

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

Dans le cadre des travaux que le CreDES mène depuis plusieurs années pour comprendre les déterminants de la variabilité constatée dans les pratiques médicales, cette étude fait suite à une première analyse consacrée à la prescription de statines pour hyperlipidémies.

A partir d'une méthodologie plus robuste et d'informations plus riches, elle porte cette fois-ci sur la prescription d'antibiotiques pour rhinopharyngite aiguë. Les données utilisées sont issues d'un panel de généralistes français informatisés – l'observatoire épidémiologique permanent Thalès – et d'une enquête complémentaire auprès des généralistes de ce panel menée en 2001.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@credes.fr

Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :

Dominique Polton

Rédactrice en chef :

Nathalie Meunier

Maquettiste :

Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur www.credes.fr

10 à 15 numéros par an

Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë

Julien Mousquès, Thomas Renaud (CREDES),

Olivier Scemama (Dép. de santé publique UFR Broussais Hôtel-Dieu)

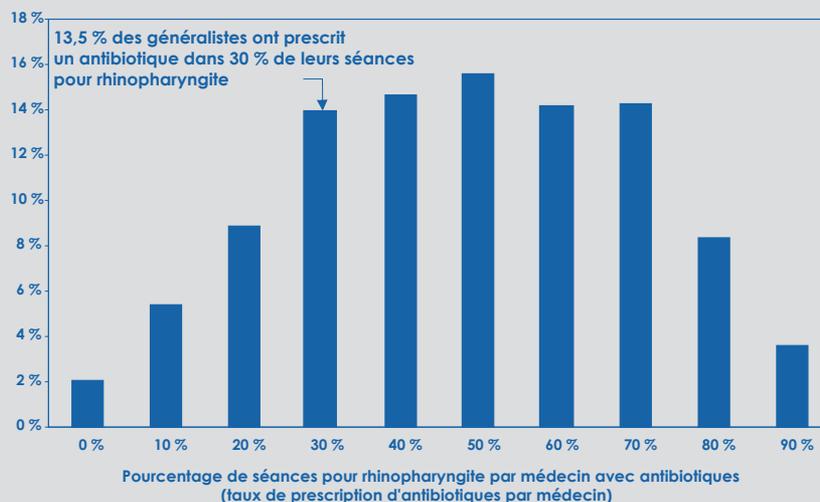
Les antibiotiques sont parmi les médicaments les plus prescrits et les plus consommés en France. Ils sont souvent d'un usage inapproprié – notamment pour infection aiguë des voies aériennes supérieures – et, de ce fait, problématiques en termes de santé publique (résistance bactérienne) et de maîtrise des dépenses de santé.

A partir des données d'activité d'un panel de généralistes français en 2001, nous montrons qu'une consultation sur deux pour rhinopharyngite aiguë donne lieu à un traitement par antibiothérapie. Dans la plupart des cas, les caractéristiques cliniques des patients déterminent le recours à l'antibiothérapie mais ne suffisent pas à le justifier, selon les recommandations de pratiques médicales élaborées notamment par l'AFSSAPS.

Au-delà des différences relevées entre les patients – par exemple, les actifs et les hommes sont plus souvent traités par antibiotiques – le recours à l'antibiothérapie est hétérogène chez les généralistes. Certaines de leurs caractéristiques professionnelles et démographiques expliquent en partie cette hétérogénéité. La participation à un réseau de soins et la formation médicale continue favorisent une moindre prescription d'antibiotiques. *A contrario*, le nombre de visiteurs médicaux reçus par le généraliste est associé à une plus forte prescription d'antibiotiques.

Pourcentage de médecins selon le taux de prescription d'antibiotiques pour rhinopharyngite en 2001

Pourcentage de généralistes



Source : Panel de médecins généralistes Thalès 2001. Exploitation : CREDES.

Pour un même diagnostic, on constate d'importantes différences de prise en charge selon les patients. Ces écarts renvoient-ils à des variations légitimes de pratique professionnelle, ou existe-il des mauvaises pratiques, constituant un frein à l'efficacité du système de soins ?

L'ambition de notre travail est d'apporter des éléments de réponse à cette question. Conduite sur des données individuelles de patients issues d'un panel de généralistes libéraux informatisés, l'étude réalisée ici concerne le traitement de la rhinopharyngite aiguë. Notre démarche permet de quantifier, pour cette pathologie, les variations de pratiques de prescription d'antibiotiques en médecine générale, puis d'identifier les facteurs associés à ce comportement. Après avoir précisé les raisons qui nous conduisent à étudier spécifiquement la prescription d'antibiotiques pour rhinopharyngite aiguë, les résultats seront présentés et discutés.

