

Outils de soutien à la consultation pour les cabinets et cercles de qualité

Utiliser les antibiotiques correctement

Afin de freiner le développement croissant de l'antibiorésistance, une équipe de l'Institut bernois de médecine de premier recours (BIHAM), financée par l'OFSP, a conçu des outils de soutien à l'information et la consultation pour la prise de décision partagée dans le domaine des soins de base concernant cinq infections potentiellement autolimitantes fréquentes.

Melinda Toth^a; Deborah Holzer^a; Kevin Selby^b; Noémie Boillat-Blanch^{b,c}; Beatrice Metry^a; Tamara Scharf^a; Reto Auer^{a,c}; Adrian Rohrbasser^{a,d}

^a Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern, Bern; ^b Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Lausanne;

^c Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; ^d Medbase, Winterthur

Contexte

L'augmentation des antibiorésistances représente un risque important pour l'efficacité future des antibiotiques [1, 2]. En 2015, le nombre d'années de vie perdues en raison de décès et de troubles de la santé dus à des bactéries résistantes aux antibiotiques était de 87,8/100 000 habitantes et habitants en Suisse, tendance à la hausse [2]. Par ailleurs, le développement de résistances engendre de forts coûts supplémentaires pour le système de santé [3]. Une réduction des prescriptions d'antibiotiques dans les cabinets de médecine de famille peut diminuer le développement de résistances [1].

En Suisse, les médecins de famille (MF) prescrivent souvent des antibiotiques pour le traitement d'infections autolimitantes, bien que cela ne soit pas recommandé dans les directives [4]. Certes, moins d'antibiotiques sont prescrits en Suisse par rapport à d'autres pays, mais il existe d'importantes différences entre les régions linguistiques, même si la fréquence, le degré de sévérité ou l'issue de ces maladies sont identiques [5]. Au total, 80% des prescriptions d'antibiotiques sont établies pour cinq infections potentiellement autolimitantes ou virales:

- otite moyenne aiguë
- infection urinaire
- maux de gorge (pharyngo-amygdalite)
- sinusite
- toux aiguë d'origine infectieuse [4, 6].

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les MF pensent que leurs patientes et patients attendent d'eux qu'ils leur prescrivent des antibiotiques. Une autre raison pourrait être qu'ils surestiment les risques de complications de ces infections et l'efficacité des antibiotiques pour éviter des évolutions graves, tandis qu'ils sous-

estiment les conséquences des antibiotiques, telles que les effets indésirables ou le risque de résistances accrues [3, 7–12]. Les recommandations, même liées au feedback sur les prescriptions, ne semblent pas changer ce comportement [11]. La littérature montre que la formation de MF dans des cercles de qualité concernant l'état actuel de l'évidence ainsi que la promotion de la participation des patientes et patients à la prise de décision réduisent le taux de prescriptions inutiles [13–18].

Dans un projet financé par l'OFSP, une équipe de recherche de l'Institut bernois de médecine de premier recours (BIHAM) a développé à cet effet des outils fondés sur l'évidence destinés à soutenir l'information et la consultation pour les MF et leurs patientes et patients en quatre langues (français, allemand, italien et anglais) concernant les cinq infections citées. Les outils de soutien ont été élaborés dans le cadre de la stratégie Antibiorésistance Suisse (StAR) de l'OFSP en collaboration avec 46 MF, 12 patientes et patients et 6 expertes et experts de diverses sociétés de discipline médicale ainsi que la Fondation pour la sécurité des patients. Les principes de la recherche participative et de la littérature sur la modification du comportement ont été utilisés lors du développement [19–22].

