



**HAL**  
open science

# Exploration des déterminants culturels dans l'usage des antibiotiques dans le contexte des infections respiratoires courantes en soins primaires en France

Olivia Herrou

► **To cite this version:**

Olivia Herrou. Exploration des déterminants culturels dans l'usage des antibiotiques dans le contexte des infections respiratoires courantes en soins primaires en France. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01464535

**HAL Id: dumas-01464535**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01464535>**

Submitted on 10 Feb 2017

**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.

**EXPLORATION DES DETERMINANTS CULTURELS DANS  
L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES DANS LE CONTEXTE DES  
INFECTIONS RESPIRATOIRES EN SOINS PRIMAIRES  
EN FRANCE**

Thèse présentée et soutenue publiquement

Le 14 juin 2016

Par **HERROU Olivia**, née le 24 mars 1984 à Nice

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine

**Membres du jury**

Président : Monsieur le Professeur Christian PRADIER  
Assesseurs : Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER  
Monsieur le Professeur Pierre DELLAMONICA  
Directeur de thèse : Madame le Docteur Pia TOUBOUL

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTE DE MEDECINE

---

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

M. BAQUÉ Patrick

**Vice-Doyen**

M. BOILEAU Pascal

**Assesseurs**

M. ESNAULT Vincent  
M. CARLES Michel  
Mme BREUIL Véronique  
M. MARTY Pierre

**Conservateur de la bibliothèque**

Mme DE LEMOS Annelise

**Directrice administrative des services**

Mme CALLEA Isabelle

**Doyens Honoraires**

M. AYRAUD Noël  
M. RAMPAL Patrick  
M. BENCHIMOL Daniel

**Professeurs Honoraires**

M. BALAS Daniel  
M. BATT Michel  
M. BLAIVE Bruno  
M. BOQUET Patrice  
M. BOURGEON André  
M. BOUTTÉ Patrick  
M. BRUNETON Jean-Noël  
Mme BUSSIERE Françoise  
M. CAMOUS Jean-Pierre  
M. CHATEL Marcel  
M. COUSSEMENT Alain  
M. DAR COURT Guy  
M. DELLAMONICA Pierre  
M. DELMONT Jean  
M. DEMARD François  
M. DOLISI Claude  
M. FRANCO Alain  
M. FREYCHET Pierre  
M. GÉRARD Jean-Pierre  
M. GILLET Jean-Yves  
M. GRELLIER Patrick  
M. HARTER Michel  
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel  
M. LAMBERT Jean-Claude  
M. LAZDUNSKI Michel  
M. LEFEBVRE Jean-Claude  
M. LE BAS Pierre  
M. LE FICHOUX Yves  
Mme LEBRETON Elisabeth  
M. LOUBIERE Robert  
M. MARIANI Roger  
M. MASSEYEFF René  
M. MATTEI Mathieu  
M. MOUIEL Jean  
Mme MYQUEL Martine  
M. OLLIER Amédée  
M. ORTONNE Jean-Paul  
M. SAUTRON Jean Baptiste  
M. SCHNEIDER Maurice  
M. SERRES Jean-Jacques  
M. TOUBOL Jacques  
M. TRAN Dinh Khiem  
M VAN OBBERGHEN Emmanuel  
M. ZIEGLER Gérard

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques  
 M. BASTERIS Bernard  
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
 Mme DONZEAU Michèle  
 M. EMILIOZZI Roméo  
 M. FRANKEN Philippe  
 M. GASTAUD Marcel  
 M. GIRARD-PIPAU Fernand  
 M. GIUDICELLI Jean  
 M. MAGNÉ Jacques  
 Mme MEMRAN Nadine  
 M. MENGUAL Raymond  
 M. POIRÉE Jean-Claude  
 Mme ROURE Marie-Claire

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)

M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

### PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

### PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

### PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

### MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

## PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

## PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## REMERCIEMENTS

### **À Monsieur le Professeur Christian PRADIER,**

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury afin de juger mon travail.  
Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

### **À Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. C'est avec bienveillance que vous avez accepté de faire partie de ce jury de thèse et je vous en remercie. Merci également pour votre encadrement au cours de ce troisième cycle.  
Soyez assuré de ma profonde estime et de ma sincère gratitude.

### **À Monsieur le Professeur DELLAMONICA,**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Je suis honorée de votre présence dans ce jury.  
Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

### **À ma directrice de thèse, le Docteur Pia TOUBOUL,**

Merci de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir permis de participer à ce projet.  
Je vous remercie de m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail et de m'avoir soutenue. Merci pour votre patience, votre gentillesse et surtout votre disponibilité durant tous ces mois.  
Soyez assurée de ma sincère gratitude et de ma reconnaissance.

## **Aux médecins et équipes soignantes des différents services ayant participé à ma formation pendant mes 3 années d'internat,**

Endocrinologie, Pasteur : Pr Canivet et Pr Friedenrich  
MGU, St Roch : Pr Bertrand, Pr Fournier, Dr Romankiewicz,  
Urgences pédiatriques, Lenval : Dr Haas, Dr Martin d'Escricenne, Dr Tran,  
Gynécologie, Archet : Pr Bongain, Dr Galiba  
Médecine Interne, La Fontone : Dr Quinsat

**Merci à mes superviseurs de SASPAS et maître de stage**, qui ont guidé mon parcours et participé à ma formation de médecin généraliste. Merci pour votre disponibilité, votre implication dans l'enseignement et la confiance que vous avez su m'accorder. Un merci tout particulier aux Dr Slim Andréa et Jean Luc Baldin pour tout ce que vous m'avez apporté. Je suis heureuse de continuer ma formation avec vous au sein de nos ratapignatas mensuels.

**Merci aux médecins que j'ai remplacé et leurs secrétaires**, qui m'ont soutenue dans la réalisation de ce travail : Jean Luc Dybal, Sandrine Viani et Emmanuela, Marie-Fleur Alquier, Annick et Maryvone....

**Merci à Barbara**, la maman de substitution de tous les étudiants niçois, votre présence ce soir montre à quel point vous aimez vos petits protégés !

### **À ma famille,**

**À ma petite lentille**, mon trésor. Ton arrivée a chamboulé ma vie. Tu m'as fait découvrir ce que c'est d'aimer sans condition. Je ferai tout mon possible pour que te rendre heureuse dans la vie.

**À toi, mon baby of love**, amour de ma vie, parce que toi et moi, c'est la fourchette, la FAQ, notre petite lentille, parce que c'est tes blagues pas drôles qui me font rire à tous les coups et tes imitations hors du commun "oh bravo !!". On était décidément fait pour être ensemble ! Parce-que surtout tu as changé ma vie pour la rendre merveilleuse, plus que je n'aurais jamais pu l'imaginer. Je t'aime de tout mon cœur.

**À mes parents**, sans vous rien de cela ne serait possible. Quelle bonne idée il a eu de me mettre sur votre route ce 24 mars 1984 ! Vous avoir tous les jours à mes côtés est une chance immense. Je suis consciente de tout l'amour et le soutien que vous m'apportez, ces dernières semaines en sont la preuve, et je vous en serais éternellement reconnaissante.

**À mon père**, tu m'as amené là où je suis aujourd'hui. Tu es toujours là quand j'en ai besoin. Je suis consciente de tous les sacrifices que tu as fait pour que nous soyons heureux dans la vie. Je t'aime tant.

**À ma mère**, ma petite maman, tu es merveilleuse, est ce que tu le sais ? J'ai tellement de chance de t'avoir dans ma vie. Si j'offre à Manon ne serait ce que la moitié de tout ce que tu as pu m'apporter, elle sera là plus chanceuse de toutes les petites filles du monde.

**À mon frère**, j'ai beaucoup d'admiration pour toi... tu es tellement brillant ! Tu es peut-être le seul à ne pas le savoir... Nous sommes tous très fier de toi, et je dis bien tous ! Manon ne s'ennuiera jamais avec un parrain comme ça et je m'en réjouis d'avance. Je t'aime fort mon frère !! Une spéciale dédicace à mon petit Ludo qui aura le mérite de supporter tes chansonnettes incessantes depuis toute ces années !! ^^

**À ma grand-mère**, ma petite Jeannette. T'avoir désormais auprès de nous me comble de joie. Comme j'aime que tu me racontes ton enfance et toutes tes sacrées histoires ! Je suis heureuse de savoir que Manon aura la chance de partager ces beaux souvenirs avec toi également.

**À mes grand parents**, Vous êtes partis trop tôt mais les souvenirs que vous nous avez laissés sont teintés de bonheur et de douceur. J'ai eu une enfance merveilleuse grâce à vous. J'espère que de là où vous ne loupez pas la fête !

**À ma marraine et mon oncle**, quelle énergie ! La retraite ne vous aura jamais autant stimulée : tango, voyage, sorties... on ne les arrête plus. Vous êtes supers, ne changez rien !

**À mes cousins, Gaby et Philou**, même si je ne profite pas de vous comme je le voudrais, vous êtes dans mon cœur et dans mes pensées. Je vous aime fort.

**À Evelyne et Gilles**, j'ai tellement de chance de vous avoir comme beaux-parents. Vous m'avez toujours si bien accueilli. Je vous considère comme ma famille et je vous remercie pour tout ce que vous faites pour moi tous les jours.

**À ma belle-famille**, vous êtes exceptionnelles !! A-t-on déjà vu autant d'ambiance dans les réunions de famille ?!! Il y a beaucoup d'amour entre vous et j'ai beaucoup de chance de participer à ces beaux moments de partage !!

**À mes amis de toujours,**

**À ma Karinette**, me rendre compte que malgré les kilomètres qui nous séparent, nous avons toujours ce même lien d'amitié. Je suis fière de tout ce que tu as accompli. J'espère que nos petites puces auront la chance de s'aimer autant et de partager autant de fous rires ensemble. Tu manques énormément à ma vie, tu es ma sœur de cœur.

**À ma Melou**, cela fait plus de 20 ans que nous grandissons ensemble. Nous avons partagé tellement de choses : des moments merveilleux, plus durs...nos rituels du dimanche soir (qu'on a trop abandonné ces derniers temps), des moments magiques avec l'arrivée de Nina et Manon...Il est impossible de résumer en quelques lignes ce que tu représentes pour moi. Tu es indispensable à ma vie. Tout comme mon Juju ! Cyril ne jure que par toi et je le comprends ! Tu es une personne en or et je suis heureuse de te compter parmi mes amis.

**À ma Anouche**, Tu es probablement ma plus vieille amie. Je ne peux résumer ici tous les moments géniaux et tous les fous rires qu'on a pu avoir au travers des années. Merci pour tout ce que tu m'apportes. Malgré notre petit passage à vide, notre amitié est encore plus forte aujourd'hui. La relève est assurée et je suis heureuse de partager ces moments de joie avec toi. Minorance, tu es un mec formidable. Tes avis sur la société et le monde moderne aiguïseront toujours ma curiosité. Je suis heureuse de ton compter parmi mes amis.

**À mon Jacky**, je nous revois arpentant les rues désertes de Saint Andrew criant « Leon » à qui veut l'entendre. Toi et moi, ce ne sont que de supers souvenirs. Merci pour ton aide précieuse pour les travaux. Tu vas voir, c'est canon !! Alex je t'adore et merci de rendre mon vivi heureux.

**À Ruthinette**, on en aura parcouru des choses depuis les bancs du lycée ! Quand je pense à toi, ce ne sont que fous rires sur fous rires qui me reviennent. Tant de joie de vivre que tu as su transmettre à tes merveilleuses petites poupées. Je vous adore avec Mikado et suis heureuse de vous compter parmi mes amis.

**À Nanou**, ma petite pile électrique. Ces derniers mois ne t'ont pas épargné mais tu as su rebondir d'une main de maître. J'admire ton courage et ta joie de vivre. Les soirées avec toi, c'est...de la dynamite ! Francis a d'ailleurs du mal à suivre le rythme !!^^

**À Arnaud**, mon petit Caribou ! Tu as choisi de partir dans le pays des maudits pancakes tabernacles. Mais reviens vite, je ne t'oublie pas !

**À Florence**, Le temps passe, mais rien ne change. C'est toujours un plaisir de te revoir et passer de bons moments ensemble.

**À mes amies de fac**...l'histoire dit qu'au début, c'était elles : la **Team barcelonaise** !!!

**À Marie**, ma douce Marie ! Mon petit chou comme tu te plaîs à le dire si souvent. Tu es probablement ma plus belle rencontre au cours de toutes ces années de fac. Depuis tout ce temps, nous n'avons partagé que de bons moments ensemble, les résumer seraient dignes d'un travail de thèse !! Tu es une des rares personnes que je peux avoir 6 fois par jour au téléphone et à qui j'aurai toujours un truc à dire... et ça crois moi, c'est un signe qui ne trompe pas !!! Je t'aime fort petit chou, restes toute la vie près de moi s'il te plaît !!

**À Virginie**, ma petite guinette ! Nos fous rires et ton humour décapant me manque tellement. Mona ne s'ennuiera jamais avec sa super maman ! L'internat rouennais n'aura pas eu raison de notre amitié. Je ne désespère pas de vous retrouver avec Sinad dans le sud un de ces 4 car vous manquez à ma vie.

**À Aurélie**, ma twin sister !! Tout comme vivi, ce sacré internat rouennais (...ou parisien à vrai dire..) n'aura pas eu raison de notre amitié ! Je ne te le dis pas assez souvent mais tu es merveilleuse (sincèrement !!) et Sancho a énormément de chance de t'avoir dans sa vie. Tant de qualités dans une seule et même personne, est ce possible ? Je t'aime fort ma sister !

**À Carine**, ma petite fée des îles ! Pourquoi t'es partie ???!! Nos apéros sans toi, c'est plus pareil... Reviens !!! Toi et moi, c'est tellement de fous rires, de beaux souvenirs, c'est la Kiri's team !!! Tu me manques trop, ne tardes pas à revenir, il y a encore pleins de belles choses à partager !!

**À Sarah**, ça y est te revoilà parmi nous !!! Et ce pour ma plus grande joie ! Depuis toutes ces années, je t'ai vu évoluer et malgré des moments difficiles, tu es aujourd'hui plus épanouie que jamais. J'espère bien profiter de toi à fond à partir de maintenant !

