant que nous et on nous jette et on prend l'objet."

A travers l'exploration de ce que représentent les antibiotiques à la fois pour les médecins et pour leurs malades, on commence à cerner ce que peuvent être les enjeux d'une consultation où se pose la question de la prescription d'antibiotiques.

Il est à remarquer que les médecins qui ont participé à ces entretiens collectifs se sont fortement attachés à toujours décrire le contexte proche comme général des exemples qu'ils ont pu fournir. A travers ces différentes histoires, on peut discerner des interactions de nature différente qui expliquent que les stratégies des malades et des médecins peuvent être très diversifiées. C'est pourquoi une typologie des différents types de patient qui constituent la clientèle des médecins peut être un des éléments du cadre d'analyse des consultations et des difficultés rencontrées pour ne pas prescrire d'antibiotiques.

3.3. Typologie des patients

Nous avons vu précédemment qu'il existe un certain nombre d'éléments structurant les interactions entre les médecins et leurs patients ; le positionnement de chacun par rapport à ces éléments et la rencontre entre eux deux va permettre de construire une typologie des relations.

Pour exemple la confiance est un des éléments forts en fonction duquel, le médecin sera amené à jouer sur le pouvoir ou sur la compréhension mutuelle.

Comme nous l'avons vu précédemment, le premier stade de la confiance est lié à la légitimité sociale et institutionnelle de la position du médecin. Dans un premier temps, le malade accorde sa confiance sur la base de ce titre. Ensuite, la confiance va se construire sur d'autres éléments, telle que l'expérience :

- L'expérience du médecin qui, au fil des années, prend confiance en lui et se sent davantage armé pour imposer son point de vue et acquérir des arguments fins pour convaincre son malade.

"Un jour au bout de plusieurs années, j'ai compris que certains patients me faisaient peur, une fois que j'ai pigé ça, compris ce qui me faisait peur chez eux, j'ai fait pour cela un travail sur moi. Cela a été terminé j'ai plus eu peur des patients même des patients les plus violents.. [...] Je fais mon métier, je fais ce qu'il faut, je n'évite plus la relation et après on discute, parce que maintenant je suis à l'aise. Je n'ai pas besoin d'en faire plus."

- L'expérience de la relation entre ce médecin et ce malade : les relations de confiance se construisent sur du long terme, émaillées de pathologies prises en charge, avec succès, par le médecin. Il semblerait que, souvent, dans ce genre de situation, le médecin ne soigne pas uniquement cet individu donné mais également toute la famille (la description peut être longue). Il a alors le véritable statut de médecin de famille, ayant souvent partagé des moments heureux et malheureux dans l'histoire de cette famille.

En dehors des nouveaux patients, dont nous parlerons ensuite, on peut distinguer trois grands types d'interaction entre le médecin et son patient.

Les relations basées sur la confiance et sur une estime mutuelle

Ce sont les relations les plus simples pour le médecin comme pour le malade. Ce dernier arrive avec sa plainte, en général avec un diagnostic et un traitement attendu. Il reste néanmoins complètement à l'écoute de son médecin traitant et moyennant un minimum d'information, le malade s'en remet complètement à son médecin et accepte son diagnostic et sa prescription, il n'y a alors aucune remise en question. La nature de l'échange restant très simple, le médecin identifie facilement, du moins de son point de vue, la demande du malade.

Or l'identification de la demande est essentielle pour le médecin, c'est la première étape vers l'établissement d'une stratégie diagnostique, thérapeutique et d'acceptation de la décision par le malade.

Cette situation est d'autant plus confortable que le malade ne semble pas alors anticiper d'échec de son traitement et les risques de le voir revenir deux jours après, en disant que ça ne marche pas sont très réduits. Le contact avec le médecin, dans ce genre de situation, représente la première étape vers la guérison.

« J'étais dans une situation de pouvoir, enfin de pouvoir... de confiance. Sa femme a failli mourir, j'ai fait le diagnostic, je m'en suis occupé, je me suis occupé d'eux. C'est 20 ans de suivi avec des gens très très malades dans sa famille, ça marche bien il n'y a pas de problèmes. Enfin lui dire, il ne faut pas prendre d'antibiotique, ça ne pose pas de problèmes, la question ne se pose pas. Je n'ai pas eu beaucoup à le convaincre.

C'est une situation très confortable pour le médecin, ce n'est pas toujours ça. »

Comme on le voit, d'ailleurs, ce n'est pas la personne qui a fait le choix individuellement du médecin mais c'est la famille. C'est un choix alors plus collectif que personnel, qui s'est construit et renforcé au fil des années.

"Il fait partie d'une famille que je soigne depuis 1980 : lui, sa femme, je soigne sa belle sœur, ses deux filles, les maris de ses filles..."

Des relations sous surveillance

Ce type de relation semble être le plus fréquent. La confiance existe entre ce malade et son médecin mais c'est une confiance mesurée. Dans un certain nombre de cas, le médecin n'est pas le seul à gérer ce malade, qui a par ailleurs des contacts réguliers avec d'autres praticiens, souvent des spécialistes. Ceci renvoie alors à toute la difficulté de positionnement du médecin généraliste, de son savoir par rapport aux spécialistes. Jusqu'à où le médecin généraliste estime-t-il sa marge de manœuvre par rapport à ses pairs ?

Parmi les patients qui sont concernés par ce type d'interaction, on trouve les hypocondriaques. On peut aussi y classer les patients récents qui vont tester dans un premier temps leur médecin, les quelques patients présentant des polyopathologies et ceux qui bénéficient d'un entourage familial médical.

Clairement, les situations où la confiance ne semble pas être naturelle, sont des situations où le médecin se sent mis sous le regard d'autres professionnels :

- La présence de membres du corps médical dans l'entourage du patient parasite les relations avec le médecin traitant. Dans ce cas, les références médicales sont multiples et le malade se montre donc moins "compliant". Il n'hésitera pas à vérifier la pertinence des diagnostics et

des thérapeutiques décidées en conséquence. De toutes façons, le médecin lui-même ne se sent pas totalement libre de ses choix :

"C'est la mère de copains, de gens qui sont très impliqués dans les facultés, qui sont aussi médecins. C'est terrifiant. Comme tous, je soigne pas mal de parents de médecins que je finis par avoir, parce qu'au bout d'un certain temps, on te les adresse. Mais c'est d'une complexité de gestion qui nécessite de verrouillage, des passe-droits. Ce n'est jamais très simple."

"La mère a un fils médecin qui fait des remplacements dans la région. En même temps, elle me fait confiance et en même temps, je suis en permanence en vis-à-vis."

- De même, la polypathologie est peu propice à des relations sereines. De même que précédemment, la confiance totale peut être difficile du fait de la multiplicité de la prise en charge et donc des médecins autour du malade. Le généraliste n'est pas en situation de référent unique et se sent parfois dévalorisé...

"C'est une vieille dame qui est bien entourée sur le plan médical, elle a plein d'avis. Pour elle, je suis le médecin des petits bobos."

La prise en charge globale est alors difficile à mettre en place et à gérer.

