



HAL
open science

Impact de la prescription différée d'antibiotique sur la consommation d'antibiotique pour la gestion des otites moyennes aiguës de l'enfant en cabinet de médecine générale

Benjamin Vergne

► To cite this version:

Benjamin Vergne. Impact de la prescription différée d'antibiotique sur la consommation d'antibiotique pour la gestion des otites moyennes aiguës de l'enfant en cabinet de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03595569

HAL Id: dumas-03595569

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03595569>

Submitted on 3 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

VERGNE Benjamin, Marcel, Robert

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2021

IMPACT DE LA PRESCRIPTION DIFFÉRÉE D'ANTIBIOTIQUE SUR LA CONSOMMATION
D'ANTIBIOTIQUE POUR LA GESTION DES OTITES MOYENNES AIGUËS DE L'ENFANT
EN CABINET DE MEDECINE GENERALE

Directeur de thèse : Monsieur TANGUY Gilles, Professeur Associé des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Madame SARRET Catherine, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Service Pédiatrie.

Membres du jury : Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Docteur et Maître de Conférences des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur ROBIN Frédéric, Docteur et Maître de Conférences des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur THEIS Clément, Docteur, Service maladie infectieuse et tropicale CHU Clermont Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

VERGNE Benjamin, Marcel, Robert

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2021

IMPACT DE LA PRESCRIPTION DIFFÉRÉE D'ANTIBIOTIQUE SUR LA CONSOMMATION
D'ANTIBIOTIQUE POUR LA GESTION DES OTITES MOYENNES AIGUËS DE L'ENFANT
EN CABINET DE MEDECINE GENERALE

Directeur de thèse : Monsieur TANGUY Gilles, Professeur Associé des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Madame SARRET Catherine, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Service Pédiatrie.

Membres du jury : Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Docteur et Maître de Conférences des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur ROBIN Frédéric, Docteur et Maître de Conférences des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur THEIS Clément, Docteur, Service maladie infectieuse et tropicale CHU Clermont Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et

PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne

VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA

: **HENRARD** Pierre

FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE

: **PEYRARD** Françoise

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **PAQUIS** François

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice

: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

Secrétariat Doyen / Scolarité – Mise à jour mars 2021

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel
- BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA

Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON
Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre -
DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK
Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN
Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul -
MAGE Gérard - MARCHEIX Jean- Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE
Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme
RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre
- SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC
Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOUX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER
Alain - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier -
LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves Technologies de Communication	Biostatistiques, Informatique Médicale et
M. BOYER Louis option Clinique	Radiologie et Imagerie Médicale
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique

M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne Chirurgicale	Anesthésiologie et Réanimation
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes

M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.GERBAUD Laurent Prévention	Epidémiologie, Economie de la Santé
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.FILAIRE Marc Cardio-Vasculaire	Anatomie – Chirurgie Thoracique et
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.GUY Laurent	Urologie

M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence la Reproduction	Biologie et Médecine du Développement et de
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. CLEMENT Gilles
M. VORILHON Philippe

Médecine Générale
Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne

Médecine Générale

M. CAMBON Benoît

Médecine Générale

M. TANGUY Gilles

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

Mme BOUTELOUP Corinne

Nutrition

Mme FOGLI Anne

Biochimie Biologie Moléculaire

Mle GOUAS Laetitia

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M.MORVAN Daniel

Biophysique et Traitement de l'Image

Mle GOUMY Carole

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M.MARCEAU Geoffroy

Biochimie Biologie Moléculaire

Mme MINET-QUINARD Régine

Biochimie Biologie Moléculaire

M.ROBIN Frédéric

Bactériologie

Mle VERONESE Lauren

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M.DELMAS Julien

Bactériologie

Mle MIRAND Audrey

Bactériologie Virologie

M.OUCHCHANE Lemlih
Technologies de Communication

M.LIBERT Frédéric

Mle COSTE Karen Pédiatrie

Mle AUMERAN Claire

Mme CASSAGNES Lucie

M.LEBRETON Aurélien

M.BUISSON Anthony

M.BOUVIER Damien

M.MAQDASY Salwan
Métaboliques

Mme NOURRISSON Céline

Mme PONS Hanaë
de la Reproduction

Biostatistiques, Informatique Médicale et

Pharmacologie Médicale

Hygiène Hospitalière

Radiologie et Imagerie Médicale

Hématologie

Gastroentérologie

Biochimie et Biologie Moléculaire

Endocrinologie, Diabète et Maladies

Parasitologie - Mycologie

Biologie et Médecine du Développement

2ème CLASSE

M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène

Médecine Générale

2ème CLASSE

Mme LAPORTE Catherine

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M.BLANCHON Loïc

Biochimie Biologie Moléculaire

M.MARCHAND Fabien

Pharmacologie Médicale

Mme VAURS-BARRIERE Catherine

Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc

Bactériologie Virologie

Mle AUBEL Corinne

Oncologie Moléculaire

Mle GUILLET Christelle

Nutrition Humaine

M. BIDEY Yannick

Oncogénétique

M. DALMASSO Guillaume

Bactériologie

M. PIZON Frank

Santé Publique

M. SOLER Cédric

Biochimie Biologie Moléculaire

M. GIRAUDET Fabrice

Biophysique et Traitement de l'Image

M. LOLIGNIER Stéphane

Neurosciences – Neuropharmacologie

Mme MARTEIL Gaëlle

Biologie de la Reproduction

M.PINEL Alexandre

Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.BERNARD Pierre

Médecine Générale

Mme ESCHALIER Bénédicte

Médecine Générale

Mme RICHARD Amélie

Médecine Générale

M.TESSIERES Frédéric

Médecine Générale

Mme ROUGE Laure

Médecine Générale

A mon jury

A Madame le Professeur Catherine SARRET

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse, je vous remercie d'avoir accepté si rapidement de tenir ce rôle. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements et tout mon respect.

A Madame le Docteur MCU Helene VAILLANT-ROUSSEL,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Frédéric ROBIN,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Gilles TANGUY,

Du début à la fin de l'internat vous m'avez accompagné. Merci pour vos conseils, relectures et corrections. Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse.