2 L'antibiothérapie dans la rhinopharyngite

Des enjeux de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé

La prescription d'antibiotiques est une pratique courante en France. Les antibiotiques représentent 7,2 % du marché des médicaments remboursables et 5,2 % des unités vendues en 2001¹. La consommation d'antibiotiques en France a par ailleurs augmenté de 47 % entre 1980 et 1991. La croissance s'est maintenue durant les années quatre vingt dix et cette consommation est relativement stable depuis 1998 : le nombre d'individus acquérant au moins une fois un antibiotique en un mois stagne autour de 7,3 %².

Dans ce contexte, se pose inévitablement la question de l'opportunité de ces prescriptions d'antibiotiques, alors que certains pays font preuve d'une plus grande modération : les Français consommaient

en 1997 deux fois plus d'antibiotiques que les Britanniques et quatre fois plus que les Néerlandais (Cars, 2001), sans pour autant que le contrôle des maladies infectieuses en soit amélioré. Cette question est d'autant plus légitime que de nombreux enjeux sont attachés à la prescription inappropriée d'antibiotiques, notamment le problème de la résistance bactérienne et de la maîtrise des dépenses de santé.

Le développement de la résistance bactérienne aux antibiotiques constitue désormais une menace reconnue pour la santé publique, ceci pour la plupart des bactéries responsables des infections courantes. En France, le taux de résistance du pneumocoque à la pénicilline est ainsi de 50 %. Or, les deux déterminants principaux de cette résistance sont la consommation d'antibiotiques et la transmission entre les individus des souches résistantes, dont certaines pratiques de prescription favorisent particulièrement l'émergence (inadéquation du produit, de la durée ou de la posologie). Le coût de la prescription d'antibiotiques constitue un autre enjeu important : en 2001, le Régime général de l'Assurance Maladie a consacré 731 millions d'euros au remboursement d'antibiotiques. Ces considérations expliquent l'intérêt croissant des autorités publiques pour l'usage raisonné des antibiotiques.

A la suite d'un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001) notamment, un plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques a été présenté en France en novembre 2001. Bien que les retombées de ce plan ne soient pas encore évaluables, on peut en attendre une modification du volume de la prescription d'antibiotiques.

Des recommandations qui ne laissent pas de place à l'antibiothérapie

La rhinopharyngite aiguë est une maladie infectieuse, le plus souvent d'origine virale, survenant sous la forme d'épidémies au cours des mois les plus froids de

l'année. Elle se traduit par une atteinte inflammatoire de l'étage supérieur du pharynx à laquelle s'associe une atteinte nasale. Son évolution, simple, se traduit le plus souvent par une disparition des symptômes en sept à neuf jours.

Selon l'Agence du médicament (1998), la rhinopharyngite aiguë est un motif très fréquent de recours en médecine générale (15 millions de séances par an) et de prescription d'antibiotiques (38 à 46 % de l'ensemble des séances). L'antibiothérapie pour rhinopharyngite aiguë représente ainsi 9,6 % de l'ensemble des antibiotiques prescrits par les médecins généralistes, soit 1 % du coût total de leurs prescriptions.

Les recommandations récentes de pratique clinique excluent sans ambiguïté les antibiotiques dans la prise en charge de la rhinopharyngite. Ainsi, selon l'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS, 1999), seules les complications avérées supposées d'origine bactérienne, otite moyenne aiguë et sinusite aiguë principalement, justifient la prescription d'antibiotiques.

Une consultation sur deux pour rhinopharyngite aiguë se conclut par une prescription d'antibiotiques

Notre étude se fonde sur les données d'activité 2001 d'un panel de généralistes français informatisés (l'observatoire épidémiologique permanent Thalès), et sur une enquête complémentaire auprès de ces médecins (cf. encadré page 3). Notre étude est circonscrite aux consultations pour rhinopharyngite aiguë effectuées au cabinet du généraliste. Nous avons analysé un total de 254 620 séances (ou consultations) effectuées par 778 médecins généralistes. D'après notre étude, une consultation sur deux (50,8 %) se conclut par une

¹ CREDES (2003), Logiciel Eco-Santé France.