"C'est une patiente polypathologique avec qui il est difficile de communiquer. Elle arrive toujours avec une liste très longue pour son ordonnance. Cela fait des années que je travaille à réduire cette liste. [...] J'essaie en permanence de verrouiller son accès aux soins, mais elle échappe régulièrement en allant voir de nouveaux médecins".

Plus encore, le rôle même de médecin est difficile à assumer.

"A chaque fois que j'aurais pu exister en tant que médecin au sens habituel du terme, c'est à dire faire le diagnostic, éventuellement prendre une décision, j'ai raté car ça a été fait dans l'urgence avec SOS médecin."

Des relations conflictuelles

Tout médecin a dans sa clientèle des patients avec qui cela se passe mal. Il y a tous ceux pour lesquels le médecin ne comprend pas ce qu'ils veulent. Or, dans les entretiens, il est apparu très clairement, qu'il est insupportable pour un praticien de ne pas comprendre la demande, l'attente de la personne qui vient le consulter. Lorsqu'un médecin ressent un certain flou dans ses relations avec son patient, cela lui complique souvent l'identification des motifs ponctuels de consultation.

Les relations les plus conflictuelles tiennent à la position reconnue du médecin par le malade. Le patient qui considère le médecin généraliste essentiellement comme un distributeur d'ordonnance semble être la "bête noire" de tous les praticiens. Ils ont l'impression d'être niés dans leur fonction, dans leur savoir, dans leur position.

Le médecin ne maîtrise rien : chaque consultation apparaît de manière autonome, difficile à inscrire dans une histoire qui puisse donner de la cohérence au recours aux soins et donc permettre une identification du motif de consultation. On peut estimer que ces relations durent finalement peu de temps : au bout de quelques temps, le malade change de médecin sur sa propre initiative ou sur l'incitation de son médecin.

Les nouveaux patients

Ceux-ci représentent une catégorie un peu à part. Assez fréquents chez les médecins récemment installés, ils se font plus rares au fil des années. De nouveau, on doit souligner l'importance pour le généraliste de comprendre pour quelles raisons cette personne vient le voir, sur quels critères. En fonction de ces premiers contacts, les médecins anciennement installés encourageront plus ou moins l'établissement d'une relation durable. On peut considérer que l'adéquation des critères de choix de l'un et de l'autre sera ensuite déterminante sur le type de relation qui va s'établir et sur la capacité des deux protagonistes à parvenir à des résultats de consultation satisfaisant pour les deux.

Cela ne signifie pas qu'à terme, l'ensemble de la clientèle d'un médecin est une clientèle choisie mais son attitude peut constituer une certaine forme de sélection. Nous verrons plus tard comment il s'en sert comme stratégie dans la question de prescription médicamenteuse.

Cette typologie des interactions et la possibilité d'intégrer telle consultation dans telle ou telle catégorie ne permet pas d'augurer l'issue de la consultation. Par contre, on pourra essayer d'attribuer à chaque catégorie, les stratégies utilisées.

3.4. Négociation et stratégie différentes en fonction des clientèles

Plus qu'une relation entre le médecin et le malade, il est préférable de choisir le terme d'interaction plus dynamique et qui marque mieux comment l'échange est réellement bilatéral et surtout réactif, et ce dès le début. Nous verrons ensuite, à travers l'ensemble des propos des médecins, comment la consultation se construit à travers un échange constant, des allers retours permanents entre ce qu'attend le malade et ce qu'attend le médecin. La description des consultations a montré qu'une véritable négociation peut se jouer entre le médecin et le malade. Le malade peut même chercher à prendre l'ascendant sur la relation qui unit l'un à l'autre. Si les deux veulent à la fois garder la main mise sur le déroulement et l'issue de la consultation, cette dernière peut alors devenir l'objet d'un véritable combat.

"- Ceci dit, tu l'as quand même allumée, car tu lui as dit : à vot re avis, qu'est -ce que ça fait les antibiotiques ?

- Tu penses que je l'ai allumée ?

- Oui, dans la manière dont tu as raconté l'histoire.

- Elle était dans le pouvoir et toi, tu as voulu le reprendre.

- C'est exactement ça.

- J'ai voulu essayer de gérer quelque chose."

Sans pour autant tomber dans l'affrontement, on peut effectivement estimer que les patients viennent avec une demande et élabore des stratégies pour obtenir satisfaction. Ces stratégies sont parfois masquées. En fait, suivant les liens qui unissent l'individu qui vient consulter au professionnel, les stratégies du premier diffèreront ainsi que les réponses du second. Les médecins interrogés ont longuement décrit les stratégies de leurs patients à travers les incidents critiques évoqués mais aussi à travers l'ensemble de leur expérience.

(1) Les stratégies développées par les malades selon les médecins

Pression financière

Le paiement du médecin par le patient est un élément très structurant des rapports entre les deux parties. Le paiement direct du médecin par le malade répond à la nécessité affichée d'une responsabilité personnelle du médecin vis-à-vis de son patient. Aussi, est-ce un moyen pour le patient d'exprimer une forme de pouvoir vis-à-vis du professionnel de santé : puisqu'il le paye, ce dernier se doit d'être efficace et de répondre à ses attentes.

Il peut ainsi y avoir une sorte de marchandage. En tout cas, c'est ainsi que les médecins le ressentent parfois. Aucun ne semble complètement détaché de cet aspect de la question et tous vivent mal cette pression.

"Je vais me sentir obligé de justifier mes honoraires par une prescription de rhinofluimucil dans le nez et il repartira avec un papier."

Le malade peut même aller jusqu'à douter de la probité du médecin, le soupçonner de ne pas donner le traitement adéquat pour faire revenir son malade et ainsi encaisser une deuxième consultation.

"Dans les faits la pression financière est double. Il y a le sentiment pour le médecin de devoir "être à la hauteur de ses honoraires" et la pression que va mettre le patient sur l'éventualité de devoir revenir voir le médecin pour la même chose. Que ce soit réel ou simplement ressenti par le médecin, de toutes façons, un doute est émis quant à l'honnêteté du médecin : ne pas prescrire n'est-il pas un moyen de faire revenir Le patient soupçonne ou le médecin pense que le soupçonne de vouloir faire de l'argent. "La patiente qui vous dit : vous êtes sûr, car dans deux jours s'il a de la fièvre et que je reviens, je paye une autre consultation."

Cette situation est évidemment intolérable pour les praticiens."

Appel à expériences passées

Le rappel d'expériences passées est une tactique du malade qui semble difficile à contrecarrer. Le malade est totalement convaincu que son rhume va dégénérer et qu'il sera obligé de revenir. Cette conviction est tellement forte qu'elle met le médecin dans une position inconfortable : il est objectivement persuadé que les antibiotiques sont inutiles mais il redoute la surinfection qui lui sera alors personnellement reproché. Dans cette situation, l'absence de prescription de l'antibiotique présente un risque (mécontentement de patient) plus important que la prescription elle-même (risque de résistance aux antibiotiques dans la population)

"Elle me dit : si je ne prends pas d'antibiotiques, je vais traîner c'est sûr. Elle avait le souvenir d'épisode précédent où on ne lui avait pas donné d'antibiotiques et où elle avait du revenir voir le médecin. Il y avait eu échec du traitement symptomatique."

