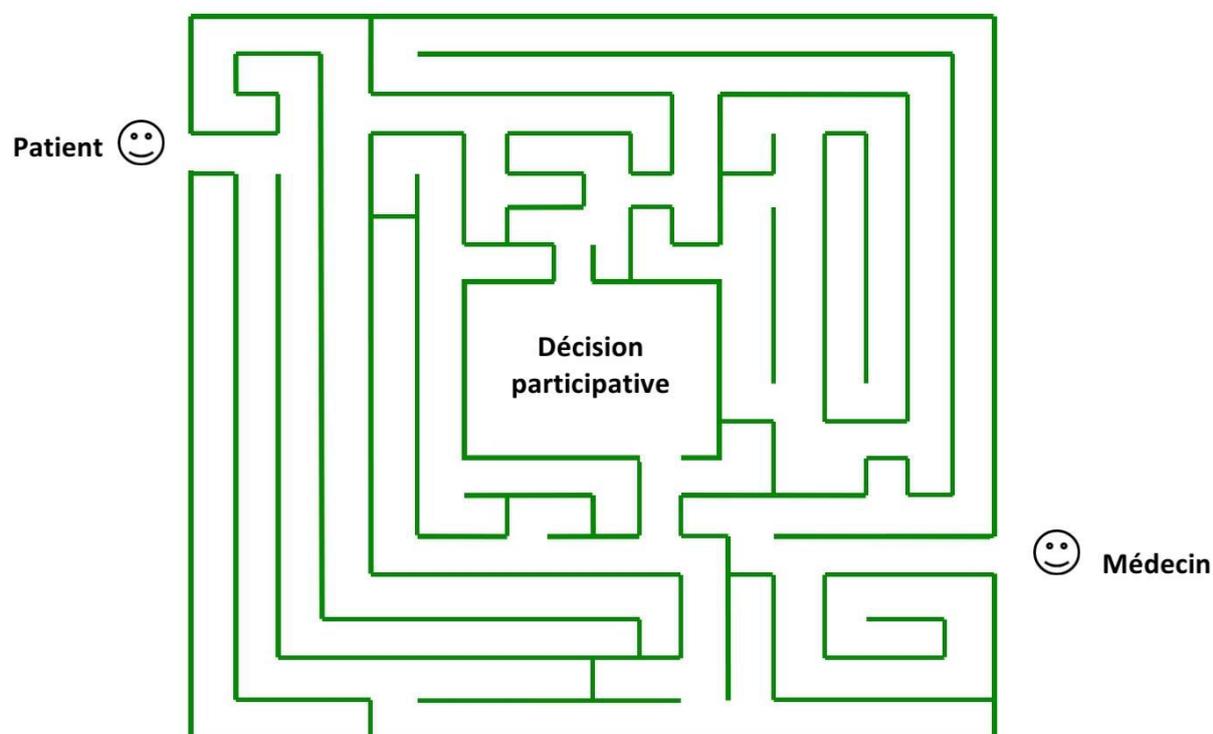


# Guide pour l'animation des cercles de qualité

## Décisions participatives concernant les maladies infectieuses potentiellement autolimitées

Adrian Rohrbasser, Reto Auer, Melinda Toth



<b>Décisions participatives concernant les maladies infectieuses potentiellement autolimitées .....</b>	<b>3</b>
<b>Contexte.....</b>	<b>3</b>
Prescription d'antibiotiques dans les soins médicaux de base.....	3
En quoi consistent les décisions participatives ? .....	3
<b>Fiches informatives pour les médecins .....</b>	<b>3</b>
<b>Outil de soutien à la consultation .....</b>	<b>3</b>
<b>Vignettes cliniques .....</b>	<b>4</b>
<b>Déroulement dans le cercle de qualité .....</b>	<b>4</b>
<b>Sensibilisation à la thématique .....</b>	<b>4</b>
<b>Discussions sur des cas et exercice de prise de décision participative .....</b>	<b>4</b>
Exemples de cas .....	4
Jeu de rôle autour de la prise de décision dans la pratique .....	5
<b>Bibliographie.....</b>	<b>7</b>

## Décisions participatives concernant les maladies infectieuses potentiellement autolimitées

### Contexte

#### Prescription d'antibiotiques dans les soins médicaux de base

L'antibiorésistance est un problème croissant dû à la prescription abusive d'antibiotiques, souvent dans les soins médicaux de base. Si les médecins de premier recours (MPR) prescrivent moins d'antibiotiques, cela devrait freiner le développement de résistances chez les bactéries<sup>1-4</sup>.