² Données de l'enquête ESPS de 1992 à 2000 (non publiées).

antibiothérapie pour rhinopharyngite³. Pour les seules rhinopharyngites *a priori* d'origine virale (sans complication d'origine bactérienne), le taux est presque identique. Si l'on s'en réfère uniquement aux recommandations médicales en vigueur, il s'agit là d'une pratique inappropriée.

Par ailleurs, la propension à prescrire des antibiotiques se différencie nettement d'un médecin à l'autre : 23,9 % des médecins ont prescrit des antibiotiques dans moins de 30 % des séances retenues, alors que pour 18,1 % d'entre eux, les taux de séances pour rhinopharyngite aiguë comportant un antibiotique sont supérieurs à 70 % (cf. graphique page 1). Il convient dès lors de s'interroger sur ce qui motive la prescription d'antibiotiques : est-elle uniquement conditionnée par les caractéristiques des patients et par le contexte clinique de la consultation ? Les habitudes du médecin et les particularités de son mode d'exercice y contribuent-elles également ? Quelle est la proportion prise par chacun de ces éléments dans les variations du phénomène ?

L'impact des caractéristiques du patient et du contexte clinique de la consultation

Une explication possible est que le médecin adapte son comportement de prescription aux caractéristiques du patient et à son contexte clinique particulier, mais aussi au contexte général dans lequel s'inscrit la consultation. Nous disposons pour cela essentiellement des variables suivantes :

- les caractéristiques socioprofessionnelles du patient : âge, sexe, activité (PCS) ;
- les caractéristiques cliniques du patient lors de la consultation : complications supposées bactériennes de la rhinopharyngite (conjonctivite, sinusite, otite moyenne aiguë), facteur de risque de survenue de complications bactériennes (otite séreuse), comorbidités suggérant que la rhinopharyngite n'est qu'un signe d'accompagnement (affections ORL ou de l'appareil respiratoire inférieur) ;

Source des données : l'observatoire épidémiologique permanent Thalès

Les données utilisées sont extraites de l'observatoire épidémiologique permanent Thalès, fondé sur l'activité régulière d'un échantillon national de généralistes libéraux informatisés. Le recueil des données issues des dossiers patients est permanent et exhaustif. En 2001, le panel est constitué de 1 006 médecins généralistes ; les médecins généralistes à mode d'exercice particulier ne sont pas inclus.

Les variables issues de la base de données portent sur les caractéristiques :

- des patients : âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle (PCS), principaux antécédents médicaux, consommation de tabac et d'alcool ;
- de la séance : motif principal, date de consultation, prescription d'un arrêt de travail, relevé du poids et de la taille, tension artérielle ;
- de la prescription pharmaceutique : nature, motifs et date de la prescription, posologie et durée de traitement ;
- des médecins : âge, sexe, région d'exercice, secteur conventionnel, exercice en groupe ou seul, niveau d'urbanisme, taille de l'unité urbaine, densité moyenne de généralistes pour 100 000 habitants selon la taille de l'unité urbaine, niveau et structure d'activité exprimés par le nombre de consultations par jour travaillé et le pourcentage de visites réalisées sur l'année.

Nous avons mené une enquête spécifique auprès des médecins du panel avec pour objectif d'améliorer la caractérisation des médecins de l'échantillon et de mieux cerner les déterminants potentiels des variations de pratiques. Le questionnaire a été administré par voie informatique au mois de juin 2002. 811 médecins sur 1006 ont répondu au questionnaire, soit un taux de 80,6 %. L'enquête complémentaire a permis de préciser les conditions d'exercice des médecins de l'échantillon, quant à :

- l'insertion des praticiens dans les structures d'offre de soins (relation suivie avec le milieu hospitalier, participation à des réseaux de soins) ;
- l'appréciation par les médecins de leur comportement en réponse à des demandes de prescription (d'antibiotiques et de psychotropes) de la part de leurs patients ;
- l'impact des laboratoires pharmaceutiques, évalué par le nombre de visiteurs médicaux reçus et le nombre de séances d'information, organisées au cours d'un repas par des laboratoires pharmaceutiques auxquelles les praticiens ont participé au cours du mois précédant le recueil des données ;
- le nombre de séances de Formation Médicale Continue (FMC) auxquelles les médecins ont participé au cours des douze mois précédant le recueil des données.