Cette certitude affichée par les malades peut ne pas être réellement fondée mais la prescription répétée d'antibiotique dans des situations similaires rend de plus en plus difficile la "marche arrière".

"Ceux qui m'énervent ce sont les patients qui arrivent avec une conviction terriblement forte que cela va dégénérer en sinusite alors qu'il n'en ont peut-être jamais faite Ils ont une construction de ce qu'ils ont et c'est quasi impossible de les désincruster de cette croyance."

L'appel à des expériences passées peut aussi concerner des épisodes autres que ceux liés à la prise en charge d'une rhinopharyngite. Le rappel d'une situation où le "médecin n'a pas été à la hauteur", que ce soit avéré ou non, le déstabilise : il lui est plus difficile d'imposer son point de vue sur le seul fait de ses compétences puisque celles-ci semblent à demi-mot remises en question.

"C'est une dame de 88 ans, elle m'avait appelé pour une situation et fait, elle veut me voir parce qu'elle tousse. Et elle me dit : le type que vous avez vu chez moi la dernière fois, mon commis, vous savez qu'il a fini à l'hôpital pour une appendicite. Je l'avais vu à ce moment là pour un syndrome abdominal assez banal. J'ai donc été mis d'emblée dans une situation inconfortable, elle a le don pour ça. Elle manipule, elle met en échec. Puis je l'examine et elle regarde l'ordonnance et me dit vous croyez que je vais guérir ? Il me vient alors en image tout ce qu'elle peut faire comme complication à 88 ans. Je me dis, ça y est, je vais encore me faire avoir et je rajoute à la fin mon antibiotique. J'ai vécu ça comme un échec total."

En fait, tu lui as donné un antibiotique parce que son commis avait fait une appendicite."

Traitement entamé

Des malades arrivent parfois en ayant déjà entamé leur traitement antibiotique à partir de boîtes qui leur restaient d'une fois précédente. Il s'agit alors d'un véritable passage en force.

"Je sais que j'ai des malades qui ne finissent jamais leur traitement antibiotique pour en garder un jour ou deux et quand ça recommence, ils me disent : de toutes façons Docteur j'ai déjà commencé votre antibiotique de la dernière fois et j'en ai déjà pris deux jours."

Cela peut même être très mal vécu par le médecin qui voit là une substitution du malade au médecin : il a fait lui-même le diagnostic, décidé du traitement et ne vient consulter le médecin que comme délivreur d'ordonnance. En terme de relation de pouvoir, cela apparaît comme relativement violent.

Rarement, cela peut se retourner contre eux, les médecins peuvent en profiter pour leur démontrer l'inutilité de leur décision.

"Je lui explique : vous voyez, vous êtes sous antibiotique et pourtant la maladie évolue. A mes yeux, cela pourrait être une preuve que vous êtes bien atteint d'une maladie virale et que les antibiotiques ne peuvent rien faire. [...] Quand je lui ai dit, vous voyez votre antibiotique ne marche pas, là je l'ai vu accuser le coup, se dire tiens ce qu'il m'a dit les autres fois n'était peut-être pas complètement faux."

Agressivité

La volonté de parvenir à ses fins peut provoquer une certaine agressivité chez les patients qui viennent pour obtenir une ordonnance précise. Il s'agit en général de patients peu ou pas connus où la relation de confiance et d'estime mutuelle n'a pas eu le temps d'être établi (type 3). Il semble toutefois que cette attitude des malades ne soit pas la plus efficace, elle aurait plutôt tendance à braquer le médecin et aboutir à une situation de conflit ouvert.

"Ils sont dans un monde violent, ils ont besoin d'un résultat immédiat. Elle m'a agressée assez violemment : c'est intolérable, je veux des antibiotiques, de toutes façons à chaque fois que j'ai ce genre d'infections cela ne guérit pas, je sais ce que je dis. Ça a été une empoignade, j'étais agressé, je n'étais pas respecté."

Tu aurais pu lui donner des antibiotiques, mais tu ne les aurais pas donné à cette femme là.

Exactement, elle est arrivée en demandeuse exigeante, cela veut dire que je n'avais pas ma place de thérapeute. Dans ma conviction de médecin, je ne supporte pas ça."

Pitié

Il s'agit là d'un autre mode d'expression des malades qui peut être plus ou moins conscient et qui peut plus ou moins fonctionner selon les médecins. Déstabilisé par la souffrance morale exprimée par son malade, le médecin peut avoir le réflexe de formuler une réponse en fonction de ce qu'il peut faire le plus facilement : prescrire un médicament.

[Une femme vient pour une simple rhinopharyngite, mais précise qu'elle fait souvent des sinusites] Après l'examen, j'étais parti pour ne pas lui donner d'antibiotique, puis elle a commencé à me raconter sa vie et en particulier les difficultés qu'elle avait avec un de ses enfants qui était hospitalisé, pour je ne sais plus trop quelle raison, cela faisait deux mois, elle a longtemps parlé sur les difficultés de sa vie quotidienne... Donc j'ai fini par lui marquer un antibiotique sur l'ordonnance. J'ai eu le sentiment que par rapport à tout ce qu'elle m'avait raconté de ses malheurs que j'avais besoin de faire quelque chose pour elle. C'était complètement absurde, mais ça passait complètement par la prescription d'antibiotique."

La prescription d'antibiotiques dans ces situations est une manière de manifester que l'on a bien entendu la demande ou la plainte du malade et qu'on lui accorde une certaine légitimité.

Passivité

Dans quelques cas, la tentative de certains malades de jouer sur la pitié peut être ressentie par le médecin comme une forme de violence, une contrainte imposée.

"C'est un patient qui consulte beaucoup, quand il vient, il s'assoit, il me ferait presque pleurer. Ce n'est pas un conflit ouvert [...] donc c'est un mode très différent qu'il faut gérer, c'est un mode pleurnichard avec une constante qui lui permet de garder le pouvoir

Tu dis qu'il ne t'agresse pas mais quand tu en parles, on a l'impression qu'il t'agresse, en fait il te met en échec."

Changement de médecin

Une grande partie du pouvoir du malade réside dans le fait qu'il choisit son médecin. Du moins cela est vécu ainsi par la plupart de médecins interrogés. En effet, aucun médecin ne vit bien le fait qu'un malade le quitte pour aller voir un autre professionnel. Il s'agit parfois d'une véritable souffrance de constater qu'un patient que l'on suit depuis dix ans change de médecin traitant sans qu'aucune explication n'ait été donnée.

"Ca se joue en très peu de temps, il suffit de très peu de chose, un sentiment d'incompréhension de la part du médecin et vous avez beau le [patient] suivre depuis 15, 20 ans... C'est fragile ! Ce sera douloureux pour l'un et pour l'autre [...] On a divorcé..."

Il y a beaucoup d'affect dans les interactions médecin/ malade : ceci explique que même dans le cadre de relations basées sur une confiance forte, le médecin ne pourra pas imposer l'absence de prescription d'antibiotique s'il a le sentiment que cela peut remettre en question cette relation. Ceci peut apparaître paradoxale, mais dans ces situations, le médecin a beaucoup plus à perdre qu'avec des malades avec qui cela se passe modérément.