**À Marine**, tellement d'énergie dans un si petit bout de femme ! Quel beau couple vous formez avec Ali. Après toutes ces épreuves, vous méritez de profiter à fond de la vie. Alors je vous souhaite énormément de bonheur dans vos road trip mais surtout n'oubliez pas de revenir !!

**À Clarisse**, même si ces dernières années nous ont éloignées, je suis toujours là pour les moments importants : ton mariage, la naissance de Joséphine. J'espère que nous partagerons encore de beaux moments ensemble

**À Meryl**, ma co-externe a de nombreuses reprises ! Je suis heureuse de te savoir parmi nous et espère profiter de ta petite puce et toi à fond désormais !

**À ma Team lozéroise** !

**À Sushi !!!!!** Mais qu'est ce que je ferai sans toi ?? Tous ces apéros, ces petits repas entre copines où on refait le monde, toutes ces chorégraphies endiablées sur le dancefloor. Mon shoushano a énormément de chance de t'avoir trouvé et moi je n'imagine plus ma vie sans vous.

**À Côtelette**, ma petite danseuse étoile. Tu ne cesseras jamais de m'épater. Toujours de bonne humeur et le rythme dans la peau. Le Calypso n'a qu'à bien se tenir. Flo, Coco et Nono arrivent !!

**À Helo**, notre petite expatriée grasse. Grâce à toi, Saint Germain de Calberte n'a plus de secret pour nous. A quand notre prochaine virée cévennoise ? Nos petits trips entre copines me manquent... A pikachu et trouloulou !!

**À ma box team...** Aux Copaaaaains !!!

**À Alix**, Parce que ton trismus de fin de soirée et ta tendinite du long biceps me feront toujours marrer, parce que tu es toujours partante pour la rigolade et de bonne humeur. Tu es géniale !!

**À Mymy**, Ma selfiste préférée, « pas de bras, pas de selfies !! ». Heureusement que tu es là pour immortaliser tous ces supers moments ! Les papillons dans le ventre et les langues molles n'ont qu'à bien se tenir !

**À Clem Chou**, Notre petit groupe, très select et réservé aux initiés, ne fera probablement marrer que nous mais c'est bon de pouvoir partager cet amour félin entre amis !! Miaouuuuu

**À Julie L**, tu méritais un immense bonheur et la petite Steph est arrivée. Je suis trop heureuse pour vous. Et sinon... c'est quand qu'on vient à la cabane ???

**À Julie C, et lolo l'abricot**, ça y est la piscine est prête ! on va pouvoir profiter des soirées barbeucs entre potes. Mais attention, on pique pas les merguez, c'est pêché !!!

**À Diane et Nono**, nos nouveaux voisins !! La team Nice nord s'agrandit. On les aura tous un de ces jours !! Hâte de manger la socca sur la libé avec vous et la petite Charlie. A quand les prochaines Beaumes ?!!

**À mes amis d'autres horizons,**

**À Lulu et Martin**, notre amitié est de plus en plus forte. Et avec nos loulous, les 4 fantastiques n'ont qu'à bien se tenir !! Je suis heureuse de partager les premières de nos petits bouts avec vous.

**À Elo et Pidou**, Vous êtes devenus de véritables amis. Je vous connais depuis même pas 5 ans et c'est déjà tellement de moments forts partagés ensemble. Je suis fière que tu sois la marraine de notre Manon. Je vous aime tous les 2.

**À Jé et Stef'Anie**, mon petit saucisson !! Une autre belle rencontre de ces dernières années. Je ne vous vois pas assez !! À quand le prochain Delibo ?!!

**À Laurianne et Lauris**, vous ne le savez pas encore, mais Andréa épousera ma fille !!!^^

**À Laët et Martyx**, roi du .... Vous êtes géniaux tous les 2 ! Parce que c'est pas drôle avec les mains et y'en a marre d'être au top !! Merci pour toutes ces soirées mémorables, le moins qu'on puisse dire c'est qu'on ne s'ennuie pas avec vous ;)

**À Marlène, Ma'ud, Julien, Rach, Katia, José, Céline et les petits bouts...** Vous êtes au top. Je ne m'ennuie jamais à vos côtés ;)))

**À mes copains d'externat,**

**À Alex,** Nos petits déjeuners entre copines ou goûters improvisés me régaler. Je suis heureuse de te compter parmi mes amis désormais. A quand la prochaine pause Nutella avec Soso.

**À Julie D,** notre petit passage à vide n'aura pas entaché la solidité de notre amitié. Je suis heureuse de te retrouver et de profiter de la merveilleuse femme que tu es devenue. Maintenant, va falloir m'apprendre à être aussi sexy que toi en danseuse de salsa !!!

**À Clément, Alain salsa, JC, Greg, Elodie B, Mélanie, Sophie, Gwen,** et j'en oublie sûrement... que de bons souvenirs avec vous sur les bancs de la fac et dans les couloirs de l'hôpital.

**À mes belles rencontres pendant mon internat**

**À Pauline et Nico, Marie T, Claire D, Drew, Aurélie S, Mathilde B, Abdou, Anne Laure, Karine C** ...c'est toujours un plaisir de vous voir.

# Table des matières

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>15</b>
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>17</b>
<b>A. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>17</b>
<b>B. CHOIX DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>17</b>
1) Étude qualitative .....	17
2) Entretiens individuels semi-dirigés.....	17
<b>C. RECRUTEMENT DES PATIENTS ET DES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE .....</b>	<b>17</b>
1) Recrutement des patients .....	17
2) Recrutement des médecins généralistes .....	18
<b>D. ÉLABORATION D'UN GUIDE D'ENTRETIEN ET D'UN QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>18</b>
1) Questionnaire pour recueillir les caractéristiques de l'échantillon .....	18
2) Guide d'entretien pour les entretiens individuels.....	18
<b>E. RECUEIL DES DONNÉES.....</b>	<b>19</b>
1) Réalisation des entretiens individuels jusqu'à saturation de données .....	19
2) Transcription des entretiens Verbatim, après enregistrement.....	19
<b>F. ANALYSE QUALITATIVES DES DONNÉES PAR LE LOGICIEL N'VIVO .....</b>	<b>19</b>
<b>III. RÉSULTATS.....</b>	<b>20</b>
<b>A. RÉSULTATS QUANTITATIFS .....</b>	<b>20</b>
1) Nombre de patients recrutés .....	20
2) Caractéristiques de l'échantillon .....	20
3) Durée des entretiens.....	22
4) Caractéristiques des cabinets de médecins généralistes .....	22
5) Nombre et déroulement des entretiens .....	22
<b>B. RÉSULTATS QUALITATIFS.....</b>	<b>22</b>
1) Perception et connaissance sur les infections respiratoires par le patient.....	23
a) Causes et transmission de l'infection .....	23
b) Évolution spontanée des symptômes en cas de non intervention du médecin.....	23
2) Gestion des symptômes par le patient.....	24
a) Mesures hygiéno-diététiques.....	24
b) Automédication .....	24
c) Conseils en dehors du MG.....	25
3) Facteurs influençant les patients à consulter leur MG.....	26
a) Pour les patients.....	26
b) Pour leurs familles.....	27
4) Consultation .....	28
a) Accès aux soins.....	28
b) Caractéristiques de la consultation .....	29
5) Place du travail et du repos.....	30
a) Place du travail .....	30
b) Place du repos à la maison .....	31
c) Place à l'aspect financier .....	31
6) Relation médecin - patient .....	31
a) La confiance dans le médecin généraliste .....	31
b) Implication du patient dans la consultation par le MG .....	33
c) Satisfaction du patient .....	33
7) Prise en charge médicale.....	34

a)	Prescription d'ordonnance.....	34
b)	Prescription d'arrêt de travail .....	35
c)	Prescription d'antibiotiques .....	36
8)	Perceptions, attitudes, croyances et connaissances des patients sur les médicaments.....	36
a)	Perceptions et connaissances sur les médicaments symptomatiques.....	37
b)	Perceptions et connaissances sur les antibiotiques .....	38
c)	Le mode de fonctionnement des antibiotiques .....	39
d)	Attitude des patients face aux antibiotiques.....	41
e)	Avantages et Inconvénients des antibiotiques exprimés par les patients .....	41
f)	Action des antibiotiques sur l'environnement et la société.....	42
9)	Représentation et connaissances sur la pharmaco résistance.....	43
a)	Notion de pharmaco-résistance par les patients .....	43
b)	Moyens d'information sur la pharmaco-résistance .....	45
c)	Scepticisme sur le concept de pharmaco-résistance.....	46
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>47</b>
<b>A.</b>	<b>MÉTHODOLOGIE : FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>47</b>
1)	Le type d'étude.....	47
2)	L'échantillon .....	47
3)	La méthode de recueil et d'analyse des données .....	48
<b>B.</b>	<b>RÉSULTATS COMPARÉS AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE. ....</b>	<b>49</b>
1)	Résultats comparés aux dimensions culturelles identifiées par Hofstede .....	49
2)	Résultats comparés aux autres déterminants culturels de l'utilisation des antibiotiques identifiés dans la littérature. ....	54
a)	L'expression du diagnostic ou « labelling of diagnosis » .....	54
b)	La perception des médicaments ou « drug perception »(23) .....	54
c)	La sensibilisation aux antibiotiques.....	55
d)	L'expérience individuelle.....	56
e)	Les croyances et interprétations des patients sur la résistance aux antibiotiques .....	57
f)	La communication .....	57
g)	Parallèle entre le point de vue du patient et du médecin sur l'infection et la prise en charge. ....	58
<b>C.</b>	<b>LES CONTRADICTIONS FRANÇAISES : .....</b>	<b>59</b>
1)	La confiance envers le MG versus le changement de MG en cas de non satisfaction. ....	59
2)	La rapidité de consultation versus la faible inquiétude vis-à-vis de l'infection en cours. ....	59
3)	La critique du médicament versus l'automédication. ....	60
4)	Les bonnes connaissances des français versus le taux de consommation d'ATB en France .....	60
<b>V.</b>	<b>INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>62</b>
<b>A.</b>	<b>Intérêt dans la relation médecin-patient .....</b>	<b>62</b>
<b>B.</b>	<b>Intérêt dans les interventions à mettre en place .....</b>	<b>62</b>
<b>C.</b>	<b>Orienter de nouvelles recherches ou perspectives.....</b>	<b>64</b>
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>65</b>
<b>VII.</b>	<b>ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>66</b>
<b>VIII.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>67</b>
<b>IX.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>70</b>
<b>X.</b>	<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>77</b>

## **I. INTRODUCTION**

La prescription inappropriée d'antibiotiques et leur consommation constitue une menace pour la santé publique dans le monde entier conduisant à la croissance de la résistance aux antibiotiques (1) qui, selon le premier rapport de l'OMS en 2014 concernant la résistance aux antimicrobiens, pourrait conduire à une ère post-antibiotique au cours du 21<sup>ème</sup> siècle(2). On estime ainsi qu'en 2050, le nombre de décès annuel lié à la résistance aux antibiotiques pourrait atteindre voire dépasser les dix millions(3).

Dans de nombreux pays européens, 60% de tous les antibiotiques sont prescrits dans les soins primaires et pour les infections des voies respiratoires(4).

En France, entre 2000 et 2013, 90% des prescriptions d'antibiotiques ont été réalisées en soins primaires contre 10% à l'hôpital(4). On estime par ailleurs que 70% des prescriptions d'antibiotiques en France sont réalisées pour des pathologies d'origine virale, principalement respiratoires et pourraient par conséquent être évitées(4).

Un grand nombre d'études nationales et internationales ont été menées pour améliorer notre compréhension des différents aspects de ce problème complexe.

Des campagnes d'information ciblant le grand public, et visant à sensibiliser quant à l'utilisation appropriée des antibiotiques et les dangers de développement de la résistance aux antimicrobiens, ont été menées dans plusieurs pays, ainsi que différentes interventions ciblant les praticiens et autres professionnels de la santé, avec des résultats variables(5). En France, depuis la campagne lancée dans les années 2000 « Les antibiotiques, c'est pas automatique », la consommation de ces médicaments avait globalement baissé de près de 10% entre 2000 et 2013. Cependant, elle repart à la hausse depuis 3 ans et a augmenté de près de 6% depuis 2010(4). Le message s'est essouffé auprès des professionnels et du grand public et les médecins généralistes doivent à nouveau faire face à l'insistance des patients.

De plus, en dépit de toutes ces interventions, les différences dans la consommation d'antibiotiques étudiés et les taux de résistance aux antimicrobiens dans les pays européens restent persistantes au fil des ans(6). Les multiples raisons de ces différences ne sont pas pleinement comprises.

Les facteurs culturels sont souvent cités dans la littérature, comme l'une des explications possibles pour la persistance des différences dans la consommation d'antibiotiques entre les pays, mais sont rarement définis et décrits.

En sociologie, la culture se définit, selon l'UNESCO, comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social. Ces traits infiltrent de manière inconsciente les lois du vivre ensemble dans toutes les relations : familiales, professionnelles, amicales, amoureuses, et expliquent que les sociétés sont différentes les unes des autres(7). En suivant ce raisonnement, il paraît probable que ces traits influencent aussi la relation médecin-patient.

Les dimensions culturelles ont été identifiées par différents auteurs, tels que Hofstede, Hampden-Turner, Trompenaars et Schwartz, et constituent un modèle pour mieux comprendre et mesurer les différences culturelles entre pays en utilisant les divers outils développés.

L'une des approches les plus populaires est basée sur le travail considérable réalisé par le célèbre psycho-sociologue, Geert Hofstede. En effet, il a révolutionné l'analyse et la mesure des différentes cultures et la compréhension des comportements des individus en développant le concept de « culture des pays »(8). Il s'agit de l'ensemble de croyances et de valeurs autour desquelles se situent les individus d'un même pays.

Pour décrire la culture des pays, Hofstede définit quatre « dimensions » quantifiables et indépendantes les unes des autres: la distance hiérarchique, l'aversion pour le risque ou l'évitement de l'incertitude, l'individualisme contre le collectivisme et la masculinité contre la féminité.

Il existe une nuance entre « déterminant culturel » et « dimension culturelle » : Un déterminant culturel est un facteur qui dépend de la culture et qui influence une action. Une dimension culturelle est un outil qui permet de comparer et mesurer deux cultures entre elles.