A Monsieur le Docteur Clément THEIS,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury et de bien vouloir juger mon travail.

Dédicaces personnelles

A mes parents, les premiers mots sont pour vous, pour votre soutien depuis toujours, vous avez su me transmettre de belles valeurs, sans vous je n'en serais pas là. A mon frère Nicolas et ma cousine Camille pour les étés passés ensemble à Tougouze.

A mes amis d'enfance Noé, Thib et Dadou, malgré l'éloignement rien ne change entre nous votre amitié compte beaucoup pour moi. A Boud et Flal présents depuis la P1 pour votre folie, votre sens de la fête et tous les moments partagés ensemble, je suis fier de pouvoir vous compter parmi mes amis. A Floflo, Floux, Dino, Marin, Gus pour les mardis soirs et m'avoir si souvent hébergé sur vos canapés. A Audrey, Camille, Amélie, Louis, Pac, Babar, Juliette Paup, Marine, Anaïs ... pour les soirées et votre amitié depuis toutes ces années. Aux Teuteux Edwige, Mathilde, Gautier, Thomas, Matthieu, Doudou, Claire pour m'avoir fait une place dans votre famille.

Aux différents médecins croisés durant ma formation et mes remplacements vous m'avez tous apporté quelque chose et fait découvrir votre vision de la médecine générale, je vous en remercie. Merci à Edwige pour tes conseils et tes corrections. Merci à Nico, Johanna, Gérard, Manu, Pierre, Vanessa, Anastasia, Lise, Sandrine, Virginie, Bastien, Simon, Vincent, Quentin, Anne Marie pour avoir accepté de m'aider dans la réalisation de ma thèse.

Enfin à Gwen mon amour tu es la personne la plus importante à mes yeux, pour ton soutien de toujours, ton amour, ta patience à mon égard. A tous nos voyages et nos remplacements sur les routes de France et tout ce qui nous reste à vivre ensemble. Je t'aime sans toi à mes côtés rien n'a de sens.

Tables des matières

1- INTRODUCTION	20
2- MATERIELS ET METHODE	21
2-1 Critères inclusion	21
2-2 Recrutement des investigateurs	21
2-3 Recueil des données	22
2-4 Analyses statistiques	22
3- RESULTATS	23
3-1 Médecins recruteurs	23
3-2 Patients	24
3-3 Objectif principal	22
3-4 Objectifs secondaires	25
4- DISCUSSION	25
4-1 Forces de l'étude	25
4-2 Limites de l'étude	26
4-3 Comparaison avec les résultats de la littérature	27
5- CONCLUSION	31
6- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
7- ANNEXES	38

Liste des tableaux et figures

TABLEAUX

Tableau I : Profession du père	38
Tableau II : Profession de la mère	39
Tableau III : Médecins recruteurs	40
Tableau IV : Population étudiée	41
Tableau V : Résultats	42

FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	43
Figure 2 : Fiche réponse	44

Liste des abréviations

- **BMR Bactérie multi-résistante**
- **ECDC European Center of Disease Prevention and Control**
- **DDD Defined daily dose**
- **OMA Otite moyenne aiguë**
- **PDA Prescription différée d'antibiotique**
- **PI Prescription immédiate**

INTRODUCTION

L'otite moyenne aigue (OMA) est définie comme une surinfection de l'oreille moyenne avec un épanchement purulent collecté ou extériorisé dans la caisse du tympan. Elle complique fréquemment les rhinopharyngites, on observe un pic de fréquence maximal à 9 mois (1). Il s'agit d'un motif très habituel de consultation en médecine générale chez le jeune enfant. L'évolution naturelle d'une OMA est dans la grande majorité des cas une guérison spontanée et un traitement symptomatique est suffisant pour soulager le patient. Selon les recommandations françaises une antibiothérapie n'est indiquée que si l'enfant à moins de 24 mois ou si l'enfant présente un symptomatologie bruyante (fièvre élevée, OMA bilatérale). Dans les autres cas, il est conseillé de ne prescrire qu'un traitement symptomatique et de réévaluer l'enfant après 48 à 72 heures afin de décider, en fonction de l'évolution de la clinique de la conduite à tenir (1). On sait qu'une OMA non soignée peut exposer à certaines complications (mastoïdite aigue extériorisée, paralysie faciale, labyrinthite, méningite otogène ...), ces dernières sont très rares (1-2). Malgré tout, la prescription d'antibiotiques en France concernant les otites reste élevée et contribue à l'émergence de bactéries multi-résistantes (BMR) (3-5). Ce taux de prescription reste stable entre 2002 et 2019, aux alentours de 25 Defined Daily Dose (DDD) si on regarde les chiffres de consommation d'antibiotiques donnés par l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (6). Certains pays ont fait le choix d'inclure dans leur recommandation la notion de prescription différée d'antibiotique (PDA) ; c'est notamment le cas au Royaume Unis (7) ou de la Belgique (8). Des études ont mis en avant que la PDA dans ces pays avait un effet bénéfique en terme de réduction de consommation d'antibiotique (9-10). En France, cette pratique est connue et pratiquée par certains médecins mais n'apparaît dans aucune recommandation (11).

Nous avons cherché à savoir si l'utilisation de la prescription différée dans les otites moyennes aiguës des enfants de 2 à 12 ans vus en consultation de médecine générale pouvait diminuer la consommation d'antibiotique ?

MATERIELS ET METHODE :

Nous avons réalisé entre octobre 2018 et décembre 2020 une étude quantitative ouverte dans différents cabinets de médecine générale du Cantal, de l'Allier, dans l'Aude, en Haute Savoie, en Corse et en Dordogne. .

Critères d'inclusion:

- Enfant entre 2 et 12 ans chez qui le diagnostic d'OMA avait été posé par leur médecin généraliste, traitant ou non. Etaient exclus, les enfants souffrant d'immunodépression, ceux ayant un syndrome otite conjonctivite ou ceux ayant consommé des antibiotiques dans les quinze derniers jours. Les patients chez qui la barrière de la langue ou une incapacité à comprendre le protocole étaient également exclus. Le consentement des parents était systématiquement recueilli par écrit et joint au questionnaire de réponse.