Toutefois, cette crainte de voir partir le malade se retrouve quelle que soit la nature des liens que le généraliste a développé avec son patient : le fait d'être choisi "oblige" le médecin à se montrer à la hauteur des espérances du malade. Autrement dit, alors même que rien ne se crée entre ce malade et ce médecin, ce dernier, parce qu'il a été choisi, va continuer de "séduire".

Aussi, le fait que le malade puisse choisir et donc changer de médecin peut devenir une véritable stratégie consciente ou non de gestion de sa prise en charge. (ex : le malade qui va d'un médecin à un autre dans un cabinet de groupe)

"Il consulte tous les médecins du cabinet. En fait, il garde le pouvoir, il circule de façon à conserver son pouvoir."

(2) Les stratégies des médecins

Avant de détailler les stratégies que construisent les médecins pour parvenir à une conclusion de consultation qui leur conviennent, il importe de rappeler que ces consultations se déroulent dans le contexte d'exercice de la médecine générale décrite plus haut.

Les médecins interrogés conçoivent leur rôle de généraliste comme celui qui assure une prise en charge globale du malade. La notion de globalité recouvre alors l'ensemble du corps, des pathologies mais intègre aussi les aspects psychologiques. Quoiqu'il en soit, pour le médecin, cela implique qu'il maîtrise l'ensemble des éléments autour du patient.

Dans cette interaction entre le malade et le médecin, ce dernier tente d'imposer son point de vue et pour cela utilise des outils variés de persuasion. La conception que le médecin généraliste a de son rôle peut expliquer que le fait de ne pas prescrire d'antibiotiques ne soit pas pour lui une priorité en soi. Dans ce cas là, nous verrons qu'il utilise alors l'antibiotique non comme un moyen de guérir le malade (il n'en a pas besoin) mais comme un moyen d'arriver à d'autres fins qui lui paraissent plus importantes.

Face à un malade, son attitude, son mode de répartition pourront changer selon le contexte et selon la nature des liens développés avec lui. Ils se déclinent de la manière suivante.

Ecoute

La première étape lors d'une consultation est l'écoute active du médecin sur ce que souhaite le malade. Cette attitude a en fait deux vertus :

- La première est de permettre au médecin d'identifier précisément la demande du malade, d'entendre ses arguments en faveur d'une prescription d'antibiotique si c'est ce qu'il est venu chercher. Cela permettra alors de préparer un contre argumentaire solide si besoin est.

"Il est nécessaire de bien identifier la demande du patient pour savoir comment orienter son propre discours. S'il y a une demande d'antibiotique alors que cela n'est pas nécessaire, il y a intérêt à verrouiller la consultation."

- La deuxième réside dans l'étape de verbalisation que cela propose. L'idée est que le malade a besoin d'exprimer ses angoisses. Une fois qu'il a déchargé son anxiété, il devient alors plus réceptif aux "décisions" des médecins.

"Ce qui m'intéresse c'est de les faire verbaliser dessus, c'est de savoir qu'est-ce qu'ils attendent du médicament, du kiné. Ce qui m'intéresse c'est de mieux connaître mon patient, de comprendre ce que véhicule le médicament."

"Elle insiste pour avoir des antibiotiques. Là je lui dis expliquez-moi ce que vous attendez d'un antibiotique."

Si cette manière de procéder est valable quelle que soit la catégorie, on peut penser qu'elle sera surtout mise en œuvre pour les personnes avec qui le médecin travaille en confiance.

Théâtralisation

Il s'agit de soigner la mise en scène de la consultation par l'allongement de l'examen clinique, la manière d'énoncer les résultats de chaque moment de l'examen... Certains avouent clairement rester plus longtemps et expliquer davantage l'examen au fur et à mesure quand ils pressentent une demande d'antibiotique. *"Il faut qu'il [le patient] n'ait aucun doute sur la qualité de mon examen, sur mon investissement en tant que professionnel."* D'autres récusent cette manière de faire. L'idée est aussi de mettre des mots sur les symptômes en veillant à ne pas les sous-évaluer sans leur donner pour autant de caractère de gravité.

"Il faut leur dire ce qu'ils ont mais on ne peut pas leur dire qu'ils ont un rhume. On dit une rhinopharyngite. [...] Souvent je décris au fur et à mesure. C'est pas très niania, c'est plutôt niania, tu prépares la non prescription. Il faut nommer, parler, décrire."

"C'est important les termes pendant une consultation, il faut que ce soit suffisamment médical et pas trop langage commun, en même temps il ne faut pas que ce soit trop compliqué."

En visibilisant au maximum l'examen clinique, *"tu justifies la consultation par l'examen"*.

Une autre forme de théâtralisation moins évidente est l'utilisation de test ou d'examen complémentaire : l'intérêt est d'objectiver les résultats de l'examen, ce qui le rend plus acceptable par le patient.

"Je me souviens que dans les angines, j'ai fait une petite étude solitaire avec un labo qui m'avait filé des tests... Là ça se passe très bien la non prescription d'antibiotique."

Ca veut dire que finalement le patient perçoit notre attitude probabiliste de prescription ou de non prescription. Il sait ce doute qui baigne dans notre esprit. Si on arrive à canaliser ce doute à travers quelque chose de très palpable, un test biologique... [...] A la rigueur, on ferait un test bidon et on dirait il n'y a pas besoin, je pense que l'argumentaire de non prescrire passerait beaucoup mieux."

"Il m'arrive très souvent de prescrire des examens complémentaires à des fins purement manipulatoires : je ne sais pas où je vais, je vais donc demander ça [un examen] ça va me laisser le temps de réfléchir."

Explication / Education

Face à un malade qui attend une prescription d'antibiotiques, le médecin se retrouve dans la situation de devoir au moins à minima expliquer sa décision de ne pas prescrire. Ce temps d'explication, de justification peut, s'il s'inscrit dans une relation à long terme entre les deux protagonistes, contribuer à ce que l'on pourrait appeler l'éducation du patient. De même, si la consultation du malade s'inscrit dans une histoire déjà ancienne, il y a de forte chance pour que la tâche du médecin soit allégée, elle s'inscrit alors réellement dans une préoccupation de prise en charge globale de l'individu.

La nature de ces arguments va varier d'un médecin à un autre, d'un malade à un autre. Les arguments en faveur d'une absence de prescription relèvent de trois registres dont les enjeux ne sont pas les mêmes. Les professionnels eux-mêmes ne sont pas forcément sensibles de manière identique à ces trois niveaux d'arguments :

- Arguments de Santé publique

Les arguments en faveur d'une diminution de prescription des antibiotiques relèvent largement du registre de la santé publique, comme la résistance aux antibiotiques. Les rédactions de référentiel de bonnes pratiques ont été construites sur ce type d'arguments.

Moi je rentre dans des arguments de Santé Publique. J'explique qu'il y a des gens qui meurent dans les hôpitaux parce que probablement, on a trop utilisé d'antibiotiques dans des situations où cela n'était pas nécessaire [...]

Pourtant, les enjeux de santé publique trouvent peu d'échos chez les médecins cliniciens, eux-mêmes ne sont pas convaincus par ce type d'arguments. Ils sont dans une relation interindividuelle avec leur malade.