Une revue systématique mixte de la littérature(9) concernant spécifiquement les déterminants culturels à la prescription des antibiotiques en soins primaires, a été rédigée en collaboration avec les équipes du projet européen et le coordinateur français du projet, le Dr Touboul. Cet article est basé sur le travail de thèse de Johan DRAI, effectué en 2012 à la faculté de médecine de NICE(10). Les résultats ont permis d'identifier de nombreux déterminants culturels liés au patient ou au médecin et suggèrent que les facteurs culturels ne doivent pas être considérés comme une catégorie distincte de déterminants, mais comme une influence omniprésente «en amont» sur toutes les différentes étapes successives du processus de la maladie.

Les recommandations issues de ce travail sont d'approfondir la recherche autour de l'influence culturelle et les multiples et complexes interactions entre les déterminants culturels, les dimensions culturelles, l'éducation, le système de santé et l'utilisation d'antibiotiques en particulier sur le plan qualitatif.

Sur la base des résultats de la revue de la littérature et dans le cadre d'une étude européenne (Norvège, France et Pologne), les objectifs suivants ont été définis pour la présente étude:

Explorer auprès des patients les interactions entre les caractéristiques culturelles et les attitudes ainsi que les comportements envers l'utilisation d'antibiotiques dans le contexte des infections des voies respiratoires aiguës en soins primaires en France.

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **A. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES**

Le logiciel ZOTERO a été utilisé pour la classification des articles et la création de la bibliographie basée principalement sur des revues systématiques de la littérature dans la thématique qui nous intéresse(9) (10).

### **B. CHOIX DE L'ÉTUDE**

#### 1) Étude qualitative

Il s'agit d'une étude qualitative. Une méthodologie qualitative a été choisie car elle semblait la plus adaptée pour approfondir la compréhension d'un phénomène complexe tel que la culture en recueillant des avis et des idées et pour induire des hypothèses. En effet, elle permet de révéler des thèmes dont l'importance est inattendue et qui n'auraient pu être prédéterminés dans une collecte de données quantitatives(11).

#### 2) Entretiens individuels semi-dirigés

L'entretien semi-dirigé individuel est une méthode de recherche qualitative. Cette méthode est pertinente pour explorer les expériences, attitudes, représentations ainsi que les comportements vis-à-vis d'un phénomène précis. Il est alors pertinent de l'utiliser lorsqu'on s'intéresse aux causes et aux logiques qui guident le comportement des individus.

L'enquêteur questionne directement et individuellement la personne sur un sujet défini. L'entretien est partiellement structuré et utilise une grille préétablie de questions ouvertes appelée « guide d'entretien » pour une recherche efficace, mais laissant la place aux données inattendues. Ce choix a donc été retenu.

En effet, les entretiens individuels permettent grâce aux questions ouvertes, une grande liberté d'expression, sans gêne de la part des participants. Ils permettent ainsi d'avoir des réponses plus personnelles et subjectives, sans influence d'un groupe, comme lors des « focus groups ». L'entretien individuel permet au participant de se sentir plus en confiance. Il rappelle le « colloque singulier » avec son médecin.

### **C. RECRUTEMENT DES PATIENTS ET DES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

#### 1) Recrutement des patients

Le recrutement des patients a été réfléchi de manière à obtenir un échantillon théorique diversifié pour obtenir le plus de points de vue différents possible et ainsi mieux refléter la réalité. Cet échantillon devait être le plus représentatif possible de la population ciblée. L'objectif était d'avoir des patients de tout âge, à la seule condition d'être majeur, et de sexe différent, consultant différents MG.

La variation de catégorie socioprofessionnelle était recherchée, ainsi que des origines différentes.

Pour pouvoir participer à l'étude nous avons tenu compte des critères d'inclusions suivants : consulter pour une infection respiratoire courante aigüe, être majeur et parler français couramment.

Les patients éligibles étaient recrutés à l'arrivée dans le cabinet de leur médecin généraliste. Ils étaient abordés dans la salle d'attente du cabinet et une brève explication de l'étude leur était faite, soit par l'investigateur, soit par la secrétaire du cabinet lorsqu'il était déjà en entretien. En cas d'accord pour participer, un consentement était signé.

La fiche de consentement éclairé vierge est disponible dans les annexes de la thèse.

Afin de préserver l'anonymat de chaque patient, un codage correspondant à la lettre P (comme « Patient ») et un nombre (de 1 à 25) a été attribué à chaque patient selon l'ordre chronologique des entretiens (exemple P1 : patient numéro 1, correspond au premier patient interrogé).

Les patients n'avaient pas de rendez-vous avec l'investigateur et acceptaient de participer spontanément, le jour même de leur consultation avec leur MG, à l'entretien qui se déroulait en deux temps : une première partie avant de consulter leur MG et une deuxième après avoir vu leur MG.

Les patients étaient informés qu'il n'existait aucun lien professionnel ou personnel entre l'investigateur et le médecin généraliste concerné pour favoriser leur liberté d'expression.

## 2) Recrutement des médecins généralistes

Les patients ont été recrutés dans les cabinets de huit médecins généralistes consentants, dans des secteurs d'installation différents en milieu urbain et rural, dans le département des Alpes-Maritimes, en secteur 1 et 2, travaillant avec ou sans rendez-vous. Les médecins généralistes ont été contactés soit parce qu'ils connaissaient l'investigateur, soit par hasard.

## **D. ÉLABORATION D'UN GUIDE D'ENTRETIEN ET D'UN QUESTIONNAIRE**

### 1) Questionnaire pour recueillir les caractéristiques de l'échantillon

Un questionnaire pour recueillir les caractéristiques de l'échantillon a été réalisé dans le même temps que le guide d'entretien. Il permettait de notifier l'âge, le sexe, la profession, le statut marital, le pays d'origine du patient et des parents, et le niveau d'étude du participant. Ce questionnaire était anonyme et les noms des participants ont été codés sur une feuille annexe uniquement consultable par l'investigateur.

Ce questionnaire est consultable dans les annexes de la thèse.

### 2) Guide d'entretien pour les entretiens individuels

L'élaboration du guide d'entretien a été réalisée en collaboration avec les équipes du projet européen et le coordinateur français du projet, le Dr Touboul.

Ce guide d'entretien s'intéresse à l'expérience des patients au cours des différentes étapes successives du processus de la maladie.

Il a d'abord été écrit en anglais. Puis il a ensuite été traduit en français et adapté aux conditions d'exercice de la France.

Deux premiers entretiens (en septembre 2014) ont permis de tester la pertinence, la faisabilité et la compréhension des questions du guide d'entretien et ainsi l'adapter. Ces deux entretiens pilotes ont été tout de même utilisés dans l'analyse des résultats, étant donné la qualité des réponses obtenues et les faibles modifications du guide d'entretien effectuées par la suite.

Ce guide d'entretien définitif a été finalisé en novembre 2014.

Il a été créé de façon à se dérouler en deux parties, avant et après la consultation du MG. Les questions devaient être de type ouvertes et neutres, étant donné le choix de l'étude. L'investigateur était formé pour mener des entretiens et en particulier rester neutre lors de l'entretien, pratiquer une écoute active et être capable de modifier les questions en fonction des réponses données pour pouvoir ainsi approfondir le recueil des données(12).

Le guide d'entretien est consultable dans les annexes de la thèse.

## **E. RECUEIL DES DONNÉES**

### **1) Réalisation des entretiens individuels jusqu'à saturation de données**

Les entretiens ont été réalisés de décembre 2014 à décembre 2015. Ils étaient enregistrés sur téléphone mobile avec l'application Dictaphone.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des idées(13). Cette saturation était surveillée par un tableau Excel regroupant les idées principales pour chaque entretien en tenant compte de la diversité de l'échantillon et en vérifiant cette saturation théorique par quelques entretiens supplémentaires. Une capture d'écran du logiciel Excel pour la saturation des données est disponible en Annexe 4.

### **2) Transcription des entretiens Verbatim, après enregistrement**

La transcription Verbatim des entretiens a été faite au fur et à mesure. Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot sur fichier Word par l'investigateur.

## **F. ANALYSE QUALITATIVES DES DONNÉES PAR LE LOGICIEL N'VIVO**

Une analyse thématique (13) des données a été effectuée par l'investigateur en collaboration avec son Directeur de thèse. Ainsi, après une lecture flottante pour se familiariser avec les données, un codage initial pour chaque nouvelle idée a été effectué à l'aide du logiciel N'Vivo 11, permettant de trouver des thèmes, puis de les structurer et les décrire. Un arbre évolutif a été construit à l'aide du logiciel N'Vivo 11 comprenant des «nœuds parents» pour chaque thème, et des « sous-nœuds ». Des « sous-sous-nœuds » étaient parfois créés. Une capture d'écran du logiciel N'Vivo est disponible en annexe 5. Des mémos ont été créés, synthétisant et décrivant chaque idée en l'illustrant par des citations pertinentes.

### III. RÉSULTATS

#### A. RÉSULTATS QUANTITATIFS

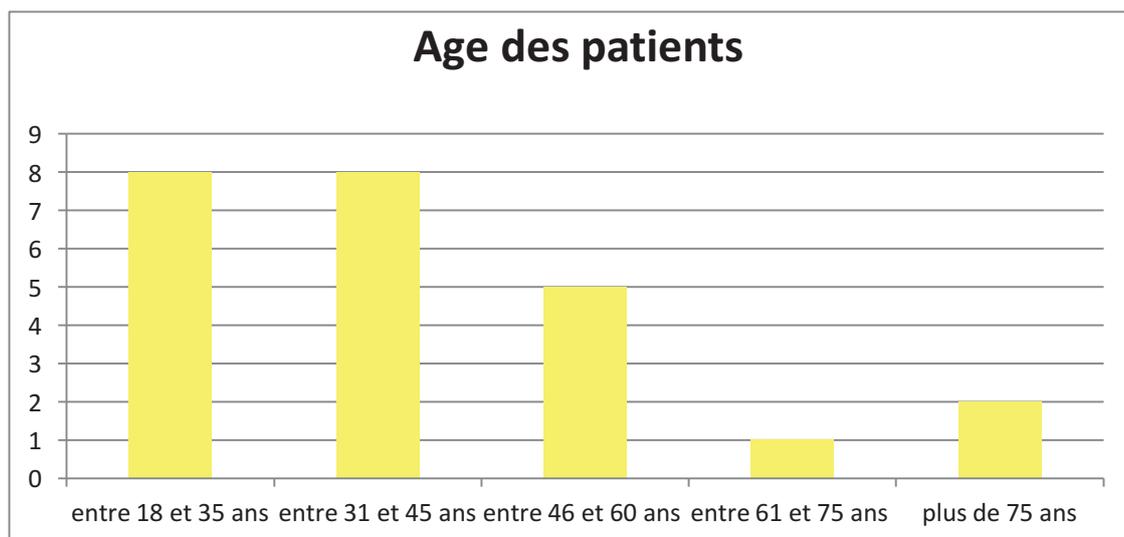
##### 1) Nombre de patients recrutés

Les entretiens ont été menés auprès d'un échantillon théorique varié de 25 patients du département des Alpes-Maritimes.

La plupart des patients étaient enthousiastes car cela leur permettait de rendre leur attente plus active avant leurs consultations. En revanche, nous avons eu quelques refus, principalement liés à la durée de l'entretien. Certains patients ne voulant pas rester pour la deuxième partie, ont préféré décliner la demande, estimant le temps d'attente pour leur consultation déjà trop long.

En effet, il fallait pouvoir consacrer de 15 à 20 minutes en moyenne avant et 15 à 20 minutes après la consultation du MG.

##### 2) Caractéristiques de l'échantillon



Caractéristiques démographiques des patients	
Age	18 à 84 ans (moyenne 42.72)
Sexe	
- Homme	9 (36%)
- Femme	16 (64%)
Origines des patients	
Nationalité	
- Française	20
- Autres :	5
○ Anglaise	1
○ Grecque	1
○ Tunisienne	2
○ Algérienne	1
Patients issus de parents	
- Nés en France	10
- Nés à l'étranger (Algérie, Tunisie, Italie, Angleterre, Grèce, Allemagne)	15 (4, 3, 5, 1, 1, 1)
Niveau d'études et Catégories socio professionnelles	
Niveau d'études	
- Baccalauréat	14
- Certificat d'étude	7
- Pas de certificat d'études	1
- Non déterminé	3
Catégories socio professionnelles	
- Retraités	2
- Employés	10
- Ouvriers	2
- Sans activité professionnelle	1
- Cadres, professions intellectuelles	6
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2
- Étudiants	2

### 3) Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 16.05 et 51.17 minutes pour l'intégralité de l'entretien pré et post consultation (30.36 minutes en moyenne).

### 4) Caractéristiques des cabinets de médecins généralistes

Trois cabinets étaient en centre-ville de Nice, un cabinet en moyen pays niçois et deux cabinets dans l'arrière-pays niçois.

Un médecin généraliste était en secteur 2 et sept étaient en secteur 1.

Quatre médecins fonctionnaient sur rendez-vous et quatre sans rendez-vous.

### 5) Nombre et déroulement des entretiens

La saturation théorique des données a été atteinte au bout de 20 entretiens et l'investigateur a fait 5 entretiens supplémentaires afin de compléter l'échantillon varié et vérifier la saturation des données. Cette décision a été prise avec le Directeur de thèse.

Vingt-deux entretiens se sont déroulés comme prévu par le protocole de l'étude. C'est-à-dire une partie avant la consultation et une partie après, au sein du cabinet de MG.

Trois entretiens se sont déroulés différemment : La première partie au cabinet du MG et la deuxième partie par téléphone. Une patiente a fait un malaise à la fin de la première partie de l'entretien et les deux autres patients ne pouvaient pas rester pour la deuxième partie. Ils ont donc tous accepté de finir l'entretien par téléphone le soir même.

## **B. RÉSULTATS QUALITATIFS**

Le guide d'entretien élaboré par l'équipe du comité de recherche européen a permis d'analyser les différentes étapes successives du processus des infections respiratoires en soins primaires dans l'expérience des patients.

Nous avons décidé de décrire l'ensemble des données recueillies au cours des entretiens en suivant le cheminement chronologique de l'expérience des patients : Pour commencer, comment perçoivent-ils et comment gèrent-ils leurs premiers symptômes avant de demander l'avis du médecin ? Quand et pourquoi décident-ils de consulter ? Quelle est la place du travail et de la santé dans leurs quotidiens ? Comment considèrent-ils leur relation avec leur médecin ? Et enfin que pensent-ils des antibiotiques et de la pharmacorésistance ?