Recrutement des investigateurs

Le recrutement des médecins investigateurs par l'investigateur principal se faisait de proche en proche.

Il réalisait en entretien individuel avec chacun d'eux pour présenter le thème de sa recherche et leur remettait dix questionnaires. Les médecins recruteurs avaient pour consigne de proposer systématiquement le protocole de thèse aux parents de leur patient chez qui ils avaient posé le diagnostic d'OMA. Ils étaient libres quant à la méthode choisie (prescription immédiate ou prescription différée).

Recueil des données.

Il se faisait via un questionnaire nous permettant de cerner le milieu familial, le mode de vie des enfants ainsi que des questions concernant la consommation ou non des antibiotiques (image 2).

Le questionnaire était remis aux parents de l'enfant par le médecin généraliste après explication du but de l'étude et de son déroulement. Ce questionnaire était accompagné d'une fiche explicative (image 2) reprenant le déroulement de l'étude et indiquant la conduite à tenir en fonction de l'évolution clinique de leur enfant. Il a également été remis aux parents, à ce moment, un formulaire de consentement à retourner signé s'il acceptaient de participer à l'étude. Le tout, à renvoyer par voie postale dans une enveloppe fournie affranchie et libellée à l'adresse du chercheur. En cas de non réception de leur réponse je contactais les parents recrutés par leurs médecins afin de réaliser un entretien téléphonique pour remplir le questionnaire.

Analyses statistiques :

Les données étaient ensuite traitées à l'aide du logiciel Stata (version 15, StataCorp, College Station, USA). Les tests statistiques ont été réalisés en formulation bilatérale pour un

risque d'erreur de première espèce de 5%. Ainsi, une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification était inférieur à 5%.

Les données catégorielles sont décrites par des effectifs et pourcentages, alors que les données quantitatives sont présentées, au regard de leur distribution statistique, en termes de moyenne et écart-type ou médiane et intervalle interquartile. La normalité (distribution gaussienne) a été étudiée par le test de Shapiro-Wilk. Les comparaisons entre groupes (notamment selon prescription immédiate ou prescription différée) ont été réalisées pour les variables quantitatives par le test de Student ou le test de Mann-Whitney si les conditions d'application du t-test n'étaient pas respectées. L'homoscédasticité a été étudiée par le test de Fisher-Snedecor. Les comparaisons entre groupes concernant les paramètres de nature catégorielle ont été réalisées par le test du Chi² ou le cas échéant par le test exact de Fisher.

RESULTATS :

Entre 2018 et 2020, 17 médecins (8 hommes et 9 femmes) ont inclus 64 enfants âgés en moyenne de 3 ans dans le groupe PDA et 4 ans dans le groupe PI.

Médecins recruteurs :

Ils travaillaient majoritairement à la campagne (douze), et dans le département du Cantal (neuf). (Tableau 3).

Patients :

La majorité des enfants étaient issus de famille biparentale (57 soit 89,06%) et habitaient en campagne (52 soit 81,25%). Les origines sociales étaient variées (tableau 1 et 2). L'âge des enfants était compris entre 2 et 10 ans avec une médiane à 4 ans pour le groupe PI et 3 ans pour le groupe PDA. Il y avait un nombre équivalent de filles (36) et de garçons (28). La majorité des patients avait un médecin qui ne recevait que sur rendez-vous (tableau 4).

Objectif principal :

Douze enfants sur les 43 du groupe PDA ont reçus le traitement antibiotique (27,9%). Dans le bras PI, les 21 enfants ont tous consommé l'antibiotique (100%). Il n'y avait pas de différence en termes de guérison (tableau 5). Une nouvelle consultation n'a pas été non plus nécessaire quel que soit le bras. On peut noter que la dose moyenne de paracétamol distribuée les 48 premières heures est similaire dans les deux groupes (3,9 dans le groupe PDA et 4,6 dans le groupe PI).

Dans le bras PDA il était demandé aux parents d'attendre 48 heures avant de donner l'antibiotique en cas d'évolution défavorable de l'otite. Parmi les 12 enfants du groupe PDA ayant reçu l'antibiotique, 9 familles ont effectivement respecté ce délai, soit 75% (tableau 5) et 3 ont fait le choix de donner l'antibiotique immédiatement. Lorsqu'on s'intéresse aux raisons du don de l'antibiotique, on retrouve :

- la persistance d'une otalgie au troisième jour (2/9)
- la persistance de la fièvre au troisième jour (3/9)
- la persistance d'une otalgie et de la fièvre au troisième jour (3/9)
- un questionnaire n'indique pas la raison de la prise de l'antibiotique.

Seules 6 familles sur 21 du groupe PI et 13 sur 43 du groupe PDA avaient déjà expérimenté ce mode de prescription (tableau 5).

Objectifs secondaires :

Les parents du groupe PI ont tous acheté l'antibiotique (21/21), Dans le groupe PDA seuls 17/43 l'ont fait. (Tableau 5). Il n'y a pas eu de différence en termes de satisfaction des parents quel que soit le bras de l'étude. (Tableau 5).

DISCUSSION :

Notre étude montre un effet positif de la PDA sur la consommation d'antibiotique par rapport à la PI lors de la prise en charge en soins primaires des OMA chez l'enfant de 2 à 12 ans. Cette diminution de consommation n'est pas associée à une moindre guérison des enfants et n'entraîne pas de nouvelles consultations. Nous pouvons également voir que la majorité des parents respectaient le délai en cas de PDA (9/12 soit 75%), de plus lorsque l'antibiotique était donné, les parents rapportaient une aggravation des symptômes ou une persistance de la fièvre chez sept enfants sur neuf.