"J'ai du mal à considérer que cela soit si grave de prescrire un antibiotique hors référentiel"

- Arguments de santé individuelle

Aussi, si quelques-uns invoquent des préoccupations de santé publique, la plupart préfère mobiliser des arguments de santé individuelle.

Moi je ne donne pas d'arguments communautaires ou alors avec des gens avec qui j'ai un certain type de relation. Sinon, ils s'en foutent complètement. Je donne des arguments individuels très simplifiés, très schématiques."

- Arguments d'ordre économique

De même que pour les arguments de santé publique, ceux qui font référence à des notions économiques ou d'équilibre budgétaire de la Sécurité Sociale sont l'objet de controverse.

D'une part, leur réalité peut être mise en doute :

"Un traitement par Clamoxyl®, ce n'est pas cher. Ça coûte moins cher que le Doliprane®."

D'autre part, cela pose des problèmes d'ordre moral ou de positionnement du médecin et de son indépendance par rapport au système. En effet, quelques-uns se montrent très réticents à l'idée d'utiliser l'image de la Sécurité Sociale d'autant qu'ils n'ont pas forcément une haute estime de cette institution.

- *"[Invoquer le contrôle de la sécurité sociale] cela peut aider : "moi je vous suis dans votre délire mais il y a un tiers", parce que dans le système il y a toi le patient et la sécu.*

- *Oui, mais c'est reconnaître qu'on ne peut pas s'en sortir tout seul.*

- *Mais dans ces cas, on n'est pas reconnu comme médecin, tu n'es qu'un accès au médicament et en plus on te paye pour ça, tu es mal*

- *Mais c'est aussi se défaire de sa propre responsabilité. C'est quand même dommage que les gens pensent qu'on ne veut plus prescrire d'antibiotiques uniquement parce que cela coûte cher à la Sécu."*

En règle générale, les explications seront d'autant plus détaillées, utilisées pour convaincre que le médecin aura le sentiment de pouvoir être entendu ou que la situation s'y prêtera, parce que le médecin aura le temps et que l'entourage ne court-circuitera pas la relation du médecin à son malade. Il s'agit donc plutôt des patients qui appartiennent à la première catégorie, ceux avec qui les liens de confiance sont forts.

"Si ta patiente avait été un peu plus cortiquée, un peu plus intéressante, un peu plus intelligente tu te serais battu."

Expliquer les raisons d'une absence de prescription d'antibiotique suffit rarement en soi : la question est de savoir si cela est possible de laisser repartir un malade sans ordonnance s'il n'en a pas besoin.

"Ca arrive quand le type a pris de l'Effergal... Ce n'est pas avec n'importe qui. Si vous avez un patient que vous connaissez de longue date, où il y a une relation de

confiance, vous êtes le médecin de famille et il ne vient pas vous jauger à travers cette consultation. [...] Je suis d'accord que le premier patient, qui ne vous connaît pas, qui va venir vous jauger, je me dis inconsciemment, ça va moins bien passer si je la fais comme ça."

En règle générale, le médecin ressent la nécessité d'accompagner cette décision d'autre chose, c'est pourquoi, il laisse rarement repartir le malade sans ordonnance.

"Je vais lui expliquer pourquoi il n'a pas besoin d'antibiotiques mais je vais me sentir obligé de justifier mes honoraires par une prescription de rhino-fumicil dans le nez et il va partir avec un papier."

Marchandages

Avec la théâtralisation, le marchandage est un des moyens les plus utilisés : marchandage pour obtenir du malade qu'il accepte de jouer le jeu pour une autre pathologie, marchandage d'un médicament contre un autre.

Dans le premier cas, le médecin va instrumentaliser la prescription d'antibiotique pour lui permettre de reprendre la main dans une relation thérapeutique. Comme il a été décrit auparavant l'antibiotique est un médicament perçu comme éminemment puissant, il a fortement accru le pouvoir du médecin, il constitue donc une bonne monnaie d'échange, véritable arme de persuasion pour le médecin. Il découvre ou connaît un autre problème médical concernant le patient. Ce problème lui paraît être un enjeu plus important que la prescription non justifiée d'antibiotique. Pour obtenir du malade ce qui lui est vraiment important, il va donc céder sur la prescription d'antibiotiques moyennant la garantie de la part du patient de suivre les consignes du médecin sur l'autre pathologie.

"Je lui dis : Ecoutez visiblement les antibiotiques c'est très important pour vous, je comprends très bien pour moi il est important que vous soyez prise en charge sur le plan de l'hypertension. Je voudrais qu'on ait un recul de deux à trois mois. Une ou deux fois par semaine vous passez, l'infirmière prendra votre tension, on note un peu les chiffres et vous venez me voir. Donc j'ai prescrit l'antibiotique comme outil d'échange et de négociation pour l'hypertension."

"J'ai prescrit l'antibiotique comme outil d'échange et de négociation pour l'hypertension. La morale que j'ai tirée de cette consultation c'est qu'en tant que médecin, on fait souvent ce bricolage et des registres qui ne sont absolument pas rationnels sur le plan biomédical mais qui sont rationnels dans la problématique de soins."

"Je donne si je peux suivre mieux ailleurs."

Dans le deuxième cas, le médecin va tenter de détourner la demande du malade en lui proposant un autre médicament. Bien souvent, le médecin va alors prescrire les médicaments dit de confort, ceux qui sont censés soigner les symptômes. Un autre élément a déjà été souligné c'est l'obligation de passer par les

prescriptions du médecin. Un bon exemple est celui de l'Octofene® dont la délivrance uniquement sur ordonnance lui confère un pouvoir important. Le passage par la prescription procure un caractère magique au médicament, une assurance d'efficacité.

"Il y a peut-être besoin d'un outil autre que l'antibiotique auquel il n'a pas accès et qui peut justifier une prescription qui ne soit pas l'antibiotique. Ça me fait rebondir sur un autre problème actuel, c'est le déremboursement et l'étayage dans la pharmacopée de tous les médicaments, gouttes, sirops... A l'heure actuelle, l'Agence du médicament est en train d'évaluer, en terme de services rendus, tous les médicaments dits de confort ou non afin de voir si c'est un service rendu important ou pas important. Si du jour au lendemain tout est déremboursé... [...] Finalement, on a besoin de quelques outils dans notre caisse à outils."

On voit bien dans cette dernière citation que le médicament et le médecin de par leur pouvoir symbolique respectif vont tour à tour apparaître concurrents, alliés, ennemis. Ils renforcent mutuellement leur pouvoir et leur reconnaissance dans l'esprit du profane.

Dans ces situations, le médecin joue, malgré tout, la carte du long terme, cela peut donc recouvrir des situations de confiance où le médecin préserve sa relation avec ce malade ou de nouveaux contacts pour lesquels le médecin envisage une continuité.

Sélection de ses malades

Il a été dit plus haut que les médecins recherchent l'estime et la fidélité de leurs patients. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils n'effectuent pas une "sélection passive de la clientèle". Après une période de constitution de la clientèle où le médecin accepte tous les patients qui se présentent, il élabore sa stratégie de sélection de ses patients. Cela concerne surtout les patients de la catégorie 3 (interactions conflictuelles) et les nouveaux arrivés. Deux manières de procéder ont été évoquées par les médecins présents :

- Soit le praticien impose de travailler dans la confiance et fixe les règles en amont, au patient de savoir s'il y adhère !

