



Des informations écrites destinées aux parents peuvent conduire à une réduction de la consommation d'antibiotiques chez les enfants présentant une infection des voies respiratoires supérieures

Référence

O'Sullivan JW, Harvey RT, Glasziou PP, McCullough A.
Written information for patients (or parents of child patients) to reduce the use of antibiotics for acute upper respiratory tract infections in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2016, Issue 11. DOI: 10.1002/14651858.CD011360.pub2

Analyse de

Niels Adriaenssens, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg (ELIZA), Universiteit Antwerpen

Minerva a déjà souvent commenté les limites de l'utilité des antibiotiques dans le traitement des infections des voies respiratoires supérieures (telles que la rhinosinuite, le mal de gorge, l'otite moyenne aiguë) et des infections des voies respiratoires inférieures (1-21). A plusieurs reprises, des méthodes, visant à limiter l'utilisation des antibiotiques ont été abordées (22-27). Il s'est ainsi avéré que la prescription différée d'antibiotiques n'avait pas d'influence péjorative sur l'évolution clinique des infections aiguës des voies respiratoires inférieures (22,23) ni sur celle de l'otite moyenne aiguë (24,25). Un programme de formation, pour les médecins généralistes, sur le processus de décision partagée, composé d'un module en ligne et d'un atelier interactif, a contribué, à court terme, à ce que les patients optent moins pour des antibiotiques comme traitement des infections aiguës des voies respiratoires, et ce sans influence négative sur leur bien-être (26,27).

Une récente synthèse méthodique de la Cochrane Collaboration (28) a recherché des RCTs examinant l'effet d'informations écrites destinées au patient (ou aux parents) sur la consommation d'antibiotiques en cas d'infections des voies respiratoires supérieures. Seules 2 des 54 études trouvées répondaient aux critères d'inclusion prédéfinis. La première est une étude avec randomisation par grappe, menée au Pays de Galles. Elle a inclus 558 enfants, ayant 5 ans en moyenne, qui présentaient des symptômes aigus d'infection des voies respiratoires supérieures (toux, rhume, mal de gorge, douleur à l'oreille) depuis 3 jours en moyenne (29). Dans le groupe intervention, les parents ont reçu, au cours de la consultation chez le médecin généraliste, une brochure de 8 pages où figuraient des informations sur le traitement des symptômes, la consommation d'antibiotiques, etc. Les médecins généralistes ont suivi une formation en ligne pour l'utilisation de cette brochure pendant la consultation. En raison du caractère parfois subjectif des critères de jugement (retour en consultation, prescription d'antibiotiques par le médecin, consommation d'antibiotiques par le patient et satisfaction du patient), le risque de biais est élevé dans cette étude qui n'a pas été menée en aveugle. La deuxième est une étude randomisée contrôlée, menée aux États-Unis. Elle a réparti 269 médecins généralistes, consultés par des parents avec un enfant de moins de 18 ans ayant une otite moyenne aiguë, une sinusite, une pharyngite, une angine, une rhinite ou une bronchite aiguë, en 4 groupes : remise de commentaires écrits concernant les prescriptions d'antibiotiques, distribution d'un dépliant de 2 pages destiné aux parents, application simultanée des 2 interventions et prise en charge classique (30). Dans cette étude, le risque de biais est élevé car le processus de randomisation est peu clair.

Dans l'étude avec randomisation par grappe, on a observé, versus prise en charge classique, une diminution significative de la consommation des antibiotiques dans le groupe ayant reçu des informations écrites (risque relatif (RR) 0,53 avec IC à 95% de 0,35 à 0,80). Cela sans répercussion négative sur le nombre de retours en consultation (RR 0,79 avec IC à 95% de 0,47 à 1,32) ou sur la satisfaction des patients vis-à-vis de la consultation (RR 0,95 avec IC à 95% de 0,87 à 1,03) (preuves de qualité modérée). Dans les 2 études, la remise des informations écrites a également entraîné une diminution du nombre de prescriptions d'antibiotiques par les médecins (RR 0,47 avec IC à 95% de 0,28 à 0,78 dans l'étude avec randomisation par grappe et RR 0,84 avec IC à 95% de 0,81 à 0,86 dans la RCT) (preuves de faible qualité). Il n'y a pas de données concernant la résolution des symptômes, les complications et les connaissances du patient.

Les informations écrites semblent donc avoir un effet tant sur le patient que sur le prescripteur. Dans les 2 études, il convient néanmoins de tenir compte du risque de **facteurs de confusion**. Une étude européenne (GRACE-INTRO), menée dans 6 pays, a, entre autres, examiné l'effet de la formation des médecins en communication en plus de la

remise d'informations écrites à des patients adultes se plaignant de toux (31-33). Elle s'appuyait sur la brochure et la formation qui ont été utilisées dans une étude menée au Royaume-Uni (29). Dans la recherche qualitative interrogeant les patients ayant reçu les informations écrites, il est apparu que ce sont principalement les meilleures compétences en communication du médecin généraliste qui sont considérées comme positives, en particulier l'attention aux préoccupations du patient.

Conclusion

Cette synthèse méthodique a trouvé deux RCTs qui montrent que la remise d'informations écrites aux parents d'enfants atteints d'infection des voies respiratoires supérieures peut contribuer à une réduction de la prescription d'antibiotiques.