Forces :

Il s'agit d'une étude pragmatique réalisée dans le cabinet de médecins généralistes volontaires. Elle se rapproche donc du fonctionnement et de la routine des médecins généralistes et à ce titre peut être représentative des bénéfices de l'utilisation de la PDA. De plus en regardant les différents patients inclus dans l'étude nous pouvons voir qu'ils sont issus

de milieux sociaux divers sans qu'il n'y ait de différence dans l'utilisation de la PDA. Il en est de même entre les enfants habitant en ville ou en campagne. Les médecins investigateurs quant à eux étaient un échantillon varié, installés depuis en moyenne 14,5 ans, il y avait 8 femmes et 9 hommes.

Limites de l'étude :

Notre étude souffre de plusieurs biais.

Taille des groupes :

Cette étude porte sur un nombre assez faible de patients, en effet nous disposons de seulement soixante quatre réponses. Quarante-trois dans le groupe PDA, et vingt-et-un dans le groupe PI. Ce faible nombre de sujets ne permet pas de tirer de conclusion quant à l'efficacité de la PDA en pratique courante. D'autres études sont nécessaires pour pouvoir conclure à un éventuel effet bénéfique d'un tel mode de prescription.

Nous pouvons aussi noter que les groupes ne sont pas complètement comparables, en effet le groupe PDA comporte deux fois plus de patients que le groupe PI.

Biais de méthodologie :

Nous avons comparé une prescription différée à une prescription immédiate qui montre une franche diminution de la consommation d'antibiotique. Ceci est en corrélation avec les données de la science quant à l'étiologie et l'évolution naturelle des otites. Afin de voir si la PDA a une utilité nous aurions dû la comparer au mode de prescription prôné dans les recommandations françaises. A savoir : pas de prescription immédiate et une nouvelle consultation dans les quarante-huit heures s'il n'y a pas d'amélioration. Ceci nous permettant de nous assurer que la PDA n'entraîne pas une majoration de la consommation d'antibiotique.

Biais de recrutement :

Il existe aussi un biais de recrutement, l'étude était proposée par des médecins volontaires à des patients volontaires ce qui a pu sélectionner des patients plus à même de respecter les consignes de la PDA ou plus enclins à essayer une nouvelle méthode de prescription.

Biais de sélection :

Il s'agit d'une étude ouverte, les patients étaient répartis par les médecins sans randomisation. Les médecins après avoir diagnostiqué une otite choisissaient le groupe dans lequel ils plaçaient les enfants (PDA ou PI). Il peut alors y avoir un biais de sélection, les médecins choisissant le groupe PI pour les enfants leur paraissant les plus graves et la PDA pour les enfants présentant une faible symptomatologie. Dans notre étude il était demandé au médecin recruteur de proposer les deux modes de prescription de façon égale. Quand on regarde dans la littérature, il y a certains facteurs qui influencent le choix de la PDA : certains inhérents au patient en lui même (la capacité de compréhension de la méthode par le patient, le fait d'être jugé comme capable de juger son état clinique à la fin du délai, ses antécédents...) , des critères médicaux (incertitude diagnostique, faible présentation clinique au moment de la consultation), des critères concernant le moment de la consultation (veille de week-end, impossibilité de réévaluer le patient...) et enfin des critères concernant la relation médecin-malade (confiance, patient connu par le médecin) (12,13).

Comparaison avec les résultats présents dans la littérature. :

Si la PDA est peu étudiée en France, elle fait l'objet de recommandations dans certains pays européens, c'est notamment le cas en Belgique (8) ou encore au Royaume Unis (7), ainsi qu'au Canada (12).

Dans notre recherche bibliographique nous avons trouvé plusieurs études étudiant ce mode de prescription:

Concernant la diminution de consommation d'antibiotique :

- Une revue de la littérature parue dans le British Medical Journal comparant l'utilisation de la PDA par rapport à la PI dans la prise en charge des infections respiratoires hautes (9). Lorsqu'on ne prend en compte que les études se concentrant sur la prise en charge des otites, on note une diminution de la consommation, 84% de consommation en cas de PI versus 64% en cas de PDA dans une étude datant 1999 (13) et 97% de consommation en cas de PI versus 26% en cas de PDA dans l'étude datant de 2001(14).

- Une étude qui s'est déroulée dans un service d'urgence de New Haven entre deux mille quatre et deux mille cinq qui comparait une PI avec un PDA. Cette étude montrait qu'en cas de PDA, 62% des parents ne donnaient pas l'antibiotique contre 13% en cas de PI. Il n'y avait pas d'augmentation de consultation ultérieure ou de diminution de guérison. Les raisons les plus souvent retrouvées pour le don de l'antibiotique étaient l'otalgie et la persistance de la fièvre. (15)

- Une étude menée en 2005 a comparé deux groupes d'enfants. Un groupe PI et un groupe avec simplement un traitement symptomatique après avoir expliqué aux parents l'évolution naturelle des otites. Cette étude a montré que la majorité des otites évoluaient très bien sans traitement (66% des enfants dans le groupe traitement symptomatique n'ont pas eu besoin d'antibiotique) sans prise de risque pour l'enfant. (16).

- Une revue de la Cochrane trouvait aussi des résultats similaires en terme d'utilisation des antibiotiques : en effet en cas de PDA seuls 31% des parents utilisaient les antibiotiques contre 93% dans le cas d'une PI (9). Il est à noter qu'en cas de non prescription, une portion encore plus importante n'utilisait pas l'antibiotique : 14% en l'absence de prescription contre 28% dans le cas de la PDA (17).

- Dans notre étude, les parents repartaient de la consultation avec l'ordonnance de PDA. Il est intéressant de voir qu'une étude de 2014 a comparé les différentes méthodes de PDA (ordonnance antidataée, ordonnance laissée aux parents, nécessité pour les parents de recontacter le médecin ou de revenir au cabinet chercher l'ordonnance) et une absence de prescription d'antibiotique. L'étude retrouve une franche diminution de consommation d'antibiotique quelque soit la méthode choisie. Elle ne retrouve pas de différence significative entre les différents modes de PDA et l'absence de prescription d'antibiotique (18).