"Je me dis que si je veux que ça fonctionne bien avec les patients, il faut justement que je puisse dévoiler le type de rapport que je souhaite avoir avec eux pour que justement la communication passe bien. C'est parce que je vais, en quelque sorte aborder les choses de cette manière qu'il va revenir ou ne pas revenir. Ça peut très bien lui déplaire : qu'est-ce que c'est que ce type qu'est-ce qu'il me raconte, on ne m'a jamais dit des choses pareilles... ou au contraire il va avoir très envie de revenir. Je n'ai pas envie de travailler n'importe comment avec mes patients, pour plein de raisons, tout simplement parce que ce qui m'intéresse d'abord c'est la rencontre. Je commence à être vieux et je n'ai pas de problème de clientèle : ce qui m'intéresse, c'est de récupérer des gens avec qui je me sente bien, avec qui j'ai envie de travailler. J'ai donc plus envie de donner d'emblée mes cartes."

- Soit le praticien effectue cette sélection en situation, en négociant au cas par cas et dans ce cas, l'interaction peut devenir rapidement un rapport de force.

"Pour moi le nouveau patient est un patient un petit peu trié. Donc voyant arriver cette nouvelle patiente avec cette attitude a fait que le barrage a été peut-être plus violent, parce que je ne voulais pas avoir ce type de relation avec des patients. Donc soit elle adhère, soit elle ne comprend pas et elle changeait de médecin."

La prescription d'antibiotique ou non peut faire partie alors des outils de sélection de la clientèle. Et c'est ainsi que :

"On finit par attirer un certain type de patients, à se faire une réputation de gens qui ne prescrivent pas facilement des antibiotiques. J'ai souvent des réflexions du genre vous savez Docteur, moi je suis contre les antibiotiques."

L'essentiel de l'exercice de sa profession reposant sur l'aspect relationnel, il devient essentiel de suivre des gens que l'on apprécie. Les professionnels ont argumenté le fait de sélectionner leur clientèle par le lien présupposé entre l'efficacité de leur prise en charge et le plaisir qu'ils avaient dans l'échange avec ce malade. Un lien fort pourrait alors justifier une sélection importante de leurs patients.

"A chaque fois que le médecin a du plaisir dans la relation est-ce que c'est efficace pour autant ? Est-ce que le fait que le médecin ne prenne pas de plaisir dans la relation le rende inefficace ?"

Acte gratuit

En réponse à la pression financière que le malade peut mobiliser contre son médecin, ce dernier peut décider de ne pas faire payer le malade, cela peut alors s'exprimer de deux manières.

La première possibilité est de proposer au malade de revenir gratuitement en cas d'absence d'amélioration de l'état de santé : il s'agit de mettre en échec l'accusation de faire revenir ses malades pour faire de l'argent.

"Je lui ai dit que de toutes façons, si l'évolution était défavorable, j'étais prêt à revenir sur ma décision. Elle pouvait venir gratuitement, je la regarderais comme la suite de cette consultation et je lui prescrirais des antibiotiques si nécessaire."

La deuxième manière de procéder consiste à dévaloriser un acte qui ne correspond pas à ses propres convictions. Le médecin préfère alors garder une certaine indépendance vis-à-vis du malade. L'acte gratuit permet de supprimer le lien de dépendance que le médecin ressent vis-à-vis de son malade lorsqu'il se fait rémunérer. C'est une forme de sanction du malade : non seulement, on lui retire le droit de se plaindre mais le soin qui lui est apporté semble dégradé.

"Ta patiente ne pouvait pas t'acheter. C'était je paie donc j'ai le droit ; toi, tu as dit : vous ne payez pas et c'est moi qui ai le droit"

"C'est un peu irrespectueux vis-à-vis des patients de refuser ses honoraires. On peut dire que c'est une façon de refuser son argent et de conserver sa liberté."

"De ne pas faire payer c'est une façon de dire que ce n'est pas un acte médical. Quand les gens arrivent en disant : je n'ai pas d'argent, c'est complètement différent. L'acte gratuit, décidé par nous, a toujours une signification bien précise."

Cette dévalorisation de l'acte semble être d'ailleurs mal vécue par les malades qui interprètent cela comme la réalisation d'une moitié d'acte : ils ont le sentiment d'être mal soignés.

"La gratuité, c'est complètement piégeant et c'est mal perçu. Je faisais ça, quand je venais de m'inst aller, avec la famille, les cousins. Ils venaient tous me voir, je ne les faisais pas payer. Je peux vous dire que ce n'était pas bien vécu ni pour moi ni pour eux parce que si ça ne s'était pas bien passé, c'est normal on n'a pas payé. Dans un dispensaire, tout est gratuit, en cabinet ça ne marche pas."

Ordonnance différée

Tout comme l'acte gratuit, la double ordonnance, ou ordonnance différée, a pour intérêt à première vue d'éviter au médecin d'être suspecté de faire revenir le malade et donc d'encaisser une nouvelle consultation.

La pratique de l'ordonnance différée est présentée comme un moyen de ralentir la consommation d'antibiotique quand ce n'est pas ou peu justifié. Dans les faits, la double ordonnance peut être le résultat d'un compromis ou une façon de sauver la face ou un outil pédagogique.

- Elle peut être le résultat d'une négociation. Les deux positions figurent sur l'ordonnance ; le malade a le sentiment d'avoir été entendu et le médecin espère que le malade l'aura compris. Certains contextes particuliers peuvent motiver cette prescription différée. Il s'agit en général de situation où le malade ne pourra pas dans l'immédiat consulter de nouveau si son état de santé dégénère. Ces situations sont en général bien vécues par le médecin, dans la mesure où il y a de fortes chances pour que le malade n'achète pas les antibiotiques
- Le malade insiste pour une prescription d'antibiotique. Le médecin ne veut pas prescrire mais la pression est telle que proposer une ordonnance différée permet au médecin de ne pas céder totalement. Cela permet un compromis mais qui satisfait peu les médecins, convaincus que de toutes façons, la prise d'antibiotique sera immédiate. Il s'agit alors plutôt d'une "sortie de crise".
- La dernière situation concerne les malades ou parents de malades anxieux. L'ordonnance devient alors un objet transactionnel et sa détention rassure les plus anxieux. Ils savent qu'à tout moment ils peuvent obtenir le médicament miraculeux. "C'est une prolongation symbolique de la présence du médecin. Si c'est une question d'angoisse ça soulage comme un gri-gri." C'est une manière de responsabiliser le patient et de lui reconnaître le droit de savoir s'il en a réellement besoin. "le patient n'est pas passif." En fait, le médecin tente avec son ordonnance différée d'avoir une action pédagogique, tout en reconnaissant la position de l'autre.