– le contexte clinique de la séance : le mois au cours duquel se déroule la séance, l'existence d'épisodes antérieurs de rhinopharyngite aiguë pour le même patient dans l'année, la stratégie thérapeutique adoptée dans le cas d'une consultation qui s'inscrit dans un épisode (prescription d'antibiotiques ou non lors de la première séance)⁴.

Le tableau de la page 4 en présente les effets sur la prescription d'antibiotiques pour rhinopharyngite aiguë, mesurés toutes choses égales par ailleurs.

Le rôle déterminant des caractéristiques médicales du patient

Les caractéristiques cliniques des patients lors de la consultation sont des éléments déterminants. Ils influencent positivement la probabilité de prescrire une antibiothérapie pour la rhinopharyngite aiguë.

Lorsqu'un patient présente des complications supposées bactériennes, le médecin prescrit plus souvent des antibiotiques, ce qui est en conformité avec les référentiels en vigueur : il s'agit de la seule caractéristique clinique pouvant justifier la prescription d'une antibiothérapie dans le cas d'une rhinopharyngite aiguë (AFSSAPS, 1999).

A contrario, la présence d'otite séreuse, qui a un impact positif sur la prescription d'antibiotiques, n'est pas envisagée comme un élément justifiant une telle

prescription d'antibiotiques, n'est pas envisagée comme un élément justifiant une telle

³ La « prescription pour rhinopharyngite » englobe dans un même phénomène, au cours d'une séance de rhinopharyngite, la prescription pour rhinopharyngite aiguë mais aussi pour des complications associées, autres affections ORL ou affections respiratoires inférieures. La prescription d'antibiotiques pour d'autres motifs n'est pas prise en compte.

⁴ Nous entendons par épisode la succession en moins de 10 jours de deux ou plusieurs séances de rhinopharyngite aiguë réalisées par le même patient auprès d'un généraliste.

prescription dans les recommandations actuelles.

Néanmoins, l'otite séreuse était évoquée dans les anciens référentiels médicaux comme une comorbidité justifiant une antibiothérapie. Il s'agit là peut-être de la persistance d'une pratique en conformité avec d'anciens référentiels. Nous pouvons arguer que, dans ce cas de figure, le médecin assimile à tort une plus grande gravité ou intensité de la maladie et la justification thérapeutique, ou encore que la décision de ne pas prescrire d'antibiotiques est plus difficile à argumenter auprès du patient. Ces hypothèses peuvent être formulées à l'identique pour la prescription d'antibiotiques en présence de comorbidités ORL ou de l'appareil respiratoire inférieur.

Un choix conditionné par le contexte clinique de la consultation

Le contexte clinique de la consultation influence également, mais dans une moindre mesure, la probabilité de prescrire des antibiotiques.

4 Lorsqu'il n'y a pas eu une prescription d'antibiotiques lors d'une première séance pour un épisode de rhinopharyngite, un patient a, lors des séances suivantes de l'épisode, plus de chance d'être traité par antibiotiques. L'inverse est également vrai : lorsqu'un patient a reçu une antibiothérapie lors d'une première consultation d'un épisode, il a moins de chance d'être traité par antibiotiques lors des consultations suivantes. De même, un patient qui est déjà venu se faire soigner pour rhinopharyngite aiguë a moins de chance, quand il revient au cours de l'année, de se voir prescrire un antibiotique.

La probabilité de se voir prescrire une antibiothérapie est plus forte lorsque la séance se déroule dans une période au contexte épidémique général globalement défavorable, comme cela a été le cas entre janvier et avril 2001 comparativement à la période septembre-décembre 2001. Comme pour la prescription d'antibiotiques en présence de comorbidités ORL,

L'impact des caractéristiques de la séance/patient sur la prescription d'antibiotiques	
Caractéristiques de la séance ou du patient	Influence
Présence d'une complication bactérienne (conjonctivite, sinusite, otite moyenne aiguë)	↗↗↗
Présence d'une comorbidité ORL ou respiratoire	↗↗↗
Présence d'otite séreuse, facteur de risque de survenue d'une complication bactérienne	↗↗↗
Antécédents d'otite moyenne aiguë	Pas d'effet significatif
Episode de rhinopharyngite initialement traité par une antibiothérapie	↘↘↘
Episode de rhinopharyngite initialement pris en charge sans antibiothérapie	↗↗↗
Retour d'un patient pour rhinopharyngite dans l'année (hors épisode)	↘↘↘
Séance se déroulant de janvier à avril	↗↗↗
Séance se déroulant de mai à août	↗↗↗
- de 16 ans	↘↘↘
16-39 ans	↗↗↗
65 ans et +	↘↘↘
Femme	↘↘↘
Tous inactifs	↘↘↘