- Une étude plus récente datant de mars 2021 a comparé après randomisation dans trois groupes (PI, PDA, et absence de prescription) l'évolution d'enfants atteints d'infections respiratoires bénignes dont la moitié étaient des otites. Elle ne montre pas de différence significative en terme de complication ou de contrôle des symptômes quel que soit le groupe. On note une baisse importante de la consommation d'antibiotique en cas d'usage de PDA (25,3%) ou d'absence de prescription (12%) par rapport au groupe PI (96%) (19).

La PDA semble donc prometteuse et pourvoyeuse d'une moindre consommation d'antibiotique en soin primaire concernant les otites. Cependant, elle reste peu étudiée en France même si de nombreux médecins généralistes (84,7%) reconnaissent avoir parfois recours à ce mode de prescription comme le montre ce travail de thèse réalisé par Mélanie Bourdel dans la région Rhones Alpes (20) . La thèse réalisée par Adela Guez et Marc Julien s'est intéressée à l'utilisation de la PDA dans les infections respiratoires hautes via des entretiens auprès de médecins généralistes. Il en ressort que les principaux freins à son utilisation en pratique courante sont : (11)

- Le manque de recommandation en France et la peur des conséquences médico-légales en découlant.
- Le coté non scientifique et le manque de rigueur de cette pratique
- Le sentiment d'échec (organisationnelle et de prise en charge) qui en découle.

- La difficulté de mise en pratique et l'absence de consigne objective à remettre au patient quant à l'utilisation ou non de l'antibiotique.
- Les risques liés à une telle pratique (automédication ultérieure, erreur de diagnostic, mésusage de la prescription) ceci étant appuyé par une étude Norvégienne qui montre que 39% des patients ayant bénéficié d'une PDA gardaient la prescription pour un usage ultérieur (21).

La PDA semble être un outil pour rationaliser l'usage des antibiotiques à la condition que les patients adhèrent à ce mode de prescription et qu'ils respectent les consignes d'utilisation.

Deux thèses étudient cet aspect des choses :

- Une thèse réalisée en 2016 par Noémie Henriet et William Reynier dans la région de Grenoble s'est intéressée au mésusage des PDA. Au total il n'y avait que 15,3 % de mésusage. La seule variable retrouvée influençant le mésusage était l'attente des patients de recevoir un antibiotique à l'issue de la consultation (22).
- Une thèse réalisée en 2016 par Caffar Adrien dans les départements des Landes, de Gironde et de Dordogne s'est intéressée au devenir des PDA. Ce travail montre aussi une diminution de la consommation d'antibiotiques dans différents diagnostics (angine, bronchite, rhinopharyngite, cystite, OMA). Cette diminution était d'autant plus marquée que les sujets étaient jeunes et qu'une information était laissée aux parents concernant l'évolution de la pathologie. (23)

Toutes deux mettent en avant l'importance de l'explication fournie aux patients lorsque le médecin recourt à ce mode de prescription.

Enfin, même si notre étude n'était pas construite dans ce sens et ne bénéficiait d'aucune échelle de satisfaction validée nous pouvons voir que la PDA induit une grande satisfaction auprès des patients et qu'ils se montrent prêts à l'utiliser de nouveau en cas d'épisode similaire, ce qui est retrouvé dans de nombreuses études (14, 17, 19).

Ce mode de prescription semble également à même d'avoir des vertus éducatives en diminuant la croyance en la nécessité des antibiotiques. (15,19)

Plusieurs études ont étudié la représentation de la PDA dans les pays où elle fait partie des recommandations des pratiques. Cette étude en Norvège a mis en évidence que la majorité des patients et médecins généralistes étaient satisfaits par ce mode de prescription (21).

Aujourd'hui nous tentons de plus en plus d'avoir une approche centrée sur le patient et l'inclure dans les décisions concernant sa santé. Ainsi, avoir le même raisonnement dans la prise en charge des épisodes infectieux semble une approche raisonnable ainsi qu'un bon moyen d'éducation thérapeutique concernant l'économie des antibiotiques. Au cours de nos recherches nous avons pu voir que les patients étaient en règle générale enclins à ce changement (21,24).

Cependant, certaines études montrent des limites à la PDA. Une étude réalisée en Norvège en 2010 montre les avis divergents des médecins généralistes concernant la PDA, certains la voient comme un échec face à la pression du patient malgré leur explication (25). De plus, dans une étude réalisée en Angleterre en 2014 auprès de 1625 adultes, nous avons pu voir que la PDA restait un concept relativement flou. Sur l'ensemble des participants de l'étude, seuls 17% comprenaient parfaitement le principe de la PDA, un tiers des patients était fermement opposé à ce mode de prescription et un tiers était plutôt favorable (26). Enfin la PDA n'est pas dépourvue d'inconvénients, elle peut entraîner une utilisation inappropriée de l'antibiotique : soit en excès, certaines infections virales étant symptomatiques pendant

plusieurs jours (27), soit en entraînant un usage ultérieur de l'antibiotique acheté mais non consommé (21,24).

CONCLUSION :

Notre travail confirme un probable bénéfice sur la consommation des antibiotiques dans la prise en charge des otites en soins primaires.

Nos résultats sont concordants avec la littérature. Cette pratique favorise le développement d'une posture éducative avec les familles. D'autres études sont nécessaires afin de pouvoir savoir si la PDA peut véritablement jouer un rôle dans la lutte contre l'utilisation inadaptée des antibiotiques. Un outil pour guider efficacement les parents dans la décision d'utiliser ou non l'antibiotique pourrait également être intéressant à développer.