"Vous êtes venue chercher des antibiotiques, je vais vous les donner parce que je sais à quel point vous avez peur de la sinusite mais, à mon sens, vous n'en avez toujours pas besoin. Vous allez prendre le temps, vous pouvez les acheter demain, après-demain ou pas du tout, selon ce que vous allez ressentir. Là, c'est une prescription différée que je ne trouve pas négative. Ça laisse le libre-arbitre aux gens. C'est une prolongation dans le temps de l'acte médical. Il y a une explication, c'est : j'ai entendu ce que vous m'avez dit, j'ai entendu votre demande, il est possible que vous ayez vos raisons, en tout cas vous avez vos raisons, j'ai les miennes."

"On essaye de leur demander de faire un effort de se contrôler pour voir si leurs symptômes qui commencent à régresser."

L'attitude des médecins est ambivalente vis-à-vis de cette pratique, ils évoquent les études faites sur le comportement des patients face à cette solution et montrent que la prescription d'antibiotique différée n'est pas une pratique fixée et ses effets mal connus.

"C'est négatif car les quelques études qui ont été faites montrent que les gens ne jouent pas le jeu. Combien de patient vont attendre trois jours pour aller chercher l'antibiotique ?"

"Il y a des travaux qui ont été faits là-dessus. Ça diminue la consommation d'antibiotique par rapport à la prescription."

La dernière situation concerne très souvent (ce qui n'est pas l'objet de notre étude ici) les enfants. Dans la mesure où l'ordonnance différée permet pour une grande part de gérer l'anxiété souvent à l'origine de la demande d'antibiotique, c'est tout naturellement que cela s'adresse en priorité aux mères.

"Ce serait intéressant de se demander pourquoi on fait ça essentiellement en pédiatrie. Est-ce que c'est lié à la pathologie de l'enfant ? Ou en pédiatrie, il y a une relation un peu différente ? ou c'est l'angoisse de la mère, qui est demandeur/ alors que le patient ne demande qu'à être soulagé ? C'est peut-être cette particularité qui est la clé de cette prescription différée. Ce n'est peut-être pas que la pathologie de l'enfant qui justifie cela. C'est parce qu'on est dans cette relation où il y a l'angoisse de l'être direct et responsable de l'enfant, qui a besoin d'être rassuré. Et donc, est-ce que ça veut dire qu'on a besoin de cet outil ?"

A travers cette description des stratégies du médecin comme du patient on voit bien que l'enjeu est d'arriver à un équilibre des pouvoirs où chacun se sent respecté dans ce qu'il est et dans ses attentes, seul moyen de pouvoir soigner au mieux. L'aboutissement de cet équilibre (le patient se sent entendu et le médecin se sent libre dans ses choix thérapeutiques) réside dans la confiance. Dans ce contexte d'exercice d'une médecine qui repose sur la gestion de l'incertitude et sur la négociation à court et long terme avec le malade sur les

stratégies thérapeutiques on peut s'interroger longuement sur la place de référentiels de bonnes pratiques dans le cadre de la médecine générale, sur leur pertinence et sur les conditions de leur applicabilité.

3.5. Référentiel et modalités de diffusion : quel impact sur les pratiques ?

L'objectif de cette étude est de rechercher les modalités d'évolution des pratiques médicales afin de les mettre plus en adéquation avec l'état de la connaissance. L'hypothèse avancée est qu'une réflexion menée de manière approfondie sur sa pratique personnelle permet une intégration de référentiels édictés par d'autres. La condition première concerne l'acceptabilité de ce référentiel sur la prescription d'antibiotique pour des problèmes rhinopharyngés chez l'adulte de plus de 15 ans. Par ailleurs, les médecins ont d'eux-mêmes élargi à la question en général de l'application des référentiels quelques soient les thèmes.

3.5.1. Attitude envers ce référentiel

La méthodologie de cette étude a été en partie construite sur le référentiel de prescription des antibiotiques dans les épisodes rhinopharyngés aigus. Afin de bien étudier les pratiques des médecins, leurs difficultés d'application d'un référentiel confronté à la réalité du quotidien, il était nécessaire que ce référentiel soit au moins accepté théoriquement pour être applicable concrètement.

Il est apparu que l'application de ce référentiel ne pose pas en soi de véritable problème. Pour certains, il était déjà intégré à la pratique.

"La plupart du temps, je n'ai aucun mal à appliquer le référentiel. Apparemment, je devais me l'être approprié [...] Pour trouver une situation où il y ait conflit avec le référentiel, ce n'était pas évident."

D'ailleurs, il a souvent été dit que le référentiel n'est pas assez strict.

Cela dit, quelques points de désaccord persistent non pas sur le fond du référentiel mais sur le principe d'une application systématique, sans adaptation possible à des situations spécifiques.

"Globalement je trouve ce référentiel adapté, à part certaines situations où je suis obligée d'être en dehors, où je me suis rendu compte que la connaissance que j'avais de mon patient était en dehors du référentiel et que cela m'autorisait, que je m'autorisais à ne pas suivre le référentiel dans certaines situations."

"Ce référentiel ne m'a pas gêné en tant que savoir, mais ce n'est pas pour autant que je l'appliquerai systématiquement dans ma pratique."

Autrement dit, les médecins réclament la liberté de pouvoir l'appliquer quand ils sont confrontés "à la vraie vie".

Pour quelques-uns, le non respect ponctuel de ce référentiel procure un sentiment de plaisir à celui procuré lors de la transgression d'une règle.

3.5.2. Utilisation des référentiels dans la pratique au quotidien

La manière dont les pratiques médicales peuvent évoluer est le véritable enjeu de la rédaction des référentiels. Si quelques-uns semblent s'investir dans la lecture des référentiels, cela ne semble pas être la règle.

"Je vais lire le référentiel et je vais regarder si ma pratique est en accord avec le référentiel. [...] Si elle ne correspond pas au référentiel, je vais quand même me poser des questions sur ma pratique."

"Un référentiel, cela me mobilise dans ma pratique, c'est à dire que je vois que j'ai un dysfonctionnement par rapport à un référentiel qui me paraît de qualité, je modifie ma pratique. Cela me fait réfléchir."

La plupart du temps, l'intégration se fera doucement au fur et à mesure de la confrontation entre la pratique et le référentiel et ce, au travers de cas concrets.

"Je m'en tape complètement du référentiel : j'agis et je vois comment cela s'est passé après. Dans quelle mesure, le contrôle a posteriori et la réflexion qui en sort finit par influencer la pratique ?"

En effet, plus que l'impact d'un référentiel, même si certains estiment les prendre en compte, c'est surtout la démarche de réflexion que cela peut initier qui peut avoir un réel impact sur les pratiques. La recherche présente, telle qu'elle a été réalisée, a permis ce travail de réflexion de remise en question et la plupart admettent qu'ils n'auront plus dorénavant la même attitude envers la prescription d'antibiotique.

Tous les médecins ont convenu que cette étude leur faisait changer leur manière de voir, leur suscitait davantage de questions sur la justification de prescription d'antibiotiques. Cela a pu même être douloureux. Pendant les années qui vont suivre, ils pensent continuer de s'interroger et qu'à chaque fois qu'ils rencontreront ce genre de situation, ils se remémoreront l'étude. L'impact sur les autres médecins leur paraît plus douteux.