Source : Panel de médecins généralistes Thalès 2001. Exploitation : CREDES.

de l'appareil respiratoire inférieur, ou d'otite séreuse, il s'agit probablement d'un cas où, soit le médecin assimile à tort contexte épidémique et justification thérapeutique, soit la décision de prescrire un antibiotique est plus délicate à mettre en oeuvre.

Une prescription d'antibiotiques plus forte pour les actifs

Les femmes et les patients âgés de moins de 16 ans ou de plus de 65 ans sont les moins susceptibles de recevoir des antibiotiques. Le rôle joué par l'activité renforce le résultat observé concernant l'âge : les inactifs reçoivent moins d'antibiotiques que tous les actifs occupés. En revanche, il n'y a pas de type de profession discriminant chez les actifs occupés.

La surprescription d'antibiotiques pour les actifs et les patients en âge de travailler peut s'expliquer par une préférence du patient pour son maintien (ou son retour) dans l'activité professionnelle, dont la prescription d'une antibiothérapie serait une des conditions de réalisation. Cette préférence s'exerce au

travers de canaux qui restent à explorer : s'agit-il d'une pression à la demande d'antibiotiques de la part du patient ? d'une interprétation erronée des préférences du patient par le médecin ?

En outre, la moindre prescription pour les moins de 16 ans va à l'encontre d'une hypothèse récurrente selon laquelle les médecins auraient davantage recours à l'antibiothérapie chez les jeunes pour des raisons prophylactiques ou pratiques. Cependant, ce comportement est peut-être plus fréquent chez les plus jeunes enfants, mais nos effectifs ne nous permettent pas de l'observer. Par ailleurs, notre échantillon n'inclut pas les visites au domicile du patient, au cours desquelles sont probablement examinés les rhinopharyngites les plus sévères des enfants.

Au final, si toutes les variables de la séance ou du patient sont significativement associées à la prescription d'antibiotiques, elles n'expliquent qu'une faible part de la variance du phénomène (4,5 %) qu'il est possible d'attribuer aux variations d'une séance à l'autre. En dépit de leur richesse comparativement à

beaucoup d'autres sources, les données dont nous disposons ici ne permettent pas de capturer tous les éléments relatifs au patient, au contexte de la consultation ou à la spécificité de la relation qui se noue dans le cadre de l'interaction médecin-patient. On peut penser au rôle joué par le niveau d'éducation, par l'environnement et les conditions de vie du patient, par la volonté du médecin de « partager » avec le patient la décision et la capacité du patient à y participer...

L'impact des caractéristiques professionnelles du médecin généraliste

Les indicateurs évoqués jusque là démontrent *a minima* que notre phénomène est bien conditionné par le contexte clinique de la séance et par les caractéristiques du patient, et qu'il est donc nécessaire de tenir compte de ces informations en tant que variables de contrôle. Cependant, il existe une variabilité résiduelle de prise en charge de la rhinopharyngite entre les médecins – à contexte de la séance ou du patient équivalent – qu'il convient de mesurer puis d'expliquer.

La variabilité entre les médecins représente un quart de la variabilité totale

Notre analyse nous permet de montrer qu'il y a bien une hétérogénéité de prescription d'antibiotiques, et que celle-ci est significative entre les généralistes, à caractéristiques de la séance et du patient égales par ailleurs.

Nous observons également que les écarts entre médecins représentent de 23 à 27 % des variations totales de prescription d'antibiotiques pour rhinopharyngite selon les différents modes d'estimation. Corollairement, les variations de pratique entre les séances représentent de 73 à 77 % des variations totales.

Les écarts de mode de prescription pour rhinopharyngite entre les séances sont trois fois et demi plus importants que les variations entre les médecins. Bien que minoritaires, ces dernières sont

La démarche d'analyse

Les questions fixées dans l'étude sont schématiquement de trois ordres : identifier les déterminants séances et patients de la prescription d'antibiotiques pour rhinopharyngite aiguë, statuer sur l'éventualité d'une hétérogénéité entre les médecins de ce phénomène et caractériser les déterminants médecins qui participent de cette hétérogénéité.