Certains éléments indiquent que les MF comprennent mieux et remettent en question les risques et avantages de la prescription d'antibiotiques lorsqu'ils reçoivent des résumés simples fondés sur l'évidence et en discutent dans des cercles de qualité sur l'exemple de cas [12, 23–26]. La littérature montre que les spécialistes comme les patientes et patients peuvent profiter de représentations simplifiées et structurées de l'évidence. Il est difficile de

savoir si la réduction des prescriptions d'antibiotiques associée à l'utilisation d'une aide à la décision est due à une meilleure compréhension de la situation de la part des spécialistes, des patientes et patients ou des deux. Il est également possible que ce procédé améliore simplement l'échange entre les deux parties, aboutissant à une meilleure communication. Il semble clair que des patientes et patient bien informés attendent moins de prescriptions d'antibiotiques lorsqu'ils en connaissent les avantages et les inconvénients [13–17]. Les outils de soutien ont pour but de faciliter la prise de décision commune pour ou contre le recours aux antibiotiques entre médecin et patient. De premières expériences dans des cercles de qualité ont montré qu'il est aussi nécessaire de créer un fil directeur de modération qui indique comment ces outils peuvent être utilisés dans des cercles de qualité et, plus tard, au quotidien. La procédure envisageable au cabinet et les outils de soutien développés sont présentés ci-dessous.

Prise de décision partagée

Les outils de soutien développés se basent sur la théorie de la prise de décision partagée («Shared Decision Making») [27, 31]. Dans ce modèle de prise de décision clinique, médecin et patient.e tentent de trouver la voie vers une décision optimale pour la patiente ou le patient en engageant le dialogue durant la consultation [28]. Cette approche est utile pour les infections potentiellement autolimitantes car il existe plus d'une option thérapeutique fondée sur l'évidence et donc pertinente. Il n'y a pas de test simple permettant d'identifier individuellement les personnes pouvant profiter d'un traitement antibiotique. La conversation sur

un certain processus médical inclut donc, outre la communication d'informations médicales, le soutien émotionnel des patientes et patients basé sur la confiance. Ces derniers souhaitent une compétence professionnelle, de l'empathie, du temps, un intérêt sincère et du respect [29, 30]. Le rôle des MF accompagnants consiste à être disponible en tant que personne de confiance et interlocuteur. Les patientes et patients n'attendent pas des MF qu'ils disposent activement de toutes les connaissances, mais qu'ils soient en mesure d'utiliser des outils [29]. Les brochures d'information peuvent servir aux MF de source d'informations clés sur les cinq maladies citées. Les outils de soutien à la consultation (OuSaC) doivent encourager et soutenir directement la conversation entre patient.e et médecin lors de la prise de décision commune. Contrairement aux aides décisionnelles classiques, leur but est d'améliorer la communication et non pas de transmettre des connaissances exhaustives [28, 31]. Les patientes et patients préfèrent notamment des informations orales sur les risques de complications, p. ex. le taux d'abcès *avec* et *sans* antibiotiques en cas de pharyngo-amygdalite.

Pour procéder, la littérature recommande de distinguer trois étapes [19]. Dans une première étape, la ou le spécialiste de la santé résume la situation, attire l'attention sur le fait qu'une décision doit être prise et invite les personnes concernées à prendre part en tant que partenaires égaux. Dans une deuxième étape, la ou le spécialiste présente les différentes options thérapeutiques ainsi que les avantages et risques associés, y compris la possibilité de ne *rien* faire. Dans une troisième étape, la décision effective est prise en tenant compte des valeurs et préférences des patientes et patients. Ils ont parfois besoin d'aide dans la formulation. À chaque étape, il est essentiel de déterminer s'il reste des questions en suspens et si les personnes concernées en savent suffisamment pour pouvoir prendre une décision.

Les piliers essentiels de la prise de décision partagée sont les connaissances et l'expérience des MF, les informations médicales fondées sur l'évidence ainsi que le vécu, les souhaits et les valeurs des patientes et patients [18, 27]. Lors de l'entretien médecin-patient.e, des informations doivent être échangées dans les deux sens pour assurer une influence égale sur le processus décisionnel [28].

La prise de décision partagée a pour conséquence que les patientes et patients se sentent mieux informés, prennent conscience de leurs valeurs et préférences et participent à la prise de décision. En même temps, les patientes et patients réalisent les risques et en tiennent compte. Des effets indésirables tels que l'anxiété, la dépression ou la détérioration de l'état de

santé n'ont été constatés dans aucune étude [32]. Contrairement à ce qui pourrait être attendu, cette technique de communication ne requiert pas impérativement une durée de consultation plus longue [33].