Nous avons choisi des citations pertinentes pour illustrer l'analyse.

## 1) Perception et connaissance sur les infections respiratoires par le patient

### a) *Causes et transmission de l'infection*

Dans la majorité des cas, les patients incriminent les virus comme agent responsable de l'infection.

- P3 : « *Oh, il doit y avoir **un petit virus qui traîne dans le coin*** ».

Une seule patiente parle d'infection bactérienne dans l'étude.

Plusieurs patients pensent que le fait de « prendre froid » constitue un facteur favorisant d'attraper une infection. « Prendre froid », pour ces patients, réside dans le fait de ne pas avoir été assez couvert ou avoir été confronté à une météo peu clémente ou encore à de la climatisation.

- P12 : « *J'ai des symptômes qui vous font dire **qu'on a attrapé froid**. Je tousse, j'ai mal à la gorge. C'est qu'à un moment donné, on a attrapé un coup de froid sur un coup de chaud, voilà.* »

Une majorité dit avoir attrapé l'infection par contact direct ou indirect. La transmission a pu se faire soit par les postillons, soit par le toucher ; le visage et les mains étant le plus fréquemment citées (transmission par le contact avec d'autres personnes ou des objets contaminés).

- P13 : « ***Par les postillons peut être...** ce genre de chose ... ou je ne me suis pas lavée les mains comme il fallait. Et puis aussi **mon ami a été malade la semaine dernière**. (...) Donc je dirais à cause de l'entourage aussi.* »

La fatigue générale est considérée comme un autre facteur pouvant favoriser une infection. Le terme « faiblesse passagère » ou « fatigue » a été plusieurs fois cité au cours des entretiens. Pour les patients, l'état général peut expliquer la survenue des symptômes.

- P21 : « *Oui mais ça **c'est dû à la fatigue** ! oui parce que j'ai beaucoup travaillé au mois de janvier. Je n'ai quasiment pas pris de jour de repos(...). **Je sens mon corps qui se fatigue et qui ne tient plus.*** »

### b) *Évolution spontanée des symptômes en cas de non intervention du médecin*

Plus de la moitié des patients interrogés pensent que le corps est capable de se défendre seul contre la plupart des infections courantes. La plupart de ces patients estiment que la guérison pourrait être spontanée si on laissait le temps au corps de se défendre. Ils pensent que le corps en est capable mais que cela fatiguerait plus l'organisme.

- P22 : « *Oui, je sais que le corps peut se défendre tout seul mais il lui faut plus de temps. Dans mon cas, **ça aurait pu passer tout seul mais j'aurais été fatigué plus longtemps** et comme je travaille, je ne peux pas trop laisser trainer.* »
- P9 : « *Et je me dis, la nature est bien faite et quand on laisse le corps se battre un petit peu ben ce n'est pas plus mal. **Bon c'est dur parce qu'il faut se laisser le temps et c'est fatigant...*** »

Un peu moins de la moitié des patients ont répondu, en revanche, que le corps n'avait pas la capacité de lutter seul contre ce type de symptômes. Le risque de laisser évoluer l'infection sans intervention médicale rapide est de faire durer les symptômes plus longtemps qu'avec un traitement délivré sur ordonnance (des délais d'une semaine ont été évoqués) ou d'aggraver le tableau clinique en laissant évoluer l'infection.

- P20 : « *Non, je ne pense pas. **Parce que je vois, à chaque fois, j'attends toujours et finalement ça traîne.*** ».
- P16 : « *J'aurais été cloué au lit et très mal ! Je pense que la douleur aurait augmenté et comme j'aurais été de plus en plus fatiguée, mon corps aurait eu du mal à se défendre. **J'aurais pu encore faire des malaises. En gros ça pourrait s'aggraver.*** »

## 2) Gestion des symptômes par le patient

La prise en charge débutée par le patient avant de consulter s'articule autour des mesures hygiéno-diététiques prises, de l'automédication et des conseils recueillis auprès des diverses institutions médicales et para médicales.

### a) *Mesures hygiéno-diététiques*

La moitié des patients ont répondu spontanément avoir pris des mesures non médicales. Les différentes mesures citées sont : le repos, se coucher tôt, le lavage des mains, l'isolement pour limiter la contagiosité, une adaptation de l'alimentation et une bonne hydratation, rester au chaud et se couvrir, et les lavages de nez itératifs.

- P8 : « *J'ai essayé de **prendre du jus d'orange.** J'ai essayé de **rester à la maison depuis dimanche.** Je ne suis pas sortie. Je suis **restée au chaud dans mon lit.** Et puis j'ai fait **des lavages de nez avec un appareil que j'ai acheté.*** »
- P9 : « *Mais j'ai **mis une polaire en dessous pour que ça me tienne bien bien chaud.** Je me suis mis tout ce que je pouvais, pour rester au chaud le plus possible, écharpe, polaire, veste...* »

### b) *Automédication*

La quasi-totalité des patients a débuté un traitement médical avant de consulter leur médecin. Ce traitement médical réside dans un traitement symptomatique principalement, disponible sans ordonnance la plupart du temps chez le pharmacien. Il s'agissait de paracétamol, collutoire pour le nez ou la gorge ou du sirop antitussif.

Pour les traitements considérés comme « un peu plus forts » tel que les AINS ou les corticoïdes, il s'agissait en revanche de restant de boîte de médicaments obtenus lors d'épisodes antérieurs.

Ces médicaments étaient délivrés par leur pharmacien, sans ou avec son conseils, ou bien étaient issus de leur pharmacie personnelle.

- P18 : « *Des **Effergan vitaminés le matin et du Dafalgan le soir.** Et à Paris, ils en pouvaient plus de me voir comme ça, alors ils m'ont donné de l'homéopathie. **Des pastilles à sucer, que j'ai prises pendant 2 jours.*** »

Seul un patient de l'étude n'a volontairement rien pris avant de consulter son médecin, par choix. Car il ne voulait pas faire d'automédication et évitait de consommer des médicaments.

- P10 : « *Non, moi **je ne suis pas adepte de la pilule magique**. Je déteste prendre des médicaments.* »

Aucun patient n'a débuté de traitement antibiotique sans l'avis de son médecin.

En revanche, certains patients rapportent à l'investigateur des comportements différents concernant leur famille. La moitié des patients ont répondu que leur famille aurait souhaité des antibiotiques.

- P15 : « *Parce qu'elle fait de l'automédication à gogo. Et du coup elle fait n'importe quoi. **Si on lui a prescrit des antibiotiques pour X raison, la fois suivante, si elle tousse, elle va se reprendre les antibiotiques qui lui restent sans avis médical.** Et c'est toujours comme ça.* »

c) *Conseils en dehors du MG*

(1) Par le pharmacien

Quelques patients ont confié faire confiance à leur pharmacien et leur demander des conseils en cas de symptômes liés aux infections respiratoires, souvent avant de consulter leur MG.

- P3 : « *En tout cas **le pharmacien, c'est sûr**. Surtout celui-là !! Franchement, il est super. **Il a des conseils pour tout. Il a un panel de connaissance.** Ah oui franchement, **j'y vais les yeux fermés.*** »

(2) Par l'entourage familial

L'entourage des patients est régulièrement cité.

La demande de conseils auprès de la famille des patients est souvent rapportée. Le plus souvent, il s'agit des parents, notamment la mère qui fait figure d'autorité en la matière, et les grands-parents, souvent la grand-mère.

- P10 : « *Et ben ma mère ! **Les mères, elles savent tout en général.*** »
- P22 : « *À mes parents, à mes amis. Voilà. **Surtout à ma mère.** Si elle a des recettes de vieilles grand mères, pourquoi pas* ».

(3) Par Internet

Un seul patient a confié spontanément se renseigner sur Internet au sujet de ses symptômes. Il donne des précautions d'emploi à cet outil d'information et reste vigilant quant à son utilisation.

- P19 : « *Ah ben moi, en pratique si j'ai un doute, c'est Internet. Et ça dépend. Autant c'est bien, autant ça ne l'est pas. Il faut le prendre au premier degré. Il ne faut pas extrapoler. Parce que sinon on s'affole, y a trop d'informations. Quand on lit sur Internet, personne ne nous explique. »*

Trois patients ont critiqué Internet. Les principales critiques résident dans le nombre d'erreurs potentielles qui peuvent exister sur Internet, les difficultés pour les patients de pouvoir critiquer le contenu des informations véhiculées par manque de maîtrise, ou encore dans le fait de tomber sur des informations très angoissantes pour lesquelles le patient n'arriverait pas à prendre de la distance.

- P18 : « ***Je suis une récalcitrante d'Internet (rire). On voit de tout, on dit de tout. Et on peut vite se faire peur. On ne sait pas faire le tri dans tout ça, on n'est pas médecin nous !*** »

### 3) Facteurs influençant les patients à consulter leur MG

#### a) *Pour les patients.*

On distingue deux grandes catégories de raisons conduisant les patients à consulter leur MG : la crainte de l'aggravation et des complications et le souhait d'une guérison rapide.

La plupart des patients ont répondu avoir peur de l'aggravation s'ils ne sont pas « soignés » rapidement. L'aggravation résiderait dans le fait d'être très affaibli ou avec un état général préoccupant, de ne plus pouvoir travailler, voire même se déplacer.

- P18 : « *C'est un état général en fait qui m'inquiète plus que ma bronchite en elle-même. **Je ne voudrais pas que les choses dégénèrent** parce que je ne me suis pas soignée alors qu'à la base j'avais un simple rhume. »*

Certains patients ont évoqué la crainte des complications infectieuses. L'évolution vers la sinusite ou l'infection pulmonaire a été le plus souvent rapportée.

- P7 : « *Quand il y a une atteinte des bronches chez une personne âgée, il faut être plus vigilant (...). **Faut quand même se méfier des risques de surinfection pulmonaire.** Il ne vaut mieux pas laisser trainer. »*
- P25 : « *C'est pour ça que je consulte rapidement. Parce qu'après, **c'est sinusite. C'est la fièvre. Donc ça prend tout de suite des proportions importantes.*** »

Parmi ces quelques patients, certains sont venus avec, comme principal objectif, le souhait d'obtenir des antibiotiques. Cela constituait le principal facteur les ayant conduits à consulter le MG. Ces patients ont signalé que, d'après leurs expériences personnelles, sans les antibiotiques, l'infection ne pouvait pas guérir. Ils ont utilisé l'historique d'épisodes antérieurs pour justifier de la nécessité d'obtenir les antibiotiques qu'ils ont négocié avec leur MG.

- P1 : « *Vu que je suis assez active comme personne, et que les amis qui m'entourent sont plutôt comme moi, **généralement on aime bien guérir rapidement. Donc je pense que si je me déplace chez le médecin, c'est pour avoir des antibiotiques.***

- P24 : « **Non. Je lui ai dit qu'il me les (les antibiotiques) fallait sinon ça va faire comme d'habitude et ça ne va pas guérir. Mais elle a dit qu'une bronchite simple, ça ne se traitait pas avec des antibiotiques. C'est elle le docteur. Mais bon je sais très bien que ça ne va pas suffire...** ».

La moitié des patients a souhaité consulter le MG afin de guérir rapidement. La raison évoquée était soit la reprise du travail, soit d'autres obligations organisationnelles (départ en vacances, garde d'enfants ou personnes âgées...), soit l'âge avancé qui rendait dangereux la persistance des symptômes.

- P22 : « **Ben j'avais de la fièvre et je voulais être ok pour le boulot. Donc je suis allé samedi pour être d'attaque lundi.** »
- P25 : « **De guérir au plus vite. Éviter l'arrêt maladie aussi. Parce que là je suis en congés mais j'aimerais être guérie au plus vite avant la reprise.** »

De plus, plusieurs patients sont venus consulter leur MG car ils avaient du temps libre ce jour-là. Certains ont déclaré à ce sujet qu'ils ne seraient probablement pas venus si leur planning ne leur avait pas permis de se libérer. Ou encore parce qu'ils avaient un autre motif de consultation.

- P18 : « **Donc c'était quand même déjà dans mes projets (rire). Mais du coup, je pouvais venir aujourd'hui, alors me voilà !** »
- P14 : « *Ben en fait, je devais venir pour une autre raison. J'avais déjà pris rendez-vous la semaine dernière. Et du coup c'est tombé en même temps donc c'était l'occasion de lui parler de ça aussi.* »
  - *Vous auriez consulté pour ça autrement ?*
  - *Non, a priori non... **j'ai vraiment profité de l'occasion.*** »

Pour environ la moitié des patients leurs symptômes n'ont pas induit de réelle inquiétude. Ils voulaient principalement être rassurés et obtenir un traitement pour aller mieux rapidement mais n'avaient pas de réelles craintes pour leur santé.

- P13 : « **Ça m'inquiète pas vraiment...Si c'était une maladie grave, mais là, on parle d'un virus. Donc ça devrait aller.** »

#### b) Pour leurs familles.

D'après les propos rapportés par les patients, leurs familles peuvent avoir des comportements et attentes différents d'eux.

La majorité des patients ont répondu avoir des familles ou entourages qui vont attendre un certain temps avant de consulter un médecin généraliste pour des symptômes similaires.

- P20 : « **Je pense qu'ils feraient pareil que moi, dans ma famille. Les médecins, c'est vraiment au dernier moment. On n'est pas trop consommateur de médecin dans la famille.** »

Ils vont s'automédiquer dans un premier temps et consulter en cas de non réponse aux traitements débutés par leurs soins.

- P15 : « *Ben pour ma mère, ce sera de l'automédication. **Si elle peut réussir à se soigner toute seule, elle n'ira pas voir le médecin.** Après j'ai d'autres amis qui attendront d'être dans un état lamentable pour aller voir le médecin. Ou qui attendent que ça passe tout seul.* »

Quelques patients seulement pensent que leur famille irait consulter rapidement un médecin dès le début des symptômes.