L'utilisation des modèles logistiques est insuffisante pour répondre à ces questions. En effet, les données du panel Thalès sont hiérarchisées puisque chaque généraliste suit plusieurs patients sur une année, et chaque patient référencé peut recourir à plusieurs reprises à un même généraliste. Cela corrompt une des hypothèses fondamentales des modèles logistiques (la dépendance des résidus).

Nous faisons donc appel à une famille de modèles spécifiquement conçus pour prendre en compte ce type de contraintes : les modèles linéaires hiérarchiques (MLH). Les MLH ont surtout l'avantage de pouvoir tenir compte simultanément des similitudes de prescription d'antibiotiques liées aux patients et/ou aux médecins et ainsi de mieux exploiter la richesse des données disponibles.

La première étape de modélisation hiérarchique n'intègre aucune caractéristique, ni de la séance ou du patient, ni du médecin. Elle nous permet de répondre à la question suivante : les comportements de prescription sont-ils différents d'un généraliste à l'autre et, si oui, dans quelle proportion les écarts entre les médecins contribuent-ils aux variations totales de prescription d'antibiotiques ?

Par la suite, nous évaluons dans quelle mesure les variables patient et séance expliquent les variations totales de pratiques et donc comment se modifie la répartition de ces variations totales entre les médecins et les séances maintenant que le contrôle par le contexte séance/patient est effectif.

L'étape primordiale de notre analyse permet de répondre à la question suivante : quels signes distinctifs d'un médecin favorisent sa propension à prescrire des antibiotiques à un patient ayant une rhinopharyngite aiguë, à contexte séance/patient égal par ailleurs ?

Enfin, nous cherchons également à savoir si les caractéristiques cliniques de la séance peuvent être prises en compte de façon différenciée par les médecins dans leur décision de traiter ou non un patient par antibiotiques.

suffisamment grandes pour confirmer la réalité et l'importance du phénomène : le choix de prescrire des antibiotiques relève largement du comportement individuel du médecin. Les valeurs des variations enregistrées ici sont cohérentes avec des études sur la variabilité des pratiques médicales utilisant le même type de méthodologie, pour lesquelles la contribution des écarts entre les médecins aux variations totales s'échelonne de 13 à 43 % (Davis, 2002).

Ces variations entre les médecins peuvent être déterminées par les particula-

rités d'exercice et sociodémographiques du généraliste (cf. tableau ci-dessous).

L'impact positif du lieu d'exercice et du niveau d'activité

Plus un généraliste effectue de consultations et de visites par jour, plus la probabilité qu'il recoure aux antibiotiques pour rhinopharyngite est importante. Il est souvent avancé que lorsque la charge d'activité est importante, le médecin choisit l'option la moins consommatrice de temps, ce qui n'est pas le cas d'un refus de prescription d'antibiotique qui

L'impact des caractéristiques du médecin sur la prescription d'antibiotiques

Caractéristiques du médecin	Influence
Participation à un réseau de soins	↘
Nombre de séances de FMC annuel	↘↘
Nombre journalier moyen d'actes médicaux (C, V)	↘↘↘
35-44 ans	↘
Plus de 135 généralistes pour 100 000 habitants dans l'unité urbaine	↘↘↘
Moins de 10 visiteurs médicaux par mois	↘
Exercice en groupe	Pas d'effet significatif
Exercice en secteur 2	Pas d'effet significatif
Femme	Pas d'effet significatif
Réponse aux pressions à la demande d'antibiotiques	Pas d'effet significatif

Source : Panel de médecins généralistes Thalès 2001. Exploitation : CREDES.

nécessite une argumentation auprès du patient.

La commune d'exercice du généraliste n'est pas neutre vis-à-vis du traitement par antibiothérapie : c'est dans les unités urbaines où la densité moyenne est importante (supérieure à 135 généralistes pour 100 000 habitants) qu'exercent les médecins ayant une moindre propension à prescrire des antibiotiques.

Le rôle clé de l'information du généraliste

Nous avons pu introduire dans l'enquête des variables qui ont été peu étudiées jusqu'alors dans les travaux concernant les pratiques des médecins français : la participation à un réseau de soins, le nombre de séances de formation médicale continue (FMC) et le nombre de visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques reçus par les médecins. Il est donc intéressant de constater que ces éléments ont un impact indéniable et qu'ils peuvent donc constituer autant de leviers d'action en vue d'une promotion des bonnes pratiques.