Le processus dans le cercle de qualité et le fil directeur de modération

Les cercles de qualité sont composés de 6 à 12 professionnelles et professionnels de la santé qui se réunissent régulièrement pour discuter de leur pratique standard et l'améliorer. L'échange est modéré dans un environnement sûr et confidentiel, dans lequel les personnes participantes peuvent aussi partager et montrer leurs faiblesses et incertitudes. Au cœur du cercle de qualité se trouvent ainsi ses membres et la dynamique de groupe, soutenue par des personnes chargées de la modération pour créer une atmosphère propice à l'apprentissage

et la confiance, dans laquelle tout le monde se sent bien et où une discussion ouverte et animée peut avoir lieu [26]. Le fil directeur de modération permet d'aborder et de mettre en pratique les outils d'information et de consultation développés sur l'exemple de cas concrets. L'enquête menée auprès des MF participants a montré qu'ils avaient de fausses idées sur le risque de complications et l'influence des antibiotiques sur ce risque. De même, l'influence des antibiotiques sur la durée et le degré des symptômes n'avait pas été estimée correctement. Les discussions de cas ont alors aidé à réfléchir de manière fondée sur l'évidence sur ses propres expériences et idées, d'intégrer les preuves et de développer de nouveaux comportements. À la suite de ce processus, les personnes participantes disposaient de plus de connaissances sur l'évolution naturelle de la maladie et pouvaient mieux évaluer les élé-