Même si des directives relatives à la prescription d'antibiotiques sont édictées à l'échelle nationale, les MPR suisses sont nombreux à continuer de prescrire trop souvent des antibiotiques dans des cas d'infections fréquentes et souvent virales ou d'infections bactériennes autolimitées<sup>5-12</sup>. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les MPR se sentent mis sous pression par les patients pour prescrire des antibiotiques ou que les MPR et leurs patients ne connaissent pas les dangers d'une prescription abusive d'antibiotiques ni les possibilités de traitement alternatives<sup>13-16</sup>. Les explications du MPR sur la prescription abusive d'antibiotiques, les informations sur les alternatives de traitement et le soutien des patients lors des explications peuvent faire baisser le taux de prescription d'antibiotiques.

- Les patients peuvent être informés de manière effective par leur MPR dans le cadre d'une prise de décision conjointe.
- Des patients bien informés choisissent moins souvent l'option du traitement antibiotique<sup>17-21</sup>.

#### En quoi consistent les décisions participatives ?

Dans une prise de décision participative, le patient et le MPR discutent ensemble pour essayer de prendre la meilleure décision possible pour le patient. Ce processus doit regrouper des **informations médicales** (idéalement reposant sur des bases scientifiques), l'**expérience** et les **connaissances** du **MPR**, mais aussi le **vécu, les souhaits et les valeurs** du **patient**. La responsabilité de la mise en œuvre de la décision concernant le diagnostic ou le traitement est ainsi partagée et peut s'éloigner de l'option considérée tout d'abord comme étant la meilleure par le MPR<sup>22</sup>.

Deux éléments clés de ce processus décisionnel sont la prise de connaissance des **préférences du patient** et l'**échange de connaissances** entre le MPR et le patient<sup>23</sup>. Pour ce faire, les deux parties doivent être d'accord qu'une évaluation médicale de la situation est possible et nécessaire, qu'une décision doit être prise et qu'elles veulent développer ensemble les options de diagnostic et de traitement dans un partenariat égal<sup>24</sup>. Il s'agit de présenter au patient, sous une forme qu'il peut comprendre, différentes possibilités reposant idéalement sur des bases scientifiques, leurs avantages et leurs inconvénients. Ainsi, on renforce la prise de décision du patient en fonction de ses propres objectifs et on lui permet de faire un choix autonome sur la base des meilleures informations concernant les différentes options de traitement avec leurs « pour » et leurs « contre »<sup>25</sup>.

#### Fiches d'information pour les médecins

Les fiches d'information pour les médecins contiennent les informations les plus importantes sur une maladie spécifique et s'articulent autour de l'**épidémiologie, du tableau clinique, du diagnostic et des possibilités de traitement avec et sans antibiotiques**. Les fiches d'information servent de guides et de vues d'ensemble pour les MPR.

Dans les cercles de qualité, les vignettes cliniques élaborées ou des exemples caractéristiques propres aux participants peuvent être utilisés pour retracer les tableaux cliniques typiques, leur épidémiologie, les symptômes cliniques, les signes alarmants, les risques de complications (avec et sans traitement antibiotique) ainsi que les effets et les risques d'un traitement antibiotique.

## Outil de soutien à la consultation

L'outil de soutien à la consultation (**OuSaC**) est disponible sous :

[https://www.biham.unibe.ch/research/tools\\_to\\_facilitate\\_shared\\_decision\\_making/index\\_eng.html](https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html)

Nous avons rédigé des OuSaC sur l'infection urinaire, les maux de gorge, l'otite moyenne aiguë (OMA), la rhinosinusite et la toux aiguë d'origine infectieuse.

Ces outils servent d'aides à la décision participative pour le patient ; ils doivent être expliqués au patient par le MPR et discutés ensuite conjointement.

## Vignettes cliniques

Les questions et les vignettes cliniques sur chaque maladie infectieuse potentiellement autolimitée sont envoyées aux participants du cercle de qualité avant la rencontre afin de les préparer à la matière abordée. Les évolutions spontanées, les risques avec et sans traitement antibiotique ainsi que les risques du traitement antibiotique sont thématiques spécifiquement. Si les questions sont traitées avant la rencontre, le médiateur peut présenter un résumé des résultats au groupe.

Sinon, les questions peuvent être traitées en groupe et servir d'introduction et de sensibilisation à la thématique (voir ci-dessous).