Pour la pratique

Sur la base de cette synthèse méthodique, nous pouvons recommander de remettre, durant la consultation, des informations écrites aux parents d'enfants atteints d'infection des voies respiratoires supérieures. Cette revue ne permet toutefois pas de savoir dans quelle mesure la formation du médecin en communication pour une bonne utilisation de ces informations écrites contribue à réduire la prescription et la consommation d'antibiotiques. De toute façon, la remise d'un dépliant ne devrait pas remplacer la communication entre le médecin et le patient ou ses parents.

Références

1. Lemiengre MB. Amoxicilline en plus du traitement symptomatique chez des patients présentant des symptômes de rhinosinusite modérés à sévères? Minerva bref 28/10/2012.
2. Garbutt JM, Banister C, Spitznagel E, Piccirillo JF. Amoxicillin for acute rhinosinusitis. A randomised controlled trial. JAMA 2012;307:685-92. DOI: 10.1001/jama.2012.138
3. De Sutter A. Antibiotique per os et corticostéroïdes intranasaux pour la rhinosinusite aiguë? MinervaF 2008;7(8):114-5.
4. Williamson IG, Rumsby K, Bengt S, et al. Antibiotics and topical nasal steroid for treatment of acute maxillary sinusitis. JAMA 2007;298:2487-96. DOI: 10.1001/jama.298.21.2487
5. De Meyere M. Antibiotica bij bovenste luchtweginfecties. Minerva 1999;28(4):168-70.
6. Fahey T, Stocks N, Thomas T. Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection. Arch Dis Child 1998;79:225-30.
7. De Meyere M. La pénicilline pour le mal de gorge aigu chez l'enfant? MinervaF 2004;3(9):149-51.
8. Zwart S, Rovers MM, de Melker RA, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. BMJ 2003;327:1324-7. DOI: 10.1136/bmj.327.7427.1324
9. De Meyere M. Zeven dagen versus drie dagen penicilline voor acute keelpijn. Minerva 2000;29(5):230-2.
10. Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, et al. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. BMJ 2000;320:150-4. DOI: 10.1136/bmj.320.7228.150
11. Chevalier P. Amoxiclavulanate pour une OMA chez les enfants de 6 à 23 mois ou de 6 à 35 mois? MinervaF 2011;10(4):45-8.
12. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. N Engl J Med 2011;364:105-15. DOI: 10.1056/NEJMoa0912254
13. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. N Engl J Med 2011;364:116-26. DOI: 10.1056/NEJMoa1007174
14. Chevalier P. Antibiotiques pour traiter une OMA : plus efficace pour certains enfants? MinervaF 2007;6(3):47-8.
15. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. Lancet 2006;368:1429-35. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69606-2
16. Poelman T. Expectations colorées : un motif d'antibiothérapie? MinervaF 2011;10(10):121-2.
17. Butler CC, Kelly MJ, Hood K, et al. Antibiotic prescribing for discoloured sputum in acute cough/lower respiratory tract infection. Eur Resp J 2011;38:119-25. DOI: 10.1183/09031936.00133910
18. Chevalier P. Antibiotiques en cas de bronchiolite? Minerva bref 28/02/2012.
19. Spurling GK, Doust J, Del Mar CB, Eriksson L. Antibiotics for bronchiolitis in children. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD005189.pub3
20. Coenen S. Antibiotica voor acute hoest bij volwassenen? Minerva 1999;28(4):174-6.
21. Fahey T, Stocks N, Thomas T. Quantitative systematic review of randomised controlled trials comparing antibiotic with placebo for acute cough in adults. BMJ 1998;316:906-10. DOI: 10.1136/bmj.316.7135.906

22. Coenen S, van Driel M. Antibiotiques en cas d'infection respiratoire inférieure: prescription immédiate, différée ou absente? *MinervaF* 2006;5(5):77-8.
23. Little P, Rumsby K, Kelly J, et al. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:3029-35. DOI: 10.1001/jama.293.24.3029
24. Chevalier P. Uitgesteld antibioticumvoorschrift bij acute otitis media. *Minerva* 2002;31(4):206-8.
25. Little P, Gould C, Williamson I, et al. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001;322:336-42. DOI: 10.1136/bmj.322.7282.336
26. Adriaenssens N. Prise de décision partagée : moins de prescriptions d'antibiotiques ? *MinervaF* 2013;12(4):47-8.
27. Légaré F, Labrecque M, Cauchon M, et al. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2012;184:E726-34. DOI: 10.1503/cmaj.120568
28. O'Sullivan JW, Harvey RT, Glasziou PP, McCullough A. Written information for patients (or parents of child patients) to reduce the use of antibiotics for acute upper respiratory tract infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 11. DOI: 10.1002/14651858.CD011360.pub2
29. Francis NA, Butler CC, Hood K, et al. Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2009;339:b2885. DOI: 10.1136/bmj.b2885
30. Mainous AG 3rd, Hueston WJ, Love MM, et al. An evaluation of statewide strategies to reduce antibiotic overuse. *Fam Med* 2000;32:22-9.
31. Tonkin-Crine S, Anthierens S, Francis NA, et al; GRACE INTRO team. Exploring patients' views of primary care consultations with contrasting interventions for acute cough: a six-country European qualitative study. *NPJ Prim Care Respir Med* 2014;24:14026. DOI: 10.1038/npjpcrm.2014.26
32. Anthierens S. Que pensent les parents du traitement de l'otite moyenne aiguë pour leur enfant ? *Minerva bref* 15/07/2016.
33. Hansen MP, Howlett J, Del Mar C, Hoffmann TC. Parents' beliefs and knowledge about the management of acute otitis media: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015;16:82. DOI: 10.1186/s12875-015-0297-7