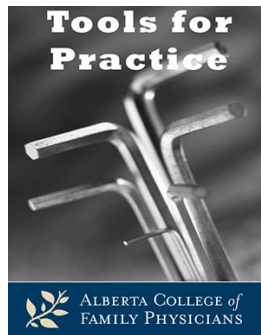


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 3 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

3 octobre 2011



Les avantages et les limites des « prescriptions différées » d'antibiotiques pour traiter l'infection des voies respiratoires supérieures (IVRS)

Question clinique : Quels sont les avantages et les limites des « prescriptions différées » d'antibiotiques pour traiter l'infection des voies respiratoires supérieures (IVRS)?

Données probantes

Une « prescription différée d'antibiotiques » comprend le conseil de seulement remplir l'ordonnance au besoin.

- Revue systématique Cochrane¹ :
 - Neuf essais cliniques randomisés (ECR) ont comparé la prescription différée d'antibiotiques et la prescription immédiate d'antibiotiques :
 - Ordonnances d'antibiotiques remplies : 32 % dans le groupe des prescriptions différées et 93 % dans le groupe des prescriptions immédiates.
 - Résultats des prescriptions différées par rapport aux prescriptions immédiates (des différences statistiquement significatives ont été signalées) :
 - Bronchite ou rhume : aucune différence;
 - Pharyngite : deux études ont constaté que la gravité de la fièvre au 3^e jour était pire avec la prescription différée, mais les autres résultats n'étaient pas différents.
 - Otite moyenne : une étude a constaté que la gravité de la douleur et du malaise au 3^e jour était pire avec la prescription différée, mais les autres résultats n'étaient pas différents.
 - Les prescriptions différées étaient associées à une légère réduction du taux de satisfaction des patients (87 % par rapport à 92 %).
 - Dans une étude, le taux de retour des patients était plus faible avec les prescriptions différées.
 - Événements indésirables : deux études ont constaté une réduction de la diarrhée dans le groupe des prescriptions différées.

- o Nouvel ECR : Chez les patients qui avaient déjà vu le médecin pour la toux et qui avaient reçu des antibiotiques, les prescriptions différées ont réduit de façon statistiquement significative les taux de retour des patients².

Contexte

- Une revue systématique précédente (quatre ECR) a obtenu des résultats semblables³.
- Les préoccupations à l'égard des antibiotiques comprenaient ce qui suit :
 - o Elles peuvent promouvoir les bactéries résistantes chez l'utilisateur et au sein de la population^{4,5}.
 - o Les effets secondaires (p. ex. les éruptions cutanées et la diarrhée)⁶ sont fréquents.
- Trois ECR ont comparé la prescription différée d'antibiotiques à aucun antibiotique¹ :
 - o Chez le groupe n'ayant pas reçu d'antibiotiques, 14 % ont rempli une ordonnance d'antibiotiques, par rapport à 32 % pour le groupe des prescriptions différées.
- Les prescriptions différées ne sont pas appropriées lorsque les patients :
 - o Présentent des symptômes plus graves⁷ (p. ex. chez les enfants atteints d'une otite moyenne, ceux qui avaient de la fièvre ou qui vomissaient ont obtenu de pires résultats avec la prescription différée d'antibiotiques⁸);
 - o Présentent d'importantes comorbidités (p. ex. une insuffisance cardiaque)⁷;
 - o Font face à des obstacles qui les empêchent d'avoir accès à des soins de suivi.

Conclusion : Les prescriptions différées d'antibiotiques par rapport aux prescriptions immédiates réduisent de façon considérable l'utilisation des antibiotiques, mais elles pourraient empirer légèrement certains résultats symptomatiques. Les prescriptions différées peuvent aussi réduire le taux de retour des patients, et dans le cas des IVRS bénignes, elles ne sont pas associées à des conséquences négatives importantes.

Auteurs : Noah Ivers, M.D., CCMF, Bruce Arroll, MBChB, Ph. D., FRNZCGP, et G. Michael Allan, M.D., CCMF

1. Cochrane Database Syst Rev, 2007 Jul 18, (3) : CD004417.
2. Br J Gen Pract, 2009 Oct, 59(567) : 728-734.
3. Br J Gen Pract, 2003 Nov, 53(496) : 871-877.
4. BMJ, 1996, 313 : 387-391.
5. Thorax, 1995, 50 : 481-483.
6. Pediatrics, 1997, 100(4) : 585-592.
7. NICE clinical guideline 69, London, National Institute for Health and Clinical Excellence, July 2008. Sur Internet : <http://www.nice.org.uk/Guidance/Topic> (consulté le 15 août 2011).
8. BMJ, 2002 Jul 6, 325(7354) : 22.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez

vous abonner à la liste de distribution à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.