## Déroulement dans le cercle de qualité

### Sensibilisation à la thématique

Sensibilisation à la thématique consistant, pour le médiateur, à résumer les réponses des participants au cercle de qualité dans un graphique (liste Excel).

Sensibilisation à la thématique consistant à étudier de manière approfondie les questions et les vignettes cliniques préparées. Par exemple, il est envisageable que les participants saisissent leurs réponses au moyen de smartphones afin que leur répartition puisse être visualisée dans le groupe.

### Discussions sur des cas et exercice de prise de décision participative

Entretien, discussion et évaluation du contenu des fiches d'information pour les médecins (*Evidence Based Summary Information, EBSI*) sur la base de cas propres aux participants, des vignettes cliniques envoyées avant la rencontre ou des exemples de cas ci-dessous.

Lecture attentive et compréhension de l'OuSaC. Exercice de prise de décision participative au moyen des exemples de cas dans le cadre de jeux de rôle au sein du cercle de qualité. Le MPR et le patient disposent de l'OuSaC.

## Exemples de cas

### Exemple de cas 1 : infection urinaire simple

Une femme de 29 ans (sans facteurs de risque) souffre des symptômes suivants depuis deux jours : besoin d'uriner plus fréquent, pollakiurie, brûlures et douleurs lors de la miction, mais pas d'écoulement vaginal ni de fièvre. Elle vient au cabinet pour solliciter votre aide. Elle se sent malade, mais travaille tout de même et aimerait être rapidement guérie, car elle ne peut pas se permettre d'être absente de son travail. La veille, elle a pris 3 x 500 mg de paracétamol contre la douleur, sinon elle n'a encore rien fait pour soigner les symptômes.

### Exemple de cas 2 : maux de gorge

Un enseignant de 50 ans (sans maladie préexistante) a mal à la gorge et lors de la déglutition depuis la veille. En outre, il se sent un peu fatigué et a mesuré le matin même une température corporelle de 37,8 °C. Comme il doit beaucoup parler pendant ses cours et qu'il ne veut en aucun cas être encore enrôlé, il demande des antibiotiques contre ces maux de gorge gênants. L'examen montre des amygdales rouges et chargées.

### Exemple de cas 3 : douleurs auriculaires aiguës

Otto, un enfant de 14 mois dont la croissance est bonne, présente une congestion et un écoulement nasal purulent depuis environ une semaine d'après sa mère. Depuis deux jours, Otto pleurniche beaucoup et touche constamment son oreille gauche. Couché, il est plus agité que lorsque sa mère le porte. Otto a eu de la fièvre à certains moments, brièvement supérieure à 38,5 °C. À présent, Otto est plutôt grincheux, mais suit attentivement tout ce qu'il se passe. L'examen otoscopique montre que le tympan gauche est rouge et bombé vers l'avant ; le tympan droit est également rouge, mais sa forme est normale.

### Exemple de cas 4 : rhinosinusite

Madame Sini a 45 ans et se plaint pendant la consultation d'un refroidissement durant depuis une semaine avec congestion nasale, perte de l'odorat et maux de tête. Elle se sent assez épuisée, car elle dort mal à cause de son nez bouché. Elle a eu de la fièvre pendant deux jours (38,3 °C), mais sa température est revenue à la normale. Madame Sini craint une sinusite chronique et aimerait savoir si un traitement antibiotique serait pertinent. Jusqu'alors, elle a fait des inhalations quotidiennes de camomille, mais elle a besoin de quelque chose de plus efficace.

### Exemple de cas 5 : toux aiguë d'origine infectieuse

Monsieur Lunger, un architecte de 62 ans (sans maladie préexistante) explique qu'il souffre depuis onze jours d'une toux forte avec mucosités. Il a tout d'abord eu un rhume et la gorge qui grattait avant que les symptômes ne s'aggravent. Depuis, il a mal à la tête et a des douleurs musculaires thoraciques à force de tousser. Il n'est pas possible qu'un « refroidissement » dure aussi longtemps. Il est persuadé qu'il a une pneumonie, même s'il n'a pas de fièvre, et comme il perd gentiment patience, il aimerait immédiatement faire une radiographie des poumons et commencer un traitement antibiotique.

## Jeu de rôle pratique autour de la prise de décision

Exercez les différentes étapes au cours de jeux de rôle avec vos propres exemples ou ceux exposés ci-dessus.