- P14 : « *S'il y a de la fièvre. **Là, ils vont directement voir le docteur.** Les gens qui sont autour de moi ont déjà des problèmes de santé, donc quand il y a de la fièvre, ils appellent direct le médecin.* »

Concernant les attentes des familles sur les traitements, une importante majorité de patients ont répondu spontanément que leurs familles attendraient des traitements basiques pour des symptômes similaires. Par traitement basique, ils veulent dire les sirops, les collutoires, le paracétamol ou, pour deux d'entre eux des anti-inflammatoires. Certains on parlait de « médecine douce » en évoquant des préparations à base de plantes.

- P20 : « ***Ils essaient avec ce qu'ils ont dans leur pharmacie d'abord. Doliprane, sirop...** et puis si ça ne marche pas, ils vont voir le médecin.* »

Pour un quart des patients interrogés, leur famille ou entourage désireraient des ATB. Pour ces derniers, l'ATB représente le traitement le plus efficace et ils consultent le MG principalement pour en obtenir. On peut souligner que parmi les patients ayant rapporté ces propos pour leur famille, deux d'entre eux ont également souhaité en obtenir.

- P15 : « ***Alors moi j'ai beaucoup de gens qui souvent veulent tomber dans les antibiotiques.** Souvent c'est ce que j'entends dire. « Ah ouais, mais là je veux des ATB » « faut qu'il me donne des ATB. (...) **Parce qu'ils pensent que c'est plus efficace. Ils pensent que s'ils n'ont pas eu d'ATB, en gros, ce n'est pas un bon médecin.** »*

Un petit nombre de patient a répondu spontanément que leurs familles n'étaient pas en attente d'antibiotiques. Pour ces derniers, la précaution d'emploi autour des ATB est bien acquise et leur utilisation est très cadrée.

- P8 : « ***Ils n'aimeraient pas les ATB je pense. Ça c'est quelque chose qu'on a bien compris. Il ne faut pas les ATB quand c'est des virus.** Ce n'est pas la peine. Ils voudraient des sirops, des médicaments comme ça.* »

#### 4) Consultation

##### a) *Accès aux soins*

L'ensemble des patients ont pu consulter leur MG sans obstacle. Le délai d'attente entre la décision de consulter et la consultation au cabinet était de 24h dans l'immense majorité des cas. Quelques patients ont dû attendre 48h pour pouvoir consulter ce qui correspondait au délai du week-end.

Une patiente, née en Angleterre, a fait un parallèle entre son pays d'origine et la France, en parlant de son époux, expliquant qu'on n'accède pas facilement au MG pour des symptômes similaires en Angleterre.

- P5 : « *Non, non. Il est français. Il n'a jamais vécu en Angleterre. C'est pour ça, lui **il est habitué au système français. Il va plus vite chez le médecin !** (rire). **En Angleterre, même les médecins, quand vous les appelez pour ce type de chose, ils ne vont pas vous dire de venir au cabinet. Ils vont dire de se reposer, de prendre des petites choses et c'est tout. Ils ne vont pas vous voir en consultation pour ça. Ça j'en suis sûre. Ça se passe comme ça.** ».*

b) *Caractéristiques de la consultation*

(1) Délai entre le début des symptômes et la consultation du MG.

Sur les 25 patients,

- 12 patients ont choisi de consulter entre 0 et 3 jours,
- 5 patients entre 4 et 6 jours,
- 8 patients passés une semaine.

En résumé, la majorité des patients consultent avant d'atteindre une semaine de persistance des symptômes.

- P10 : « *On va dire **depuis 2-3 jours**. Ça a commencé mardi dans la nuit surtout mais mardi matin, je n'étais déjà pas au top.* »

(2) Symptômes ou diagnostics ayant motivé la consultation.

Les principaux motifs de consultation cités par les patients interrogés sont « *la fièvre* », « *le mal de gorge* », « *la toux* », « *la fatigue* ».

Sept patients étiquettent leur maladie comme un « *rhume* », 3 comme une « *bronchite* », 4 comme une « *grippe* » et 1 comme une « *sinusite* ».

Les patients s'étant auto diagnostiqués une grippe ou une bronchite, perçoivent leur infection comme quelque chose de sévère et souhaitent des traitements « plus forts », sous-entendant des anti-inflammatoires de type « corticoïdes » ou « des antibiotiques », des traitements nécessitant une ordonnance médicale au préalable et non des médicaments qu'ils pourraient obtenir par le pharmacien sans prescription.

- P18 : « *Ben ça fait 10 jours que j'ai attrapé froid, que ça a dégénéré en bronchite et que l'Effergan vitaminé ne suffit plus (...) Ben je pense que quand ça passe pas au bout d'une semaine, il faut un traitement plus important. Alors que ce soit antibiotique ou cortisone, peu importe. Mais si ça ne passe pas avec des Effergan, il faut quelque chose de plus fort, qui va me soulager. »*
- P1 : « *Donc je pense que si je me déplace chez le médecin, c'est pour avoir des antibiotiques. »*

## 5) Place du travail et du repos

### a) *Place du travail*

La quasi-totalité des patients, au travers de plusieurs questions du guide d'entretien, donnent la priorité au travail. Ils ont répondu, de manière directe ou indirecte, préférer continuer à travailler dans la mesure du possible.

La moitié des patients a déclaré avoir consulté le MG pour soulager rapidement leurs symptômes et pouvoir soit reprendre le travail, s'ils étaient confinés au domicile, soit éviter l'arrêt maladie. Les motivations pour reprendre le travail étaient diverses :

Soit le patient ne voulait pas créer de tort à son employeur ou ses collègues de travail.

- P8 : « *Moi je suis plutôt quelqu'un qui préfère continuer d'aller travailler plutôt que planter la panique dans les plannings. En tout cas, tant que je tiens debout, ça va. Je continue à travailler. »*

Soit le patient se sentait utile dans son travail et ne voulait pas causer de tort aux personnes qui dépendent d'elles.

- P5 : « *Ah oui, parce que je me sens utile. J'ai beaucoup de personne qui dépend de ma présence. Je ne peux pas faire autrement. »*

Soit le patient préférerait continuer à travailler, ou s'y sentait obligé. C'était son éthique de travail. Quelques patients ont parlé d'« éducation » en faisant référence à leur envie de travailler, c'est la notion de « conscience professionnelle » qui est rapportée à plusieurs reprises au cours des différents entretiens.

- P15 : « *Ben parce que pour moi, faut vraiment ne pas pouvoir physiquement. Sinon ça fait fainéante ! (rire). Ce n'est même pas tant par rapport aux collègues. C'est moi en fait. Si je suis en mesure de travailler, y'a pas de raison. et puis si je commence à m'arrêter à chaque fois que j'ai ça, je ne travaillerais jamais ! Donc non, c'est mon éducation. »*
- P21 : « *J'avais un dossier à traiter. C'était très urgent et j'ai dû prendre sur moi pour aller travailler et le terminer tout en étant malade. Moi je raisonne comme ça. C'est la conscience professionnelle. Pour moi, c'est le travail qui prime ».*

Aucun patient n'a demandé spontanément à bénéficier d'un arrêt de travail. Aucun n'en a fait clairement la demande auprès de son MG.

### b) *Place du repos à la maison*

Quelques patients ont priorisé la santé par rapport à leur travail. Les raisons étaient diverses :

Certains patients exprimaient préférer guérir et prendre soin de leurs corps avant d'envisager de reprendre le travail. D'autres ne voulaient pas travailler par peur de faire un travail inefficace.

- P14 : « *Franchement quand on est enrhumé, on a le nez bouché, on n'entend rien... (...) Moi, je sais que quand je suis fiévreuse, je préfère rester chez moi. Rester au chaud, se reposer. Ça passe plus vite.* »
- P5 : « *C'est sûre que si on peut rester à la maison, c'est mieux. Dehors on n'est pas très utile quand on est malade. (...) Hier j'ai essayé mais j'ai vu que ça n'allait pas. J'ai vu aujourd'hui que ça avait été stupide...* »

La moitié des patients voulait éviter les risques de transmission. Une des préoccupations souvent rapportées dans les entretiens est le risque de transmettre l'infection à son entourage et donc l'importance de s'arrêter pour diminuer ce risque.

- P10 : « *Rester dans mon coin, attendre que ça passe, même si c'est que 3 jours. Plutôt que de dire, ben on s'en fiche. Ça dure un mois et pendant un mois j'ai eu le temps de contaminer 20, 30, 50 personnes. Parce que ça va tellement vite. Ça peut vite être grave.* »

### c) *Place à l'aspect financier*

Certains patients ont fait référence à l'aspect financier. Ils ont mentionné la perte d'argent qu'engendrerait un arrêt de travail.

- P10 : « *Après si c'est plus grave, il faut faire attention de pas être en arrêt trop longtemps, bah pour les rentrées d'argent. Parce que ça aussi ça peut être un problème. Si on travaille plus, ça peut vite être catastrophique* ».
- P20 : « *Et aussi, le fait de manquer une semaine de travail, ce n'est pas pareil en terme de salaire. Eh oui ! ça y fait ça aussi.* »

## 6) Relation médecin - patient

Les axes ayant émergé pour illustrer la relation médecin-patient étaient la confiance envers le MG, l'implication du patient par le médecin dans la consultation et la satisfaction des patients et de leurs proches face à la maladie et sa prise en charge.

### a) *La confiance dans le médecin généraliste*

Dans la grande majorité des cas, le médecin consulté par le patient était son médecin traitant.

Quatre patients de l'étude ont consulté un « médecin de dépannage », par commodité géographique ou par indisponibilité du médecin le plus souvent.

- P13 : « *Mais je continue à garder mon médecin traitant sur Antibes, qui est le médecin de famille. Il me connaît depuis que je suis toute petite. **Et je viens ici pour me dépanner, en cas d'urgence.** »*

Et deux d'entre eux ont confié ne pas avoir de médecin traitant du tout.

- P18 : « *Je n'ai plus vraiment de médecin traitant. J'ai vu une fois son associé. L'année dernière, j'ai vu un médecin près de mon travail. Donc je n'ai plus vraiment de suivi régulier. J'ai changé souvent de médecin et là, c'est la première fois que je voyais le Dr.* »

La totalité des patients interrogés dans cette étude, soit les 25 patients, ont répondu, d'une manière directe ou indirecte, avoir confiance dans leur médecin généraliste. Cette confiance réside dans le fait d'être rassuré par les paroles du MG, le fait de pouvoir s'exprimer facilement et en toute franchise avec lui. La confiance est aussi le fait de remettre la décision entre ses mains sans la remettre en cause ou poser trop de questions.

- P16 : « *J'ai de bonnes relations avec lui. **Je n'ai pas peur de m'exprimer devant lui.** Il est gentil et serviable. **J'ai vraiment confiance en lui** ».*
- P9 : « *J'ai tendance à reposer toute ma confiance sur mon médecin. **Et de manière générale je ne vais pas être curieuse à poser des tonnes de questions sur certaines choses. Peut-être par excès de confiance envers mon médecin...** Mais après, ça a toujours été comme ça avec tous mes médecins ».*

Ils considèrent que la décision finale revient au MG. Au cours des entretiens, il a même été souvent entendu « je ne sais pas, je ne suis pas docteur ! » ou « c'est lui le docteur ! ». Beaucoup de patients ont confié ne pas se sentir qualifiés pour gérer seul les symptômes qu'ils avaient et c'est pourquoi ils venaient chercher un avis qualifié.

- P5 : « *Je ne suis pas médecin. Donc je ne sais pas... je préfère voir quelqu'un de compétent.* »

La notion de « sécurité » a été évoquée. Le médecin est rassurant. Mais il est aussi « amical », « sympathique », « serviable », « de bons conseils », « simple », « à l'écoute », « compétent » pour les principaux qualificatifs recueillis.

- P21 : « *Après, je sais qu'il est toujours de bons conseils. il y a une question de confiance aussi, de sécurité. C'est toujours plus rassurant de voir son médecin.* »

Même si 2 patients ont répondu être en désaccord avec la décision médicale choisie par leur MG (nous y reviendrons plus tard), ils ont tous déclaré faire confiance à la prise en charge de leur MG.

Quelques patients ont précisé de ne faire confiance en personne d'autre que leur MG.

- P6 : « ***Sinon personne d'autre que mon docteur !*** ».

Un patient a comparé son médecin généraliste à un effet placebo.

- P9 : « *Parfois quand j'y suis, ça va mieux. Alors je me dis « oh, ben, peut-être qu'il n'aurait pas fallu que tu viennes », ça va mieux. Alors **est-ce qu'il y a effet placebo, un effet psychologique dans le fait d'être chez le médecin. On est rassuré, on a vu le médecin.** »*

#### b) *Implication du patient dans la consultation par le MG*

La totalité des patients ont répondu être à l'aise pour poser des questions à leur MG.

La totalité des patients ont répondu s'être senti impliqué d'une manière ou d'une autre par leur médecin.

Les patients se sont sentis impliqués dans la consultation de différentes manières : en étant interrogés sur leurs symptômes, en étant auscultés et examinés (prise de tension, de la fréquence cardiaque...), en répondant aux questions posées, en se faisant expliquer les symptômes et les traitements, en étant consultés au préalable sur les traitements prescrits (sont-ils supportés par le patient, ont-ils des allergies...).

- P6 : « *Il explique toujours bien. A chaque fois qu'il fait quelque chose, **il explique toujours les gestes. Il est très pédagogue.** »*
- P2 : « *En me posant des questions, en m'auscultant... je ne peux pas dire que j'étais vraiment « impliqué, impliqué » mais il m'a posé, je pense, les bonnes questions et a fait son travail en m'auscultant. »*

Même si le patient est sollicité par le médecin au cours du cheminement de la consultation, la décision finale incombe au médecin généraliste.

- P18 : « *Je fais confiance à ce qu'il me dit. Donc je ne cherche pas trop à savoir en profondeur. **Et je fais ce qu'on me dit de faire.** »*

#### c) *Satisfaction du patient*

La quasi-totalité des patients ont répondu être satisfait de la prise en charge de leur MG. Cette satisfaction se traduit par le fait d'être rassuré par le conseil médical donné ou l'examen clinique effectué, par l'absence de complications retrouvées à l'examen clinique, par les explications données concernant les symptômes, les mesures hygiéno-diététiques à suivre mais surtout la prise en charge thérapeutique et les explications liées au traitement. La majorité des patients étaient satisfaits d'avoir obtenu un traitement médical.