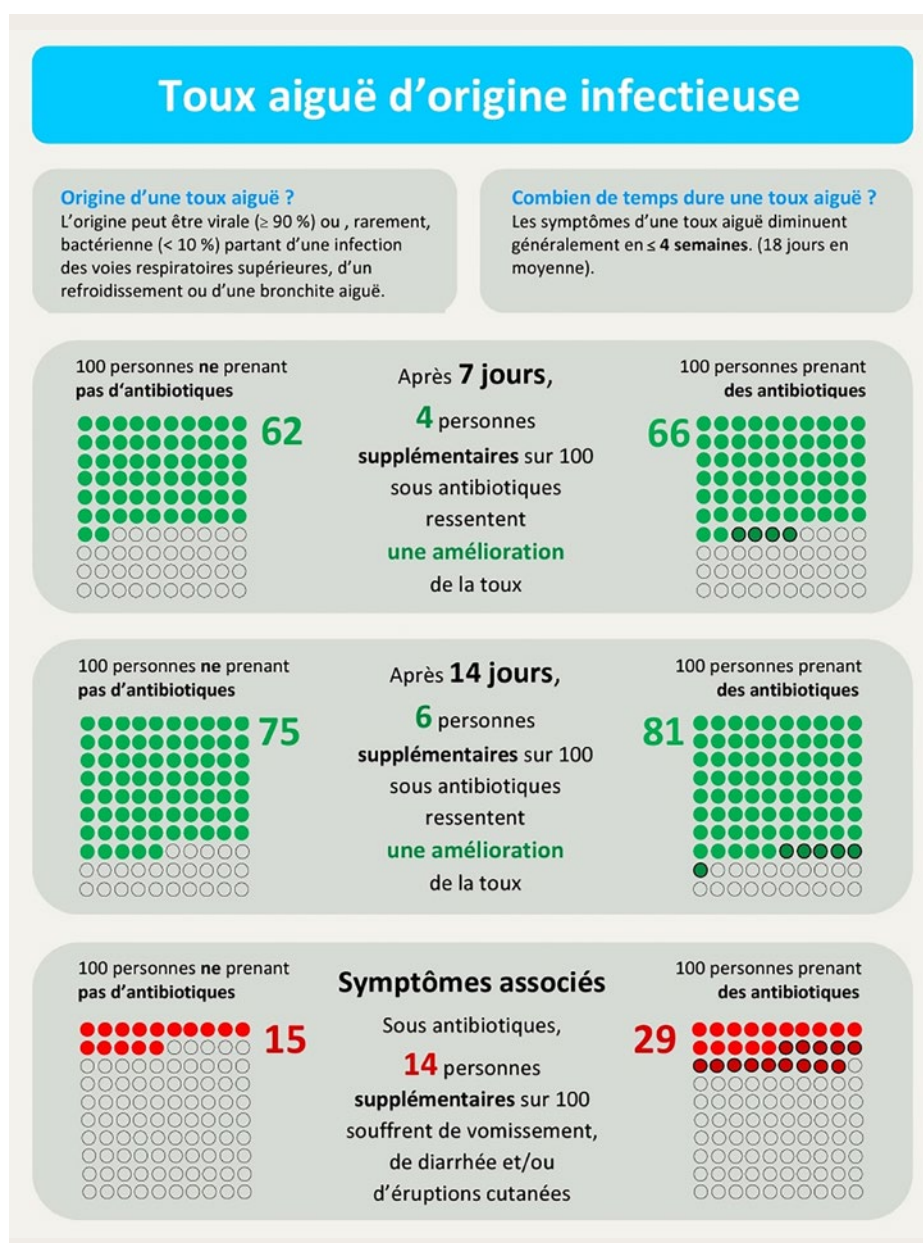


Figure 1: Outil de la consultation sur la «Toux aiguë d'origine infectieuse».

ments flous tels que les risques de complications *avec* et *sans* traitement antibiotique [34]. Le cercle de qualité offre en outre la possibilité de promouvoir, au moyen de jeux de rôle (patient.e-médecin), les capacités de communications des personnes participant à la prise de décision partagée et de s'exercer à la pratique quotidienne.

Fiche informative pour des médecins

Les fiches d'information servent aux médecins de source concise et claire contenant les principales informations sur les cinq maladies citées. Le contenu des fiches d'information de deux pages a progressivement été adapté aux besoins de 46 MF dans trois cercles de qualité, qui ont graduellement abordé et défini leur besoin d'information [35]. Notre équipe a accordé une attention particulière à l'évolution clinique et aux risques de complication *avec* et *sans* antibiotiques. Le contenu des fiches d'information a été validé par des experts et les principes thérapeutiques concordent avec les recommandations de la Société Suisse d'Infectiologie (SSI) [36].

La structure des fiches d'information est identique pour toutes les maladies. La fiche d'information sur la «Toux aiguë d'origine infectieuse», représentée au figure S1 à l'annexe en ligne, sert d'exemple.

Les principaux domaines tels que l'épidémiologie, les drapeaux rouges, le diagnostic, le traitement symptomatique et antibiotique sont représentés dans des encadrés de couleurs. La section «Épidémiologie» contient les principales données épidémiologiques ainsi que la classification et la pathogenèse de la maladie, avec des informations spécifiques jugées essentielles par les MF impliqués. Cette section est suivie d'une zone de texte non encadrée dédiée aux domaines «Tableau clinique» et «Diagnostics différentiels» à gauche ainsi que les «Drapeaux rouges» encadrés en rouge à droite (cf. fig. S1 à l'annexe en ligne). Au bas de la première page se trouve un encadré jaune présentant le diagnostic et ses différentes étapes.

Le dos de la fiche d'information est consacré aux options thérapeutiques et contient des indications sur le traitement symptomatique et antibiotique. Les avantages et inconvénients ainsi que les risques d'un traitement antibiotique sont également présentés.

Les cinq encadrés comportent des intitulés verticaux à gauche pour assurer une orientation simple et rapide. Les MF peuvent soit imprimer la fiche d'information, soit la consulter en ligne. Tous les documents sont accessibles au public en quatre langues sur le site Web du BIHAM [37]. Toutes les références sur les différentes maladies y sont également consultables. Les fiches d'information sont munies d'un

code QR avec un lien vers la page Web du BIHAM mentionnée ci-dessus 37]: https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html