Une prise de décision participative pourrait se dérouler de la manière suivante dans la pratique : un entretien sur une procédure médicale spécifique comporte des éléments médicaux, mais aussi un soutien émotionnel du patient basé sur la confiance. Les patients attendent de la compétence professionnelle, de l'empathie, du temps, un intérêt sincère et du respect<sup>26,27</sup>. Être à disposition en tant que personne de confiance et interlocuteur fait partie du rôle du médecin traitant. Les patients ne demandent pas au MPR de disposer activement de toutes les connaissances, mais d'utiliser les outils d'aide<sup>26</sup>.

L'approche des trois étapes de Glyn Elwyn (2012) peut être appliquée au processus<sup>25</sup>.

### Les trois étapes :

1. **Choice talk** : expliquer qu'une décision doit être prise
2. **Option talk** : présenter les différentes options, dont celle de ne *rien* faire
3. **Decision talk** : prendre une décision en tenant compte des valeurs et des préférences du patient

### **Choice talk :**

- Résumez la situation et expliquez qu'une décision doit être prise.
- Expliquez qu'il y a différentes options, c'est-à-dire une possibilité de choix. Cette indication est parfois mal interprétée par les patients. Ces derniers ont l'impression que le MPR est incompetent et/ou ne dispose pas de suffisamment de connaissances. Évitez ce malentendu en disant, par exemple : « L'une et l'autre procédure se fondent sur des raisons valables. Je souhaite discuter de ces raisons avec vous. »
- Justifiez pourquoi vous voulez prendre cette décision avec le patient. Soulignez l'importance de prendre en compte l'opinion individuelle du patient et le fait que, en médecine, il n'y a pas de certitude absolue.

*Remarque :*

Pour certains patients, avoir le choix est agaçant. Si vous observez cela ou que le patient vous le dit, expliquez encore une fois pourquoi vous souhaitez impliquer le patient dans la décision.

Reportez la décision jusqu'à la fin de l'entretien (*decision talk*). Certains patients demandent déjà à ce moment-là quelle décision prendre. Dites, par exemple : « Je vous explique volontiers comment je vois la situation. Cependant, j'aimerais d'abord passer en revue les différentes options avec vous afin que vous compreniez mieux de quoi il s'agit. »

**Option talk :**

- Interroger les patients sur l'état de leurs connaissances. Même des patients bien informés ne connaissent pas toutes les options et leurs conséquences. Utilisez un langage clair et compréhensible. Soulignez les similarités (« dans les deux cas, vous pouvez prendre des médicaments antidouleurs ») et les différences (« dans le premier cas, le traitement consiste à prendre des médicaments antidouleurs, dans le second cas, il s'agit d'antibiotiques »). Formulez également la possibilité **de ne rien faire**. Évoquez les craintes et les réticences qui proviennent souvent d'expériences faites ou rapportées par la famille et les proches.
- Décrivez les avantages et les inconvénients de chaque option. Il s'agit de l'un des éléments centraux dans la prise de décision participative. Transmettez les informations en quantité assimilable et vérifiez que celles-ci soient comprises (« *chunking and checking* »).

*Remarque :*

Consultez les outils de soutien à la consultation. Ces derniers ont été conçus de manière intelligible en collaboration avec des patients et sont fondés sur des bases scientifiques.

Résumez les options et vérifiez dans quelle mesure le patient a compris vos explications en lui demandant de décrire les options proposées dans ses propres termes (« *teach back* »). Cela permet de repérer les malentendus.

**Decision talk :**

- Concentrez-vous sur les préférences des patients. Aidez les patients à les formuler.
- Vérifiez auprès des patients s'ils en savent assez pour prendre une décision.

*Remarque :*

Expliquez aux patients qu'ils peuvent changer d'avis en tout temps et faire marche arrière. Cela permet à de nombreux patients de prendre une décision plus facilement.