Le doyen-directeur de l'UFR de Médecine

Le président du jury



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1- Launay O, Piroth L, Yazdanpanah Y. (Eds). E. Pilly 2012 : Maladies infectieuses et tropicales. 23^e édition. Paris : Vivactis Plus ; 2011. Otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant ; 163-67.
- 2- Cushen R, Francis NA. Antibiotic use and serious complications following acute otitis media and acute sinusitis: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract.* 2020 ;70(693) :255-63.
- 3- Levy C, Pereira M, Guedj R, Abt-Nord C, Baudino Gelbert N, Cohen R, et al. Impact of 2011 French guidelines on antibiotic prescription for acute otitis media in infants. *Med Mal Infect.* 2014 ; 44(3) :102-6.
- 4- Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, D Hay A. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients : systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2010 ;340 :c2096
- 5- Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet.* 2005 ; 365(9459):579-87.
- 6- European Centre for Disease Prevention and Control. « Country Overview of Antimicrobial Consumption ». [en ligne]. 2021 [Consulté le 25 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/country-overview>.
- 7- NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Otitis media (acute): antimicrobial prescribing [en ligne]. 2018 [consulté le 25 avril

2021]. Disponible sur [https:// www.nice.org.uk/guidance/ng91/chapter/](https://www.nice.org.uk/guidance/ng91/chapter/Recommendations)
Recommendations

- 8- BAPCOC, Commission belge de la coordination de la politique antibiotique. Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire [en ligne]. 2012 [consulté le 25/4/2021]. Disponible sur : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/antibioticagids_fr.pdf
- 9- Arroll B, Kenealy T, Kerse N. Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections? A systematic review ». *Br J Gen Pract.* 2003; 53(496): 871-77.
- 10- McCullough AR, Glasziou PP. Delayed antibiotic prescribing strategies- time to implement ? *Jama Intern Med.* 2016 Jan;176(1):29-30.
- 11- Ghez A, Julien M. Analyse qualitative de la prescription différée d'antibiotiques par des médecins généralistes: étude dans les infections respiratoires hautes et basses (en dehors de la pneumopathie) de l'enfant de plus de 2 ans et de l'adulte sain [Thèse d'exercice]. Grenoble : Faculté de médecine de Grenoble. 2013. 208p
- 12- Le Saux N, Robinson Joan L, Société canadienne de pédiatrie Comité des maladies infectieuses et d'immunisation La prise en charge de l'otite moyenne aiguë chez les enfants de six mois et plus *Paediatr Child Health* 2016;21(1):45-50
- 13- Cates C. An evidence based approach to reducing antibiotic use in children with acute otitis media: controlled before and after study ». *BMJ.*1999 ; 318(7185): 715-16.

- 14- Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavey J. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ*. 200 ;322(7282): 336-42.
- 15- Spiro D. M, Khoon-Yen T, Arnold D. H, Dziura J. D, Baker M. D, Shapiro E.D. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296 (10) 1235-41.
- 16- McCormick DP, Chonmaitree T, Pittman C, Saeed K, Friedman NR, Uchida T, Baldwin CD. Nonsevere acute otitis media: a clinical trial comparing outcomes of watchful waiting versus immediate antibiotic treatment. *Pediatrics*. 2005 Jun;115(6):1455-65.
- 17- Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):CD004417.
- 18- Little P, Moore M, Kelly J, Williamson I, Leydon G, McDermott L et al. Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care: pragmatic, factorial, randomised controlled trial *BMJ*. 2014; 348 :g1606.
- 19- Mas-Dalmau G, Villanueva López C, Gorrotxategi Gorrotxategi P, et al. Delayed Antibiotic Prescription for Children With Respiratory Infections: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2021 Mar;147(3)
- 20- Bourdel M. La prescription différée d'antibiotiques: son recours dans les infections respiratoires hautes en médecine générale [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard ; 2015. 52 p
- 21- Høye, S., Frich, J.C. & Lindbæk, M. Use and feasibility of delayed prescribing for respiratory tract infections: A questionnaire survey. *BMC Fam Pract*. 2011 ; 12(34).

- 22- Henriet N, Reynier W. Étude quantitative du mésusage de la prescription différée d'antibiotiques dans les infections respiratoires en Médecine Générale [Thèse d'exercice]. Grenoble : Faculté de médecine de Grenoble ; 2016. 52 p.
- 23- Caffar A. Le devenir des prescriptions différées d'antibiotiques en soins primaires: étude transversale descriptive évaluant le taux de consommation d'antibiotique en fonction des déterminants à sa prescription dans la pratique courante des médecins généralistes du département des Landes, de Gironde et de Dordogne [Thèse d'exercice]. Bordeaux : U. F. R des sciences médicales ; 2017. 80 p.
- 24- Edwards M, Dennison J, Sedgwick P. Patients' responses to delayed antibiotic prescription for acute upper respiratory tract infections. *Br J Gen Pract.* 2003 ;53(496):845-50.
- 25- Høye S, Frich J, Lindbæk M. Delayed prescribing for upper respiratory tract infections: a qualitative study of GPs' views and experiences. *Br J Gen Pract.* 2010;60(581):907-12.
- 26- McNulty CA, Lecky DM, Hawking MK, Quigley A, Butler CC. Delayed/back up antibiotic prescriptions: what do the public think? *BMJ Open.* 2015;5(11):e009748.
- 27- Rowe TA, Linder JA. Delayed Antibiotic Prescriptions in Ambulatory Care: Reconsidering a Problematic Practice. *JAMA.* 2020;323(18):1779-80.

ANNEXES :*Tableau I : Profession du père*

Profession du père	Effectifs
Agriculteur	5
Artisan	12
Père au foyer	1
Aide médico-psychologique	1
Médecin	2
Chef d'équipe	2
Enseignant	2
Adjoint administratif	2
Chauffeur de poids lourds	1
Chef d'entreprise	1
Conducteur d'engins de chantiers	1
Géologue	2
Avocat	1
Employé de station de ski	2
Guide de moyenne montagnes	1
Moniteur de ski	1
Chef de chantier	2
Sapeur pompier	1
Fonctionnaire	2
Commerçant	2
Musicien	1
Militaire	1
Employé de banque	2
Employé de commerce	2
Entrepreneur	1
Ouvrier	1
Magasinier	1
Responsable export	1
Responsable qualité	1
Dépanneur électroménager	1
Chargé de mission	1