- P16 : « *Rassurée ! j'étais rassurée. J'avais hâte de dormir et d'appliquer les conseils et traitements qu'il m'avait donnés. »*
- P2 : « *C'était simple, rapide, efficace. Si le traitement peut m'amener des résultats rapides, ce sera parfait. (Donc ça vous a convenu ?) Tout à fait. »*

Deux patients en revanche ont confié être en désaccord avec la prise en charge. Ce désaccord a reposé dans les 2 cas sur le fait que leur médecin avait refusé de leur prescrire des antibiotiques pour la pathologie en cours.

- P25 : « *Ben pour vous dire la vérité. Je ne suis pas très contente ! Non mais, elle ne me connaît pas alors elle ne peut pas savoir. Mais je lui ai expliqué que je venais pour avoir les antibiotiques. Parce que chez moi, ça devient toujours la catastrophe si je ne les prends pas. Mais elle n'a pas voulu. Elle m'a dit que c'était viral et que ce n'était pas la peine. Elle m'a donné du Solupred et m'a dit de la rappeler dans 3 jours si ça n'allait pas mieux. Mais je sais déjà que je vais devoir la rappeler.* »

Un seul patient a confié être en accord avec la prise en charge mais aurait attendu un traitement différent de ce qui lui avait été prescrit, sous-entendu un traitement qui ne peut s'obtenir que sur prescription médicale ou non en vente libre en pharmacie.

- P22 : « - *Vous n'attendiez rien d'autre ?*  
*- Peut-être un anti-inflammatoire pour mon mal de gorge. J'ai un sirop pour la gorge, je pense que ça va faire effet. Après, bon, le doliprane ... c'est basique...ouais...**disons que j'aurais pu me soigner en allant directement voir le pharmacien.*** »

Cinq patients ont confié penser à changer de médecin en cas de non satisfaction.

- P19 : « *Si vraiment j'avais un a priori, ben j'y vais une fois et j'y retourne plus. (...)* Non parce qu'en général, **je le dis tout de suite si il y a un problème ou alors je ne retourne plus voir la personne.** »

Deux autres patients ont confié être satisfait par leur médecin parce qu'il faisait ce qu'ils souhaitaient.

- P3 : « **Ben jusqu'à présent, il a fait ce que je voulais. Donc oui, ça s'est bien passé.** J'ai déjà eu beaucoup de mauvaises expériences sur C..., chez des gens chez qui je ne retournerai pas. »

## 7) Prise en charge médicale

Pour mémoire, la totalité des patients fait confiance à leur médecin généraliste.

La totalité n'a aucun problème pour poser des questions à leur MG.

Vingt-trois patients sont en accord avec la prise en charge du MG et 2 sont en désaccord car ils n'ont pas obtenu les antibiotiques demandés.

### a) *Prescription d'ordonnance*

La totalité des patients interrogés dans l'étude sont repartis avec une ordonnance et aucun médecin n'a donné que des conseils à son patient.

Les conseils donnés par le médecin étaient principalement oraux et non retranscrit sur papiers. Seules les prescriptions de médicaments étaient inscrites sur les ordonnances.

Les traitements prescrits étaient soit en vente libre soit nécessitant une prescription médicale, incluant au moins un traitement symptomatique.

*b) Prescription d'arrêt de travail*

Seulement 3 patients ont obtenu un arrêt de travail.

Deux arrêts étaient d'une durée de 48h et un arrêt d'une durée de 4 jours.

Les motifs d'arrêts de travail étaient une rhinopharyngite, une trachéite et une angine virale (AT de 48h), d'après ce que les patients ont rapporté.

Aucun des 3 patients n'a obtenu d'antibiotiques pour ces motifs.

Aucun patient de l'étude n'a demandé spontanément d'arrêt de travail.

Le point de vue du patient sur l'arrêt de travail diverge selon son statut professionnel. Pour certains patients salariés, l'éventualité de pouvoir s'arrêter engendrait moins de contrariétés car ils pouvaient être remplacés la plupart des fois ou n'étaient pas indispensables au bon fonctionnement de la structure, et ils ne perdaient pas de jours de salaire.

- P14 : « *Ouais.... Non mais moi, ça ne dérangerait personne. Si jamais j'avais été facteur peut être. Parce que je sais que quand un facteur n'est pas là, c'est les collègues qui doivent faire les tournées à sa place. Tandis que là où je travaille, que je sois là ou pas, ça ne gêne pas !! Le travail est fait quand même. C'est des machines donc c'est ça ne gêne personne. Je sais qu'il y a des intérimaires, ça tourne. Je ne suis pas indispensable !* »
- P9 : « *Donc si ça avait été dans le cadre de mon emploi chez Orange, je vous avoue que je n'aurais eu aucun scrupule à m'arrêter.* »

Les patients ayant un statut d'indépendant, en revanche, ont dans la majorité des cas, confié devoir continuer à travailler malgré tout et même refuser un arrêt maladie. Les principales raisons rapportées étaient la charge de travail ou la perte financière.

- P9 : « *Oui, parce que dans le cas du salariat, on se dit que le monde continuera toujours de tourner même si on est absent quelques temps. Quand on est son propre patron, on ne peut pas se le permettre.* »
- P17 : « *Avec le recul, je me souviens que quand j'étais employé, je prenais 3-4 jours d'arrêt maladie et je m'en fichais. J'étais payé alors tant qu'à faire, j'en profite ! j'en profitais pour faire les choses que je n'avais eu le temps de faire. Maintenant c'est impossible. J'ai plus le temps de me reposer.* »

### c) Prescription d'antibiotiques

Moins d'un quart des patients ont obtenu une prescription d'antibiotique.

Les diagnostics établis par le MG étaient respectivement : « une sinusite », « une angine purulente », « une bronchite surinfectée », « une angine couplée à une otite » et « une bronchite qui a dégénéré » (propos rapportés par le patient et non le MG).

- P7 : « *Il m'a dit qu'il fallait que je prenne des ATB, que l'infection n'était pas vraiment descendue sur les bronches donc qu'il fallait que je continue le traitement par corticoïdes pour une durée de 3 jours encore pour combattre l'irritation. Que je continue les lavages de nez. Et par contre que je prenne les ATB parce que là, ça ne passerait pas tout seul.* »

Une patiente a obtenu une « ordonnance de secours », au cas où l'infection n'évoluerait pas dans le bon sens sur la demande du patient. Elle avait la consigne de ne pas l'utiliser dans la mesure du possible et d'attendre au moins 48h, pour voir comment les symptômes évolueraient. La patiente a finalement décidé de les utiliser le soir même. Le MG avait initialement diagnostiqué un rhume sans complication.

- P1 : « *Ben elle a essayé de me dire que les antibiotiques ce n'était pas obligé. Qu'à priori c'est un simple gros rhume. Le problème c'est que je lui ai expliqué que je devais être sur Paris dans 48h et franchement si elle ne me les donnait pas... **Après elle m'a quand même donné l'ordonnance en me disant « si tu peux éviter, t'évites » ... Mais bon, je vous avoue que je vais les prendre dès ce soir.*** »

Pour un quart des patients interrogés, le médecin a spontanément expliqué au patient qu'il n'y aurait pas besoin de prescrire des antibiotiques, que les patients en aient fait la demande (dans 3 cas de l'étude) ou non.

- P20 : « *Elle m'a ausculté. Elle m'a regardé la gorge. Et d'après ce qu'elle a vu, elle m'a dit qu'elle ne me donnerait pas d'antibiotiques. Et en fait elle m'a donné les mêmes médicaments qu'elle me donne d'habitude.* »

### 8) Perceptions, attitudes, croyances et connaissances des patients sur les médicaments

Pour beaucoup de patients, le médicament reste un passage obligé dans le processus de guérison. Pour rappel, sur les 25 patients interrogés, 24 d'entre eux, soit la quasi-totalité des patients, ont pris des médicaments avant de consulter leur médecin.

Le médicament reste important pour les patients interrogés, qu'ils se les procurent seuls par le biais de la pharmacie ou consultent leur médecin pour ça. Il reste synonyme d'efficacité et sont nécessaires pour « se soigner ».

- P21 : « *Donc je suis venue chez le docteur aujourd'hui pour vérifier ces symptômes là et **avoir des médicaments pour bien me soigner.*** »

a) *Perceptions et connaissances sur les médicaments symptomatiques*

Les traitements dits « symptomatiques » sont considérés comme des traitements « moins forts » par les patients (comparés au traitement nécessitant une prescription médicale ou les ATB), facilement accessibles. Cela rend leur consommation anodine. L'immense majorité, voire la quasi-totalité des patients, ont pris du paracétamol avant de consulter leur MG. La plupart du temps, pour les patients, la prise de paracétamol est banalisée et représente un standard dans la prise en charge thérapeutique.

- P7 : « **J'ai juste pris du DOLIPRANE. Rien de particuliers sinon...** ».
- P21 : « **J'ai juste pris quelque chose pour la gorge, de l'Humex. Et un DOLIPRANE. Voilà, je n'ai pas pris grand-chose. Des choses nécessaires, de première base étant donné que je manquais de médicaments et que je n'avais pas autre chose.** »

Le fait d'obtenir des médicaments sans ordonnance minimise leur importance aux yeux des patients et favorisent leur consommation. Plusieurs patients ont confié prendre jusqu'à quatre voire cinq médicaments différentes de leur propre chef.

- P5 : « **Je suis passée à la pharmacie. On m'a dit de prendre de l'ibuprofène 3 fois par jour. Après on m'a dit de prendre du paracétamol entre chaque prise. Puis on m'a dit aussi de prendre de la vitamine C mais je crois que je l'ai prise un peu trop tard car je n'ai pas dormi de la nuit. (...)** En plus, maintenant j'ai mal à la tête. Et du coup, j'ai pris des **suppositoires de LAMALINE** ... peut-être deux. Mais je sens que ça m'a bousillé le ventre. (...) un **spray pour la gorge genre STREPSIL**... mais c'était trop fort. J'ai eu l'impression que ça m'a brûlé. Du coup j'ai arrêté. **Voilà, sinon rien d'autres.** »

Pour quelques patients, le fait de prendre des médicaments n'est pas anodin et dans la mesure du possible, ils essaient d'en limiter leur consommation. Quelques patients ont critiqué la consommation massive de médicament.

- P12 : « **Moi je fais partie de ceux qui pensent que moins on en avale, mieux on se porte !** »
- P10 : « **Ouais, il y en a, ils voudraient tout de suite la pilule. Vite, vite, je veux ma pilule. Et c'est pilule, pilule, pilule ! Ils sont accros dans un sens. Ils se droguent quoi. Voilà, c'est « ah, non, je tousse, il me faut ça ! ».** Et vas-y que j'amène la valise de 4kg de pilule, de boîtes, de sirop... Ah ouais, ça, non, ça m'énerve. Je déteste ça et je suis contre ce genre de choses »

Une patiente a évoqué le médicament comme un « produit de consommation » pour lequel les laboratoires pharmaceutiques entreraient en compétition. Elle parle de « surconsommation ». La notion de « coût » pour la société est évoquée.

- P9 : « *Après on en vient sur une guerre des labos. Les gens qui veulent être sur-médicamentés, ben ça coûte cher à la société. Et après il y a la guerre des labos qu'ils veulent toujours sortir des nouveaux produits. Mais ça coute cher, et c'est long. Il faut des autorisations de mise sur le marché et ce n'est pas toujours évident. Ça veut dire toujours se renouveler. C'est tout ce que ça engendre au niveau de l'industrie du médicament.* »

#### b) *Perceptions et connaissances sur les antibiotiques*

Concernant les antibiotiques, ils sont perçus par la majorité des patients comme des traitements « plus forts » que les médicaments symptomatiques et « efficaces », pouvant provoquer des effets secondaires (qui seront détaillés plus loin).

- P4 : « *Pour moi un antibiotique, **c'est fort** et quand c'est fort, ça vous soigne d'un côté pour vous fragiliser de l'autre. Ça ne peut pas tout faire.* »
- P8 : « *J'ai l'impression que les ATB font **un travail efficace et rapide. (...) ça stoppe très vite.** Au bout de 2 jours, c'est fini. Ça enlève l'infection. Et puis ça arrange rapidement. Mais il y a les effets secondaires qui ne sont pas négligeables.* »

Quelques patients pensent que l'antibiotique reste le seul médicament susceptible de faire disparaître l'infection et constitue le traitement nécessaire à la guérison. Il reste un médicament « miracle » dans l'esprit de ces patients et l'image du produit est tellement forte qu'ils sont prêts à supporter ces effets indésirables (connaissance des risques de pharma-résistance, risque d'effets secondaires sur l'organisme...).

- P25 : « *Ils disent bien qu'il ne faut pas en prendre systématiquement quand on est malade. Mais bon ... on voit les pubs... on l'entend... Mais quand on va chez le médecin, on en demande quand même. Parce que c'est vrai et c'est faux. **Si je les prend pas, je finis toujours dans un sale état...*** »

Quelques patients les ont considérés comme des traitements « inutiles » ou « pas naturels » qu'on ne doit prendre que dans certaines situations précises :

- P10 : *Je pense que si on n'en prend pas, ben on peut aller mieux quand même. Le coup de « moi, si c'est pas le gros traitement vraiment draconien » où pendant 3 jours, on est à bloc, à bloc et paf ça va mieux. Pour moi ça n'a pas d'intérêt. Pour moi ; **les ATB c'est des pastilles à la menthe. C'est pas plus important que ça.*** »
- P3 : « *Ben de toute façon **c'est pas naturel de prendre des ATB.** Ce sont des produits qui ont été inventé et crée par les laboratoires. Donc tout ce qui n'est pas naturel n'est pas forcément bon.* »

Quelques patients ont évoqué la surconsommation d'ATB en France, en expliquant qu'obtenir des ATB faisait partie des habitudes de consommation de beaucoup de français et que malgré les campagnes de sensibilisation, les habitudes étaient difficiles à changer.

- P9 : « *Parce qu'ils pensent que c'est plus efficace. Ils pensent que s'ils n'ont pas eu d'ATB, en gros, ce n'est pas un bon médecin. (...) Ben après pour moi, c'est dans la culture, dans nos sociétés à nous. Je ne sais pas comment ça se passe dans les autres pays européens. Mais nous en France, on est quand même de gros consommateurs d'ATB. Et c'est ancré dans la tête des gens que le médecin de famille doit donner des ATB et pas forcément un traitement de fond ou autre chose. Bon après dans certains cas, il y a besoin d'ATB. S'il y a une infection. Mais voilà, les gens ont ses idées là. C'est des « à priori », des idées préconçues.* »

Plusieurs patients interrogés ont confié que, pour leurs proches, les antibiotiques représentaient le traitement « indispensable » pour pouvoir guérir car le plus « efficace » avec un aspect « magique ». La qualité de la prise en charge du médecin dépend est associé à la prescription d'un antibiotique pour ces familles.