"Je pense que l'étude est une loupe parce qu'à chaque fois qu'on est dans un truc, on se dit : est-ce que ça va être favorable ou défavorable, pendant, au début, à la fin de la consultation et de toute manière ça modifie nos compétences. Je pense que si cette étude a un effet, elle aura un effet sur les gens qui ont participé à l'étude. Et pendant un an, trois ans, cinq ans, chaque fois qu'ils seront dans une situation, ils se diront : ça c'était un événement critique. Je pense que ces gens-là vont peut-être modifier leur fonctionnement. Une fois que ce sera publié, il y a plein de nos collègues, y compris des enseignants, qui vont dire : c'est bien ce qu'ils ont fait à Paris et puis ça va rester au stade d'étude parce qu'on n'aura pas modifié leur

compétence et les résultats. On voit bien, avec les stagiaires au cabinet médical, qu'ils connaissent des choses mais quand il s'agit d'être compétent, efficace dans une situation donnée, ils ne s'en sortent que si la fois précédente, dans la même situation, on leur a donné les moyens de s'en sortir et d'acquérir des compétences. Si on dit aux étudiants : la prochaine hypertension, tu la prends en charge, ils ont beau connaître plein de choses sur l'hypertension, ils merdouillent."

DISCUSSION DES RESULTATS

De la description des incidents critiques, il ressort clairement que le déroulement d'une consultation se construit sur une négociation entre ce que vient chercher le malade et ce que le médecin estime devoir donner. Dans cette optique, nous l'avons vu, le malade va développer une stratégie. Le médecin tente d'identifier sa demande et de contrecarrer sa stratégie s'il estime qu'il ne peut donner à son patient ce qu'il attend. Suivant le type de personne qu'il a en face de lui, les enjeux vont être différents en fonction de l'état de santé du malade mais aussi beaucoup selon la nature des interactions entre le soigné et le soignant. Le médecin aura ainsi lui-même des stratégies différentes.

Une consultation est une rencontre entre deux rationalités différentes : il ne s'agit pas seulement d'identifier un problème précis et de mettre en œuvre une solution d'expert. C'est pourquoi l'application d'un référentiel de bonne pratique pose question.

Depuis quelques années, on s'interroge de plus en plus sur la place du malade, de l'usager dans le système de soins. Il est paradoxal de reconnaître une place importante au malade dans les décisions diagnostiques et thérapeutiques le concernant et dans le même temps de construire des référentiels qui ne prennent pas en compte ses spécificités et ses désirs. Le médecin généraliste se retrouve complètement au centre de ce paradoxe, qui n'est pas nouveau mais qui est accentué par la promotion d'une médecine scientifique.

La "médecine traditionnelle" laisse une place importante à l'appréciation personnelle du médecin, elle accorde une forte légitimité à la connaissance qu'il peut avoir de son malade et lui laisse donc une importante marge de manœuvre dans la mise en œuvre de son art.

Une médecine basée sur les preuves ne reconnaît pas l'existence de "petits arrangements" tournant autour du troc d'un médicament contre une prise en charge sur une autre pathologie. Or c'est une situation qui a été fréquemment évoquée par les médecins qui ont participé à cette étude. La médecine scientifique se veut objective et en conséquence normalisante. Avec le développement des techniques diagnostiques et thérapeutiques, elle est devenue

prédominante tant dans l'esprit des professionnels que des profanes. Le travail de déduction et la gestion de l'incertitude sont difficiles à faire admettre. C'est pourquoi, les médecins généralistes qui pourtant basent tout leur savoir et leur savoir-faire dessus, camouflent ce qu'ils appellent leurs bricolages honteux. Sans cesse, ils oscillent entre médecine "intuitive" et médecine "scientifique".

La recherche présentée ici a eu pour effet de rendre plus visibles ces petits arrangements entre médecins et patients mais aussi de les rendre plus insupportables. La forte prise de conscience de cette ambiguïté a même été plutôt mal vécue par certains praticiens qui ont voulu y remédier et ont souffert de la confrontation, parfois violente.

En conclusion, le positionnement du médecin généraliste est le plus difficile dans un contexte d'application d'un référentiel : à l'inverse du spécialiste, il fonctionne davantage, sur l'incertitude, sur la prise en compte de facteurs non objectifs (dimension psycho-sociale) et sur l'établissement d'une confiance à long terme avec son malade.

Par ailleurs, il a du mal à défendre l'application systématique d'un référentiel, même s'il l'estime justifié. En effet, l'exercice de la médecine est solitaire, aussi les praticiens éprouvent-ils des difficultés à avoir une vision plus collective de leur manière de faire. Ceci se remarque dans leur réticence à mobiliser des arguments de santé publique dans leurs explications données à leurs patients. Pour la profession médicale, il y a aujourd'hui un véritable enjeu à se constituer en groupe, à pouvoir collectivement construire leurs pratiques et l'évaluation de ces dernières..

L'élaboration de référentiels en médecine générale ne doit pas forcément être proscrite, mais il est essentiel de considérer ceci comme un outil et non un objectif à atteindre. Aussi, doit-il au minimum être prévu la possibilité de ne pas appliquer le référentiel.

La démarche menée dans cette recherche est particulièrement importante par la réflexion qu'elle a induite et les changements de pratiques qu'elle a provoqués. Elle devrait pouvoir se développer plus largement mais sans référentiel : une auto analyse de la pratique accompagnée d'un retour d'information et /ou d'une confrontation d'expérience pourrait être une bonne solution.

Enfin, puisque les résultats de consultation sont le fruit de négociations entre le professionnel et le profane, on pourrait aussi envisager d'aider le premier en tentant d'élever le niveau de connaissance du second.

TABLE DES MATIERES

	pages
PAAIR - Composition du groupe de recherche	2
Ce rapport comporte trois parties	4
PAAIR. Synthèse qualitative et quantitative	5
<i>Pr Chantal AMADE-ESCOT, Dr Claude ATTALI</i>	
Méthode	6
Outils	7
L'équipe de recherche	9
Traitement des données	10
Résultats	11
1 - Caractéristiques des situations critiques de décision de prescription	11
2 - Facteurs influençant la situation critique	12
3 - Stratégies utilisées par les praticiens chercheurs	13
4 - Synthèse des stratégies professionnelles utilisées en situation critique	22
Conclusion	27
Références bibliographiques	27
PAAIR. Analyse quantitative (192 patients)	29
<i>Dr Jean Marie COHEN</i>	
Protocole résumé	29
Questionnaire utilisé	31
Codage des résultats de consultation (RC)	35
Masque de saisie des questionnaires	35
Création de variables construites	37
Résultats	38
Les patients	38
L'acte médical	39
L'issue de l'incident critique est-elle plus fréquente en fonction de	48
L'existence de facteurs de risque a-t-elle une influence ?	57
Conclusion	59
Recueil du point de vue des praticiens lors d'entretiens collectifs	61
<i>Véronique GHADI</i>	
Objectif	61
Méthodologie	62
Résultats	62
Une recherche en médecine générale	62
L'antibiotique : un pouvoir symbolique fort	64
Typologie des patients	67
Négociation et stratégie différente en fonction des clientèles	70
Les stratégies développées par les malades selon les médecins	71
Les stratégies des médecins	75
Référenciel et modalités de diffusion : quel impact sur les pratiques ?	84
Discussion des résultats	86
Tables des matières	88