Tableau II : Profession de la mère

Profession de la mère	Effectifs
Aide médico-psychologique	4
Adjointe administrative	2
Agricultrice	3
Aide soignante	1
Animatrice territoriale	2
Assistante de vie	2
Bibliothécaire	1
Chef de secteur	1
Comptable	2
Educatrice spécialisée	2
Employée de bureau	3
Enseignante	5
Esthéticienne	2
Fonctionnaire	1
Mère au foyer	9
Infirmière	9
Hôtesse de caisse	1
Masseuse	1
Réflexothérapeute plantaire	1
Sage femme	1
Psychologue	1
Assistante dentaire	1
Avocate	1
Employée de banque	1
Professeur de yoga	1
Serveuse	1
Vendeuse	1
Employée commerciale	1

Tableau III : Médecins recruteurs

	Sexe	Nombre d'années d'installation	Travail seul/ en groupe	Campagne/ ville	Département d'installation
N°1	M	27	Groupe	Ville	15
N°2	M	31	Seul	Campagne	15
N°3	F	7	Groupe	Campagne	15
N°4	M	10	Groupe	Campagne	15
N°5	F	19	Groupe	Campagne	15
N°6	M	10	Groupe	Campagne	15
N°7	F	11	Groupe	Ville	15
N°8	F	5	Groupe	Ville	15
N°9	F	19	Groupe	Campagne	15
N°10	M	9	Groupe	Campagne	03
N°11	M	5	Groupe	Campagne	03
N°12	F	19	Groupe	Campagne	11
N13	M	7	Groupe	Campagne	11
N°14	F	31	Groupe	Campagne	74
N°15	M	7	Groupe	Campagne	73
N°16	M	7	Groupe	Ville	2A
N°17	F	24	Groupe	Ville	24

Tableau IV : Population étudiée

	PDA	PI	p
Nombre de fille	25/43 (58,14%)	11/21(52,38%)	0,66
Famille biparentale	38/43 (88,37%)	19/21 (90,48%)	0,80
Vie en ville	10/43 (23,26%)	2/21(9,52%)	0,31
Médecin recevant sur rendez vous	39/43(90,7%)	18/21(85,71%)	0,68

Tableau V : Résultats

	PDA	PI	P
Don de l'antibiotique	12/43 (27,90%)	21/21(100%)	<0,001
Délai de 48 heures respecté (seulement si PDA)	9/12 (75%)	-	-
Guérison	43/43 (100%)	21/21 (100%)	
Nouvelle consultation nécessaire	0/43 (0%)	0/21 (0%)	
Achat de l'antibiotique	17/43 (39,53%)	21/21 (100%)	
Satisfaction des parents	43/43 (100%)	20/21 (95,23%)	0,33
PDA connue avant la participation à l'étude	13/43 (30,23%)	6/21 (28,57%)	089
Dose moyenne de Paracétamol donnée les 48 premières heures	3,9	4,6	0,22

Image 1: Diagramme de flux :

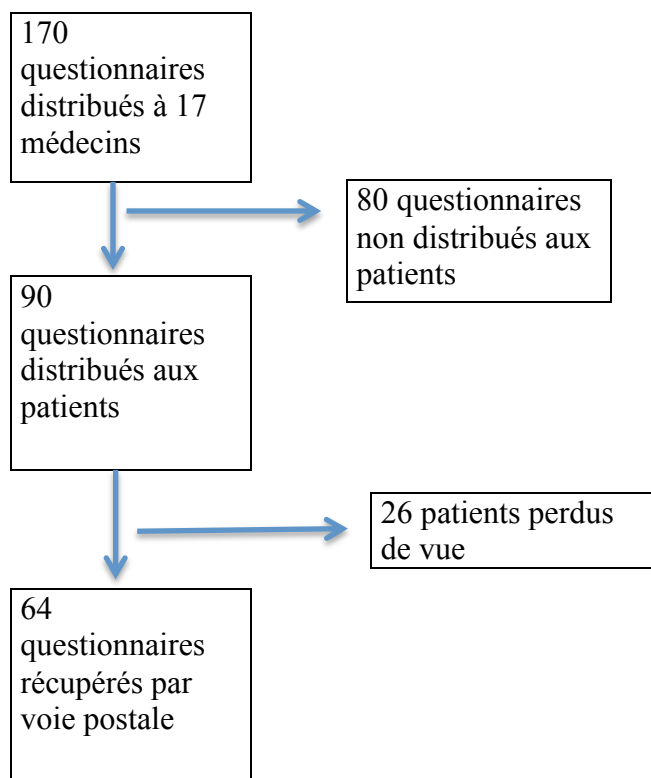


Image 2 : Fiche réponse :

Prescription différée d'antibiotique chez les enfants de 2 à 12 ans souffrant d'une otite moyenne aiguë.

Bonjour, je suis Vergne Benjamin, jeune médecin généraliste. Dans le cadre de mes études, je souhaite réaliser un projet de thèse sur la prise en charge des otites chez les enfants de 2 à 12 ans. Je vous remercie par avance du temps que vous accorderez à mon travail.

L'otite est une pathologie infectieuse très fréquente chez les enfants et un motif de consultation régulier chez votre médecin généraliste. D'origine la plus souvent virale (90% des cas) et guérissant spontanément très souvent (7 fois sur 10 sans aucun traitement), les possibles complications et l'incertitude diagnostique, quant à son origine (virale ou bactérienne), peuvent pousser votre médecin à prescrire, parfois en excès, un antibiotique. Le risque étant qu'un jour une bactérie résistante émerge et que nous ne soyons plus en mesure de traiter vos enfants.

Une solution trouvée par nos voisins anglais est de pratiquer une prescription différée d'antibiotique (hors cas particulier ou un antibiotique est absolument nécessaire). Celle ci consiste à vous remettre deux ordonnances. La première avec un traitement symptomatique (paracétamol, lavage de nez ...) et la seconde avec des antibiotiques à n'utiliser que le matin du troisième jour suivant la consultation.

En définitive, par rapport à une situation classique pour laquelle le médecin temporise et vous demande de venir le consulter à nouveau quarante-huit heures après la première consultation, vous pouvez, si l'état de votre enfant ne s'est pas amélioré le matin du troisième jour, donner l'antibiotique. Vous êtes alors d'autant plus impliqué dans la prise en charge de votre enfant.