## Bibliographie

1. Butler CC, Dunstan F, Heginbotham M, et al. Containing antibiotic resistance: decreased antibiotic-resistant coliform urinary tract infections with reduction in antibiotic prescribing by general practices. *Br J Gen Pract.* 2007;57(543):785-792.
2. Hillier S, Roberts Z, Dunstan F, Butler C, Howard A, Palmer S. Prior antibiotics and risk of antibiotic-resistant community-acquired urinary tract infection: a case-control study. *The Journal of antimicrobial chemotherapy.* 2007;60(1):92-99.
3. Seppala H, Klaukka T, Vuopio-Varkila J, et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. Finnish Study Group for Antimicrobial Resistance. *The New England journal of medicine.* 1997;337(7):441-446.
4. Gasser M, Zingg W, Cassini A, Kronenberg A. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in Switzerland. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(1):17-18.
5. Adriaenssens N, Coenen S, Versporten A, et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe (1997-2009). *Antimicrob Chemother.* 2011;66 Suppl 6:vi3-12.
6. Control ECfDPa. Summary of the Latest Data on Antibiotic Consumption in the European Union. <http://ecdc.europa.eu/en/eaad/antibiotics-get-informed/antibiotics-resistance-consumption/Pages/data-reports.aspx>. ESAC-Net Surveillance Data November 2016.
7. Müller-Brodmann DH, Dagmar. Swiss Antibiotic Resistance Report 2020: Usage of Antibiotics and Occurrence of Antibiotic Resistance in Switzerland. Bern Nov. 2020.
8. Glinz D, Leon Reyes S, Saccilotto R, et al. Quality of antibiotic prescribing of Swiss primary care physicians with high prescription rates: a nationwide survey. *The Journal of antimicrobial chemotherapy.* 2017;72(11):3205-3212.
9. Glinz D. Verbesserungspotential beim Antibiotikaeinsatz. *Bulletin des médecins suisses.* 2018;99(45):1591-1593.
10. Glinz D, Mc Cord KA, Moffa G, et al. Antibiotic prescription monitoring and feedback in primary care in Switzerland: Design and rationale of a nationwide pragmatic randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials Commun.* 2021;21:100712.
11. Hürlimann D, Limacher A, Schabel M, et al. Improvement of antibiotic prescription in outpatient care: a cluster-randomized intervention study using a sentinel Surveillance network of physicians. *The Journal of antimicrobial chemotherapy.* 2015;70(2):602-608.
12. Hemkens LG, Saccilotto R, Reyes SL, et al. Personalized Prescription Feedback Using Routinely Collected Data to Reduce Antibiotic Use in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine.* 2017;177(2):176-183.
13. Weiss M, Deave T, Peters T, Salisbury C. Perceptions of patient expectation for an antibiotic: a comparison of walk-in centre nurses and GPs. *Fam.Practice.* 2004;21(5):492-499.
14. Hamm RM, Hicks RJ, Bembem DA. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? *J Fam Pract.* 1996;43(1):56-62.
15. Dekker ARJ, Verheij TJM, van der Velden AW. Inappropriate antibiotic prescription for respiratory tract indications: most prominent in adult patients. *Family Practice.* 2015;32(4):401-407.
16. Kianmehr H, Sabounchi NS, Seyedzadeh Sabounchi S, Cosler LE. Patient expectation trends on receiving antibiotic prescriptions for respiratory tract infections: A systematic review and meta-regression analysis. *Int J Clin Pract.* 2019;73(7):e13360.
17. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, Beller EM, Hoffmann TC. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane database of systematic reviews (Online).* 2015;2015(11):Cd010907.
18. van Esch TEM, Brabers AEM, Hek K, van Dijk L, Verheij RA, de Jong JD. Does shared decision-making reduce antibiotic prescribing in primary care? *The Journal of antimicrobial chemotherapy.* 2018;73(11):3199-3205.
19. Bakhit M, Del Mar C, Gibson E, Hoffmann T. Shared decision making and antibiotic benefit-harm conversations: an observational study of consultations between general practitioners and patients with acute respiratory infections. *BMC Family Practice.* 2018;19(1).
20. Visschers V, Feck V, Herrmann A. Wie nehmen Konsumenten und Konsumentinnen Antibiotika, Antibiotikaresistenzen und Antibiotikaverbrauch wahr? Rapport finale Einer qualitativen und einer quantitativen Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. 2018.
21. Fröhli D. Bevölkerungsumfrage zu Antibiotikaresistenzen 2020: Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Adligenswil: Demo SCOPE AG; 30 settembre 2020
22. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract.* 2000;50(460):892-899.
23. Waldron T, Carr T, McMullen L, et al. Development of a program theory for shared decision-making: a realist synthesis. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):59.
24. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine (1982).* 1997;44(5):681-692.
25. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine.* 2012;27(10):1361-1367.
26. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. London: King's Fund. 2011.
27. Schnell MW, Schulz C. Basiswissen Palliativmedizin. Springer; 2012.