Les médecins qui déclarent recevoir moins de 10 visiteurs médicaux par mois en moyenne prescrivent significativement moins d'antibiotiques que les autres. Il y a un effet de seuil entre les médecins moins démarchés par les laboratoires ou ayant une aversion au fait de recevoir des visiteurs médicaux et ceux qui l'acceptent plus volontiers. Si ce résultat ne doit pas prêter à des interprétations trop hâtives, il confirme le rôle joué par le marketing des laboratoires pharmaceutiques sur la pratique des médecins.

A contrario, nous mettons en évidence que plus l'implication du médecin dans les actions de FMC est grande, moins il traite la rhinopharyngite aiguë à l'aide d'antibiotiques. Les médecins participant à un réseau de soins ont également une moindre propension à prescrire ces molécules. Cela peut être lié à une plus grande sensibilisation des médecins aux problèmes spécifiques de la surprescription d'antibiotiques, par le biais de la

formation ou du contact avec de nouvelles formes d'organisation des soins.

Loin d'être contradictoires, ces résultats suggèrent que le canal et le mode de diffusion de l'information ne sont vraisemblablement pas neutres sur la pratique des généralistes et qu'il convient peut-être de « contrebalancer » plus activement l'influence des visiteurs médicaux, et donc des laboratoires, par une politique active en termes de FMC et de programmes de sensibilisation.

Enfin, l'ensemble des caractéristiques du médecin ou de son exercice expliquent de 11 à 14 % des variations de la prescription d'antibiotiques entre les médecins, ce qui laisse supposer que d'autres déterminants potentiels expliquant ce phénomène n'ont pu être explorés ici.

En revanche, ce travail ne permet pas de mettre en évidence l'impact d'une variable qui est fréquemment évoquée : la pression exercée par le patient sur le médecin pour obtenir une prescription d'antibiotiques. Cette question a pourtant été introduite dans le questionnaire mais sous une forme très générale : l'appréciation, par les médecins, de leur comportement en réponse à des demandes de prescription d'antibiotiques de la part de leurs patients. A cet égard, la modalité de recueil de cette information dans notre enquête est probablement

insuffisante à éclairer les phénomènes d'interaction entre le médecin et son patient.

Par ailleurs, certaines variables conditionnent la participation à l'enquête complémentaire : il y a une plus grande tendance au refus de répondre chez les femmes, les médecins exerçant en groupe, les médecins exerçant en secteur 2. Malheureusement, l'utilisation dans notre démarche d'analyse des seuls médecins ayant répondu à l'enquête complémentaire nous empêche de valider l'impact de ces variables.

* * *

Notre étude met en évidence un phénomène de forte surprescription d'antibiotiques dans la prise en charge de la rhinopharyngite aiguë. Cette pratique n'est pas homogène d'un médecin à l'autre et les facteurs qui y participent en sont complexes.

Nos résultats peuvent fournir des pistes de réflexion pour la mise en place de mécanismes incitatifs susceptibles de promouvoir une meilleure utilisation des antibiotiques dans la pratique courante. La mise en évidence du rôle de la formation médicale continue, de la participation à un réseau, ou des visiteurs médicaux, permet en particulier d'envisager l'organisation de programmes ciblés de formation en direction des médecins.

Pour en savoir plus

Mousquès J., Renaud T., Scemama O. (2003), *Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë*. CREDES, biblio n° 1494.

Mousquès J., Renaud T., Sermet C. (2001), *La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : le cas des hyperlipidémies*. CREDES, biblio n° 1360 et Questions d'économie de la santé n° 42. Série analyse.

Voir aussi

AFSSAPS (1999), *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infections ORL et respiratoires basses. Rhinopharyngite aiguë*. Rapport : <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/5016b.pdf>.

Cars O., Molstad S., Melander A. (2001), *Variation in antibiotic use in the European Union*. *Lancet*, vol 357, n° 9271.

Davis P., Gribben B., Lay-Yee R. et al. (2002), *How much variation in clinical activity is there between general practitioners? A multi-level analysis of decision-making in primary care*. *J Health Serv Res Policy*, vol 7, n° 4.

OMS (2001), *Stratégie mondiale OMS pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens*. Rapport : <http://www.who.int/csr/drugresist>.