Outils de soutien à la consultation

Les OuSaC ont pour but de favoriser la prise de décision partagée lors de la conversation médecin-patient.e. Les contenus des OuSaC ont été élaborés en collaboration avec des patientes et patients, la Fondation pour la sécurité des patients et les MF des cercles de qualité impliqués. Les OuSaC servent à représenter en image les options thérapeutiques *avec* et *sans* antibiotiques lors de l'entretien avec la patiente ou le patient pour des situations cliniques, conformément aux recommandations des algorithmes des informations destinées aux médecins. En haut du document, un champ indique la cause de la maladie à gauche et un autre la durée approximative de la maladie à droite; la figure 1 présente l'exemple de l'OuSaC sur la «Toux aiguë d'origine infectieuse». En dessous se trouvent deux champs dans lesquels est comparée l'évolution de la maladie *avec* (à droite) et *sans* (à gauche) antibiotiques à deux instants différents, après 7 et 14 jours à la figure 1.

Les 100 points ou cercles symbolisent 100 personnes. Les cercles remplis en vert et rouge indiquent le nombre de personnes concernées. Dans l'exemple représenté, 62 des 100 personnes *sans* antibiotiques et 66 des 100 personnes *avec* antibiotiques se sentent mieux après 7 jours. Dans cet exemple, 4 personnes se sentent mieux après 7 jours *avec* antibiotiques que *sans* antibiotiques. Le champ inférieur indique le nombre de personnes présentant des symptômes associés *avec* et *sans* antibiotiques. Sur cette figure, il s'agit concrètement de vomissements, diarrhée, et/ou éruption cutanée. Les MF peuvent ainsi montrer à leurs patientes et patients de manière rapide et facilement compréhensible si et à quel point un traitement *avec* antibiotiques est efficace sur les symptômes par rapport à un traitement sans antibiotiques. Les patientes et patients interrogés préféraient des informations orales sur les risques de complication de la maladie en présence des options thérapeutiques *avec* et *sans* antibiotiques, et ceux-ci ne sont donc pas présentés dans l'OuSaC. Dans le cas concret, il s'agit du risque de pneumonie.

Discuter des différentes sections de l'OuSaC a pour but d'aider les patientes et patients à prendre des décisions informées sur leur traitement, qui correspondent à leurs valeurs et préférences, tout en rappelant aux MF les bénéfices limités et les risques de la prescription d'antibiotiques. Durant la discussion, les MF peuvent répondre aux souhaits des patientes et

patients et expliquer les risques et avantages des antibiotiques. Les principales questions qu'il convient de clarifier dans ce contexte sont: Que se passe-t-il si je ne fais rien? Quelles sont les options thérapeutiques? Quels sont leurs avantages et inconvénients et quelle est leur probabilité? Que puis-je faire moi-même?

Résumé pour la pratique

Afin de freiner le développement des antibiotiques, des instruments destinés à la prise de décision partagée en cas d'infection potentiellement autolimitante ont été conçus sur la base des directives suisses. Un fil directeur pour les cercles de qualité, des fiches d'information à l'attention des médecins de famille ainsi que des outils de soutien à la consultation au cabinet peuvent contribuer à réduire les prescriptions d'antibiotiques, ce qui fait actuellement l'objet d'études scientifiques.

Correspondance

Melinda Toth
Substanzkonsum
Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)
Mittelstrasse 43
CH-3012 Bern
[melinda.toth\[at\]students.unibe.ch](mailto:melinda.toth[at]students.unibe.ch)

Conflict of Interest Statement

AR: Received funding from the Federal Office of Public Health for the development and testing of the tools, is member of the expert committee of the SSI and member of the Q committee SSGIM. KS: The institution has received various grants: Swiss Cancer Research Foundation KLS-5111-08-2020, Fondation Leenaards, Fonds prevention du tabagisme 240.0005–22/5/5437326. Die anderen Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben. Les autres auteures et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Author Contributions

Tous les auteurs ont lu le manuscrit soumis et sont coresponsables de tous les aspects de l'article.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants pour le soutien et la bonne collaboration avec l'OFSP et remercions particulièrement Saskia Weidmann und Simon Gottwalt (OFSP/STAR).

Les directives sont disponibles sous forme d'annexe séparée sur <https://phc.swisshealthweb.ch/fr/>



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse <https://phc.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/phc-f.2024.1443225225/>