Ceci permet d'apporter une solution les week-end et jours fériés autre que les urgences et ne vous contraint pas à vous déplacer à nouveau chez votre médecin. Si le matin du troisième jour votre enfant a toujours de la fièvre ($T^{\circ} > 38^{\circ}C$), rapporte des douleurs d'oreilles ou si vous trouvez que l'état de votre enfant ne s'est pas amélioré par rapport à la première consultation alors vous pouvez donner l'antibiotique.

Ce mode de prescription est sans danger pour votre enfant : il permet d'éviter les potentielles complications de l'otite sans utilisation abusive des antibiotiques qui ne sont pas sans effets secondaires (diarrhée, vomissement, émergence de bactérie résistante...).

Au cours de la consultation d'aujourd'hui, votre médecin a diagnostiqué une otite chez votre enfant. L'état de celui ci n'a pas été jugé trop inquiétant par votre médecin. Il a alors choisi un mode de prise en charge parmi les deux suivants :

Une prescription différée d'antibiotique ou une prescription immédiate d'antibiotique.

Il n'y a aucune différence en terme de sécurité pour votre enfant quel que soit le mode de prescription choisi.

Le but de cette étude est de juger si dans des cas particuliers d'otite non grave la prescription différée peut être utilisée pour prendre en charge votre enfant.

Afin de réaliser cette étude je compte sur vous. Merci de répondre aussi sincèrement que possible aux questions suivantes. Merci de répondre ou d'entourer les réponses vous concernant. Pourriez-vous par le biais des enveloppes fournies me retourner ces

questionnaires. L'ensemble des informations est soumis au secret médical, seuls vos médecins et moi-même y aurons accès.

1 / Quelques informations vous concernant :

	Mère	Père
Initiale du Nom		
Prénom		
Profession		

Numéro de téléphone (pour d'éventuelles questions supplémentaires) :

Situation familiale : Monoparentale / Biparentale

Lieu de vie : Ville / Campagne

Distance en minutes du domicile avec : Le cabinet médical

Nom du médecin

La pharmacie

Mode de consultation de votre médecin : Libre/ Sur rendez vous

2/ Votre enfant

Age :

Sexe :

Il s'agit de votre : 1^{er} enfant/ 2nd enfant/ 3^{ème} enfant / 4^{ème} enfant ...

Durant la journée votre enfant est gardé : chez vous/ nourrice /crèche/ école / autre

3/Concernant l'étude

A REMPLIR LE MATIN DU TROISIEME JOUR SUIVANT LA CONSULTATION

Groupe d'étude : Prescription immédiate / Prescription différée d'antibiotique

Avez-vous donné l'antibiotique ? Oui / non

Si oui pour quelle raison ?

Avez-vous acheté l'antibiotique ? Oui / non

Dans le cas de la prescription différée avez-vous respecté le délai de 48 heures ? Oui/ non

Nombre de dose de paracétamol donné les 48 premières heures : 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8

A REMPLIR LE SEPTIEME JOUR

Votre enfant souffre t-il toujours de son otite ? Oui / non

Au cours des sept derniers jours votre enfant a t-il souffert de :

Diarrhée ? Oui / non

Vomissement ? Oui / non

Douleur abdominale ? Oui / non

Autre symptôme ? Oui / non

Avez-vous sollicité une nouvelle consultation avec votre médecin généraliste durant les 7 derniers jours ? Oui / non

Jugez-vous le mode de prescription choisi par votre médecin satisfaisant pour la prise en charge des otites de votre enfant ? Oui / non

Votre médecin vous avait-il déjà proposé le mode de prise en charge par prescription différée d'antibiotique pour une otite ? Oui / non

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Impact de la prescription différée d'antibiotique sur la consommation d'antibiotique pour la gestion des otites moyennes aiguës de l'enfant en cabinet de médecine générale.

Thèse de Médecine Clermont Ferrand 2021

RESUME :

Introduction : L'otite moyenne aiguë (OMA) est une des pathologies les plus pourvoyeuse en prescription d'antibiotique. Certains pays Européen ont intégré la PDA dans leur recommandation de pratique clinique.

Objectif : Déterminer si la PDA permet, dans le contexte français, une réduction de la consommation d'antibiotique.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude quantitative ouverte entre octobre 2018 et décembre 2020 dans des cabinets de médecine générale de plusieurs départements français. Les critères d'inclusion étaient : tout enfant de 2 à 12 ans chez qui le médecin traitant diagnostiquait une OMA, ne souffrant pas d'immunodépression, n'ayant pas consommé d'antibiotique durant les quinze derniers jours, dont les parents comprenaient le but de l'étude et le protocole. C'est le médecin en accord avec les parents qui incluait l'enfant soit dans le groupe prescription immédiate (PI) soit dans le groupe PDA.

Résultats : Au total 64 enfants ont été inclus, 43 dans le groupe PDA et 21 dans le groupe PI. Parmi les 43 patients de groupe PDA, seuls 12 ont pris l'antibiotique (28%) contre 21 dans le groupe PI (100%). En cas de PDA il était demandé aux parents d'attendre 48h avant de donner l'antibiotique si l'état de leur enfant ne s'améliorait pas. Sur les 12 enfants du groupe PDA ayant pris l'antibiotique, 9 ont respecté le délai de 48 heures (75%). Les parents ayant donné l'antibiotique ont rapporté une persistance de la fièvre, accompagnée ou non d'une otalgie dans 8 cas sur 9. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes pour la consommation de paracétamol.

Conclusion : La PDA semble être une approche efficace et bien acceptée pour diminuer la consommation d'antibiotique en cas d'OMA chez des enfants de 2 à 12 ans consultant en cabinet de médecine générale.

MOTS CLES : Otite moyenne aiguë, Prescription différée d'antibiotique, Enfants, Cabinet médecin générale

JURY :

Présidente : Madame Sarret Catherine Professeur

Membre du jury : Madame Vaillant Roussel Hélène Docteur

Monsieur Robin Frédéric Docteur

Monsieur Tanguy Gilles Docteur

Monsieur Theis Clément Docteur

DATE DE LA SOUTENANCE : 22 septembre 2021