- P3 : « *Mes amis voudraient sûrement des antibiotiques. Si ils n'ont pas d'antibiotiques, c'est comme si ils n'étaient pas soignés. Beaucoup de gens pensent ça dans mon entourage. C'est très à la mode ! Malgré les campagnes pub là « ce n'est pas automatique ! (...) Si le médecin ne leur prescrit pas des antibiotiques, ce n'est pas un bon médecin. Pour eux, c'est magique.* »

Pour certaines familles de patient, les antibiotiques font partis des habitudes de prescription qui provoquent une déception chez ces patients en attente d'antibiotiques, si elle change.

- P25 : « *Quand ils sont malades, et vu qu'ils sont âgés, leur médecin leur donne vite les antibiotiques. (...) Ils seraient déçus de ne pas avoir les antibiotiques. Parce qu'ils ont l'habitude.* »

### c) *Le mode de fonctionnement des antibiotiques*

Au cours du guide d'entretien, il a été demandé aux patients ce qu'ils connaissent le mode de fonctionnement des antibiotiques. Tous les patients, sauf 2 d'entre eux (correspondant aux deux entretiens pilotes), ont été interrogés à ce sujet. Un seul patient de l'étude a été capable de répondre très précisément à la question.

Un quart des patients avait une idée du mode de fonctionnement et savait que l'antibiotique vise à détruire la bactérie.

- P7 : « *L'antibiotique bloque la réplication de l'ARN de la bactérie, pour simplifier.* »
- P8 : « *J'ai l'impression que les ATB font du bien pour éliminer les bactéries. Ça fait, dirons-nous, un travail efficace et rapide.* »

Un patient a évoqué de manière approximative le principe du spectre d'activité antimicrobienne et un autre patient a parlé de l'importance de prendre son traitement le temps de la durée prescrite par le MG.

- P18 : « *Je sais qu'il va rechercher mon infection et il va s'attaquer à ça directement. C'est pour ça que selon la maladie et le terrain, on donne tel ou tel antibiotique. Pour traiter directement le problème* »
- P19 : « *Je pense que quand on prend un ATB, il faut le prendre comme la prescrit le médecin. C'est-à-dire que s'il dit de le prendre pendant 8 jours, ben il ne faudra pas le prendre pendant un jour ou deux jours. Il faudra le prendre 8 jours. Ce n'est pas parce que ça va mieux au bout de 2 jours qu'on doit arrêter le traitement. Parce que c'est l'antibiotique qui va enrayer l'infection. Donc si on ne le prend pas longtemps, ça va peut-être la stopper mais pas l'enrayer.* »

Un quart des patients parlent de « détruire l'infection » ou « détruire les microbes ». Pour eux, l'antibiotique vise tout type d'infection. Certains ont une vague notion de ce qu'est une bactérie mais on parle le plus souvent de « microbes ». Ils ne font pas de différence entre une « bactérie » et un « virus ». Pour eux, l'ATB vise à détruire les deux sans distinction.

- P14 : « *Je pense que ça détruit les microbes. Si on en prend trop, le corps s'habitue et il ne détruit plus les microbes. Ce n'est plus efficace.* »
- P16 : « *Ben alors là, je n'ai pas du tout réfléchi à ça !...J'imagine que, comme on le disait tout à l'heure, ça localise l'infection, enfin le germe bactérien ou viral et ça agit directement dessus.* »

Quelques patients pensent que la « fièvre » constitue un argument de poids pour obtenir des ATB. Il n'y a pas de distinction entre virus ou bactérie et la fièvre justifie à elle seule les ATB.

- P25 : Investigateur : « *Et ça marche sur quoi alors ?*
- *Sur les infections. Quand c'est infectieux.*
- Investigateur : *ok et c'est quoi pour vous une infection ?*
- *Ben quand il y a de la fièvre par exemple.*
- Investigateur : *Ok. Et dans un rhume on peut avoir de la fièvre. Alors vous pensez que l'on doit utiliser des antibiotiques pour un rhume ?*
- *Pour moi oui. **S'il y a de la fièvre, il faut les antibiotiques.*** »

Un quart des patients n'ont aucune idée du mode de fonctionnement des antibiotiques.

- P23 : Investigateur : « *Pouvez-vous expliquer comment fonctionnent les antibiotiques ?*
- *Non !*
- Investigateur : *une petite idée ?*
- *Non !* »

Un autre quart de patient avance des idées erronées. (Quelques patients ont parlé de destruction des virus. Un patient a donné une explication très floue en expliquant que ça renforçait les globules rouges. Deux patients ont dit que ça aidait les anticorps. Un autre a confondu le mécanisme d'action des ATB avec celui des vaccins. Un autre a expliqué que les molécules efficaces allaient détruire les mauvaises.)

- P17 : « *Heu... les antibiotiques, ce n'est pas automatique ! (rire). Non, en fait je n'en sais rien. **Ce sont des cachets où on met la maladie dedans, c'est ça ? ...*** »

- P3 : « *Honnêtement ... ben le comprimé se dissout dans le corps et après il y a des molécules efficaces qui vont aller trouver les mauvaises. **Elles sont calibrées pour trouver la molécule dont elles dépendent, je suppose.** »*

#### d) *Attitude des patients face aux antibiotiques*

Dans cette étude on peut distinguer 3 types de comportements parmi les patients face aux antibiotiques :

Les patients « sceptiques », qui se méfient de l'action des ATB (8 patients) :

- P17 : « *Alors moi je suis pas du tout antibiotique. Je suis comme à la télé, « les antibiotiques, c'est pas automatique ! ». **Je vous ai dit, moi les cachets, moins il m'en donne, mieux c'est.** »*

Les patients « demandeurs » d'ATB, ayant peur des complications (4 patients) :

- P24 : « *Je lui ai dit qu'il me les (les antibiotiques) fallait sinon ça va faire comme d'habitude et ça ne va pas guérir.* »

Les patients « disciplinés » qui font confiance à la décision de leur MG et suivent la prescription à la lettre (8 patients de l'étude) :

- P13 : « *En fait, on a l'habitude dans ma famille, de faire confiance à l'avis du médecin surtout dans ce type de petite maladie qui ne nécessite pas de gros traitement. **S'il nous dit que ça va passer tout seul et qu'il ne faut pas d'antibiotique et ben on le croit.** »*

#### e) *Avantages et Inconvénients des antibiotiques exprimés par les patients*

Pour un tiers des patients, les antibiotiques restent un médicament fort et efficace. Son principal avantage est sa capacité de guérison rapide.

- P12 : « *Entre guillemet, ça serait que ça va peut-être guérir plus vite. C'est tout. **La rapidité, guérir plus vite.** »*

C'est le principal avantage rapporté par les patients.

Les patients rapportent également des inconvénients dans l'utilisation des antibiotiques. Les principaux inconvénients cités dans cette étude sont les effets secondaires, la diminution des défenses immunitaires et le risque de pharmacorésistance. Les effets secondaires rapportés sont, à plusieurs reprises les épigastralgies et les diarrhées aiguës, et une fois la mycose vaginale.

- P9 : « *Ben je dirais que c'est pas toujours super en terme d'effets secondaires. Ça abîme l'estomac. Ça joue sur pas mal de petites choses. Et puis après l'accoutumance aussi. La bactérie qu'on développe s'habitue et devient plus costaud.* »
- P25 : « *Ben ce n'est pas bien parce que nos défenses immunitaires s'affaiblissent. Et puis prendre trop d'antibiotiques, ce n'est pas bien parce qu'après le corps ne peut plus se défendre. Il ne combat plus tout seul.* »

f) *Action des antibiotiques sur l'environnement et la société*

Un peu moins de la moitié des patients environ n'ont pas d'idée concernant l'action des antibiotiques sur l'environnement et la société, ou n'ont pas compris la question et ont répondu à côté.

Pour l'autre moitié, les réponses sont très différentes d'un patient à l'autre.

Un très petit nombre de patients rapportent le risque de transmettre des germes résistants à l'entourage et le risque à terme d'avoir des traitements antibiotiques inefficaces. Seulement trois personnes ont été en mesure d'expliquer le risque de transmission des germes résistants et deux autres avaient ce concept mais l'explication était plus approximative.

- P7 : « *En prendre trop fréquemment, c'est favoriser le développement des résistances et surtout si on les prend pas bien et pas suffisamment longtemps. **Et le problème c'est que si on a sélectionné des germes résistants, on peut les transmettre à d'autres personnes.** »*
- P17 : « *Oui, ben ...**la maladie s'habitue et elle devient de plus en plus puissante. Et après quand il y aura des épidémies, comme dans les films, on ne sera plus en mesure de se défendre.** On n'aura plus les ressources qu'il faut, les cachets qu'il faut. Comme par exemple pour Ebola. Bon ça arrive dans un autre pays défavorisé... mais demain il se passe la même chose chez nous, ben on sera en retard. Et le jour où il y a un enfant ou une personne plus faible, ben il se fera défoncer ! Voilà. »*

Pour les autres patients, le risque ne se situe pas dans la santé collective mais concerne l'écologie, le gaspillage. Plusieurs patients évoquent le coût représenté par la consommation des antibiotiques et le développement des résistances pour la société.

- P8 : « *Je pense d'abord que ça revient cher. Il faudrait trouver d'autres produits, faire des recherches pour remplacer ça. Parce que comme ça devient banal, que les bactéries sont armées contre, **ça devient très couteux.** »*

Quelques patients considèrent que les antibiotiques constituent un risque pour l'environnement. Ils ont un impact écologique néfaste car peuvent contaminer les eaux, la terre par le biais des déjections humaines. Les traces d'ATB laissées dans la nature pourraient contaminer la faune sauvage. Une patiente a également pensé à la contamination de sa fosse septique.

- P3 : « *Sur ma fosse septique (rire). Oui parce que ça a une incidence sur ma fosse septique ! Parce que **si je mets des ATB dans ma fosse, ça détruit les bactéries et il faut que je relance ma fosse.** »*
- P13 : « *Et je crois aussi qu'il y a des effets sur l'environnement. Quand on va aux toilettes ou quelque chose comme ça. On **rejette les restes d'antibiotiques ou d'œstrogènes encore présents dans nos urines. Et du coup les animaux les absorbent.** Donc j'imagine que pour les antibiotiques, ça doit faire que les animaux deviennent résistants également aux antibiotiques. Donc **on pollue l'environnement aussi.** »*
- P16 : « *Oui parce que si moi j'en ingère, après, par le biais de mon urine, ça ressort. Et donc ça aura un **impact sur la planète** aussi. »*

Une patiente a rapporté que, pour elle, les antibiotiques n'avaient aucun impact sur l'environnement et la société.

- P24 : « Non, non je ne pense pas... **moi je les prends tranquillement dans mon coin. Je ne vois pas comment ça peut leur faire quelque chose.** »

## 9) Représentation et connaissances sur la pharmaco-résistance

### a) *Notion de pharmaco-résistance par les patients*

Quasiment tous les patients pensent qu'il ne faut pas abuser des antibiotiques mais peu en connaissent les raisons.

Un quart des patients interrogés connaissent précisément le concept de pharmaco-résistance. Ils ont expliqué qu'à force d'utiliser les ATB trop fréquemment, les « bactéries » devenaient résistantes à l'ATB et qu'à force les ATB ne fonctionnaient plus ou devaient être de plus en plus forts pour être efficaces.

- P9 : « Et que même à force de prendre des ATB, **les bactéries vont devenir de plus en plus résistantes** en même temps que nous, on mute par rapport à l'environnement dans lequel on vit. Donc il y a une résistance qui se fait. »

Deux patients ont expliqué précisément le risque de voir apparaître des bactéries résistantes en cas de non-respect de la durée de prescription donnée par le MG.

- P7 : « Les bactéries développent des moyens qui leur permettent de bloquer l'action des ATB. Et ça va assez vite en ce moment. Alors le problème c'est qu'on développe ces résistances dans le temps. C'est-à-dire qu'on utilise des ATB, et si on n'arrive pas à tuer toutes les bactéries ou en tuer suffisamment, et bien il en reste quelques-unes et si ça reprend, la population bactérienne qui reprend est de plus en plus résistante. Et ça devient un gros problème. »

Deux patients, qui travaillent en milieu hospitalier, ont parlé de "bactéries multi-résistantes" ou "BMR".

- P6 : « Globalement, en gros, à force de prendre des ATB, les bactéries s'habituent à l'ATB ; Elles **deviennent résistantes et se retrouve à l'hôpital avec des germes multi résistants.** »

Une patiente évoque le risque de voir augmenter la mortalité liée à la pharmaco-résistance.

- P8 : « Ben, ça ne marchera plus. Donc **il y a des gens qui vont mourir. La mortalité va augmenter.** »

Un quart des patients savent qu'il ne faut pas abuser des ATB mais pour eux, c'est le « corps » qui devient résistant à l'ATB et non la « bactérie ». Certains ont ajouté, qu'à force de prendre des ATB, le corps « s'habitue » ou « s'affaiblissait » et n'était plus capable de lutter contre la maladie.

- P25 : « Puis pour moi, le jour où j'aurai une grosse maladie, **mon corps sera plus résistant peut-être et le traitement ne marchera plus.** »

- P14 : « Mais je pense aussi qu'au bout d'un moment, **le corps s'habitue aux antibiotiques**. Le jour où on en a vraiment besoin, ben ça ne fait même plus d'effet. »

Certains patients ont expliqué que, puisque le corps s'habitue à l'antibiotique, le traitement ne marcherait plus à force et qu'il faudrait donc changer d'ATB ou prendre des doses plus importantes.

- P20 : « Parce que peut être que si on en prend trop, c'est moins efficace. Mais après je ne peux pas vous dire pourquoi. On a dû me le dire, mais bon...parce que l'organisme s'habitue peut-être. Et qu'après **il faut prendre des doses plus fortes pour que le médicament fasse effet.** »
- P15 : « Le corps est habitué aux antibiotiques donc il faut **changer après pour pouvoir traiter correctement une infection. Ou alors mettre des antibiotiques plus forts** pour pouvoir traiter les bactéries multi résistantes ».

Quelques patients savent qu'il ne faut pas abuser des antibiotiques mais ils ne savent pas expliquer pourquoi. Ce sont des recommandations qu'ils ont entendues autour d'eux, par l'entourage ou les médias, mais ils ne sont pas capables de donner plus de détails.

- P20 : « - Ben c'est qu'on s'est habitué à force d'en avoir trop pris...après, je ne sais pas...  
- Investigateur : et cette notion, vous l'avez eu par quel moyen ? Qui vous en a parlé ?  
- À la télé. Ou aux informations je pense. Mais après autour de moi, pas vraiment. Oui, c'est plutôt à la télé ou parfois, dans les magazines de santé. Ils en parlent de temps en temps. »
- P24 : « Je sais que ce n'est pas très bien de prendre les antibiotiques...je le lis tout le temps partout que ce n'est pas bien.  
- I : Où ça ?  
- Dans les revues, à la télé. Ils disent toujours que ce n'est pas bien. Même les médecins ils ne veulent pas toujours les donner. La preuve ! (rire).  
- I : Et pourquoi à votre avis ?  
- Je ne sais pas ... ils disent pas pourquoi... »

Quelques patients ont réussi à l'expliquer mais de manière approximative car pour eux la notion de pharmaco-résistance reste floue. Ils ont parlé de « microbes qui mutent », du « corps qui peut moins combattre », de l'organisme qui a « banalisé la molécule » et du coup, le corps ne répond plus.

- P3 : « Les microbes ils changent pour être plus fort que le traitement à la fin. Je ne m'exprime pas très bien mais vous m'avez compris. Donc oui, c'est ça, au bout d'un moment ils mutent, je ne trouve pas d'autre mot. »

En revanche, un quart des patients environ n'a pas su répondre. Ils ont répondu ne pas connaître ce concept.

- P24 : « Rien...  
- Vous en avez déjà entendu parler ? ...  
- Non, jamais ! »

b) Moyens d'information sur la pharmaco-résistance

L'immense majorité des patients connaît la pharmaco-résistance par le biais des médias. Les reportages ou les émissions médicales sont souvent mentionnés. Quelques patients ont parlé de la radio. Les campagnes publicitaires sont le plus souvent citées.

- P17 : « **À la télé, dans les émissions, plutôt des reportages.** Je ne suis pas insomniaque mais ça m'arrive de regarder la télé tard et je suis déjà tombé sur des émissions qui parlaient de ça. Le fait que le corps s'habitue aux antibiotiques à force d'en prendre. »
- P6 : « Oui. Après on en entend parler **par le biais des médias. Chaque hiver il y a des campagnes d'information.** Après je ne sais pas dans quelles mesures ça atteint les gens. »

La campagne d'information « *les antibiotiques, c'est pas automatique !* » a été plusieurs fois citée. Ils ont eu connaissance principalement par la télévision, au moment des publicités.

- P1 : « J'ai entendu ça à la télé, aux infos. Des fois, ils nous disent. Et puis la pub, « les antibios, c'est pas automatique ». Donc ça je sais que si on en prend trop et qu'on abuse, c'est pas bon »
- P21 : « - Oui dans les articles médicaux, à la télévision sous forme de reportages ou de campagnes publicitaires...
  - Investigateur : Vous avez un exemple de publicité à me donner ?
  - Oui, ben par exemple, « les antibiotiques, c'est pas automatique »

Certains en ont eu connaissance par le biais du milieu hospitalier...

- P18 : « Alors ça, j'en ai entendu parler parce que notre neveu a fait un AVC il y a 2 ans. Et au cours de son hospitalisation, il a dû être mis sous antibiotiques. Et les médecins du service n'arrêtaient pas de nous répéter qu'il était résistant aux antibiotiques. Ils avaient dû essayer de nouveaux traitements. »

...Ou de leur travail.

- P6 : « Oui, en travaillant à l'hôpital, on est forcé d'avoir quelques notions. On nous bassine beaucoup avec tout ça. »

Seulement une patiente parmi tous les patients interrogés en a eu connaissance par le biais de son médecin traitant, ou du moins cite son médecin traitant.

- P13 : « Ben, déjà mes parents parce que c'est vrai que du fait du problème qu'on a (rapport aux cystites chroniques), on fait très attention. Notre médecin nous avait expliqué que c'était bien de l'avoir mais qu'il ne fallait pas en abuser au risque qu'il ne marche plus un jour. (...); Donc j'ai surtout eu ces informations par le biais de mon médecin de famille. Et parfois à la maison ».

c) *Scepticisme sur le concept de pharmaco-résistance*

Une petite partie des patients interrogés semblent douter de l'idée qu'il ne faut pas abuser des antibiotiques. Ils connaissent le concept de pharmaco-résistance mais montre un certain scepticisme sur ce point.

- P1 : « *Et puis la pub, « les antibios, c'est pas automatique ». Donc ça je sais que si on en prend trop et qu'on abuse, ce n'est pas bon mais ...*
  - *Votre médecin vous l'a expliqué aussi ?*
  - *Ben oui puisque là elle essayé tout à l'heure de pas me les donner. Mais bon... le truc, c'est qu'on sait, mais en pratique, on a quand même envie de guérir vite. »*
  
- P25 : « *Quand il y a eu la campagne « les antibiotiques, c'est pas automatique ».*
- *Et vous en pensez quoi ?*
- *Ben ils disent bien qu'il ne faut pas en prendre systématiquement quand on est malade. Mais bon...on voit les pubs... on l'entend mais quand on va chez le médecin on en demande quand même. Parce que c'est vrai et c'est faux. Si je ne les prends pas, je finis toujours dans un sale état... C'est vrai que c'est n'importe quoi de prendre des antibiotiques tout le temps. Je pense que c'est une habitude aussi pour moi... c'est compliqué... »*

## IV. DISCUSSION

### A. MÉTHODOLOGIE : FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

#### 1) Le type d'étude

La méthode de recherche qualitative s'est imposée comme étant la méthode de choix pour répondre aux objectifs de notre étude. En effet, cette méthode est idéale pour explorer les attitudes des patients sur le terrain, et identifier leurs comportements, leurs connaissances et leurs attentes, et les besoins qui en découlent(11).

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été effectués selon un guide d'entretien composé de questions ouvertes. Ce type de questions permet d'obtenir des réponses riches en informations, spontanées, reflétant au mieux le ressenti des patients sur les infections respiratoires aiguës en soins primaires et leurs connaissances des antibiotiques.

Le choix des entretiens individuels a été fait parce qu'il est plus facile d'exprimer son avis face à un interlocuteur unique. De plus, ils peuvent se faire dans le milieu naturel ce qui favorise l'expression, sans que les recrutés aient à se déplacer. Ainsi, les entretiens individuels sont plus faciles à organiser et permettent de s'adapter au mieux aux disponibilités des patients.

Les conditions d'entretiens peuvent différer selon l'heure où ils sont réalisés. Selon le créneau d'horaire choisi pour l'entretien, les patients étaient parfois moins disponibles pour la deuxième partie car pressés de quitter le cabinet pour des impératifs personnels ou professionnels. La concentration des patients, et donc, ses réponses aux questions, pouvaient en pâtir.

L'implication du patient interrogé peut être plus ou moins importante selon le temps dont il dispose pour répondre aux questions et l'intérêt qu'il porte au sujet. Les durées d'entretien ont d'ailleurs été variables, de 16 à 51 minutes.

La principale limite à la méthodologie de la recherche qualitative est la généralisation des résultats à l'ensemble des patients du département, et à fortiori, du pays où l'étude est réalisée, à partir d'un échantillon restreint. Les résultats n'ont aucune valeur statistique : il n'y a pas de quantification précise des idées exprimées.

#### 2) L'échantillon

L'échantillon choisi pour notre étude semble être varié permettant de refléter au mieux la population.

En effet, les différentes catégories d'âge y sont représentées. Il comprend des patients hommes et femmes en proportion relativement équivalente, même si la participation des femmes prédomine, ce qui est souvent le cas dans la littérature (36% et 64% respectivement)(14). Les différentes catégories socio-professionnelles et les origines des patients sont variées, avec une proportion superposable à la réalité en France(15).

La variété de l'échantillon des cabinets de MG recrutés pour notre étude (milieux urbains ou ruraux, seul ou en groupe, en secteur 1 ou 2, sur ou sans rendez-vous) a contribué à faciliter l'accès à des patientèles variées en termes de catégories socio-professionnelles et culturelles.

Bien qu'il n'y ait pas de règle stricte quant à la taille de l'échantillon en recherche qualitative, la sélection des interviewés doit se poursuivre jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information n'émerge des entretiens. Dans notre étude, cette saturation a été obtenue au bout de 20 entretiens, 5 entretiens supplémentaires ont permis de vérifier cette saturation(16).

### 3) La méthode de recueil et d'analyse des données

L'analyse thématique s'est effectuée en parallèle par deux chercheurs (l'investigateur et son Directeur de thèse) ; c'est un critère de validité de sa fiabilité(16).

Une patiente a fait un malaise au cours de la première partie de l'entretien, ce qui a obligé l'investigateur à cesser l'entretien. Deux patients n'ont pu rester au cabinet pour la deuxième partie. Trois entretiens ont donc été terminés par téléphone afin de pouvoir effectuer la deuxième partie de l'entretien, ce qui peut constituer un biais d'analyse par rapport aux autres entretiens.

Les patients pouvaient être gênés du fait de l'enregistrement de cet entretien et également être sur la réserve afin de ne pas offenser le corps médical que je représentais et le médecin traitant qui les suivait. Cela a pu constituer un biais d'information. De même, les patients ont pu vouloir se présenter sur leur meilleur jour en répondant conformément à ce qui est valorisé par la société, à ce qu'ils considèrent être la norme sociale. Cela a pu constituer un biais de désirabilité sociale et expliquer le fait que seulement 2 patients, sur les 25 interrogés, déclaraient avoir été non satisfaits de la prise en charge. Cependant les patients ont manifesté une grande liberté de parole au cours de ces entretiens. De plus, ils avaient été prévenus de l'indépendance de l'investigateur vis-à-vis du MG qui les suivait.

L'investigateur peut lui aussi influencer le déroulement des entretiens. Il est difficile de ne pas laisser paraître sa propre subjectivité. La formulation des questions peut orienter les réponses, même si celles-ci ont été posées avec la plus grande neutralité possible. Aussi, le guide d'entretien est mieux maîtrisé au fil du temps, ce qui modifie sans doute la qualité des réponses des patients.

## B. RÉSULTATS COMPARÉS AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE.

### 1) Résultats comparés aux dimensions culturelles identifiées par Hofstede

Comme cité dans l'introduction, Hofstede définit plusieurs « dimensions » culturelles quantifiables et indépendantes les unes des autres pour définir la « culture de chaque pays »(8) .

Il semble nécessaire d'expliquer la différence entre un déterminant culturel et une dimension culturelle : Un déterminant culturel est un facteur définissable qui dépend d'une culture et qui influence une action. Une dimension culturelle nationale d'Hofstede permet de comparer deux cultures.

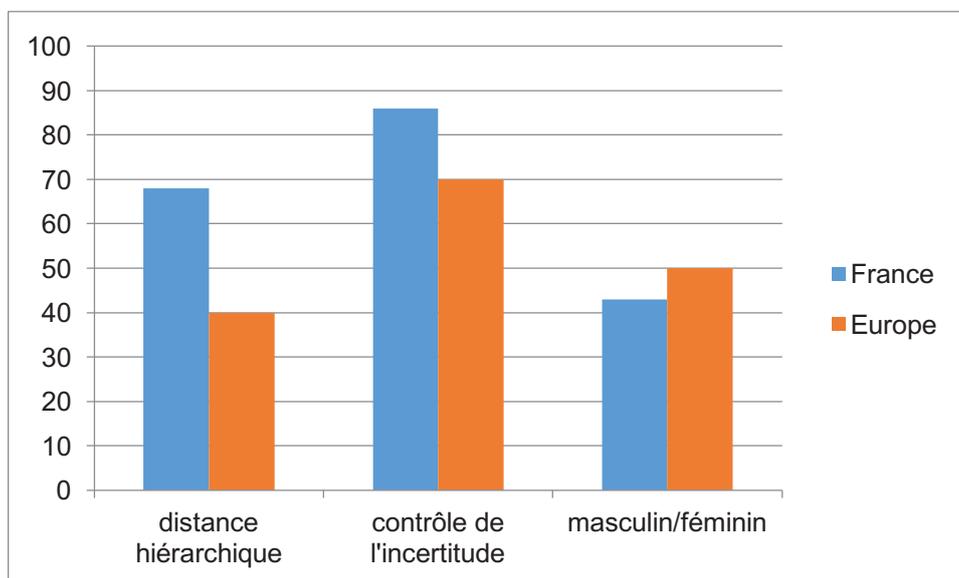
Pour trois d'entre elles, une corrélation avec les consommations d'antibiotiques a été avancée par plusieurs auteurs tels que Deschepper(17) et Borg(18) .

- « **La distance hiérarchique** » qui décrit et propose de mesurer la manière dont la société traite les inégalités entre individus. Selon Hofstede, la distance hiérarchique est définie comme « la mesure dans laquelle les individus les moins puissants des entreprises et des autres organismes acceptent le fait que le pouvoir soit distribué de façon inégale ». En d'autres termes, les personnes dans les cultures à forte distance hiérarchique acceptent davantage les différences de statut que les personnes dans les cultures à faible distance hiérarchique.
- « **L'aversion pour le risque ou contrôle de l'incertitude** » qui décrit et propose de mesurer la manière dont la société gère l'incertitude inhérente au futur, le fait que l'avenir ne puisse jamais être connu. Cela génère de l'anxiété, et les différentes cultures ont appris à composer avec cette anxiété de différentes manières.
- « **La masculinité contre la féminité** » qui décrit et propose de mesurer la répartition des rôles entre les sexes dans la société.

Un score élevé (masculin) dans cette dimension indique que la société sera stimulée par la concurrence, la réussite et le succès. Un système de valeur qui commence à l'école et se poursuit tout au long de la vie professionnelle.

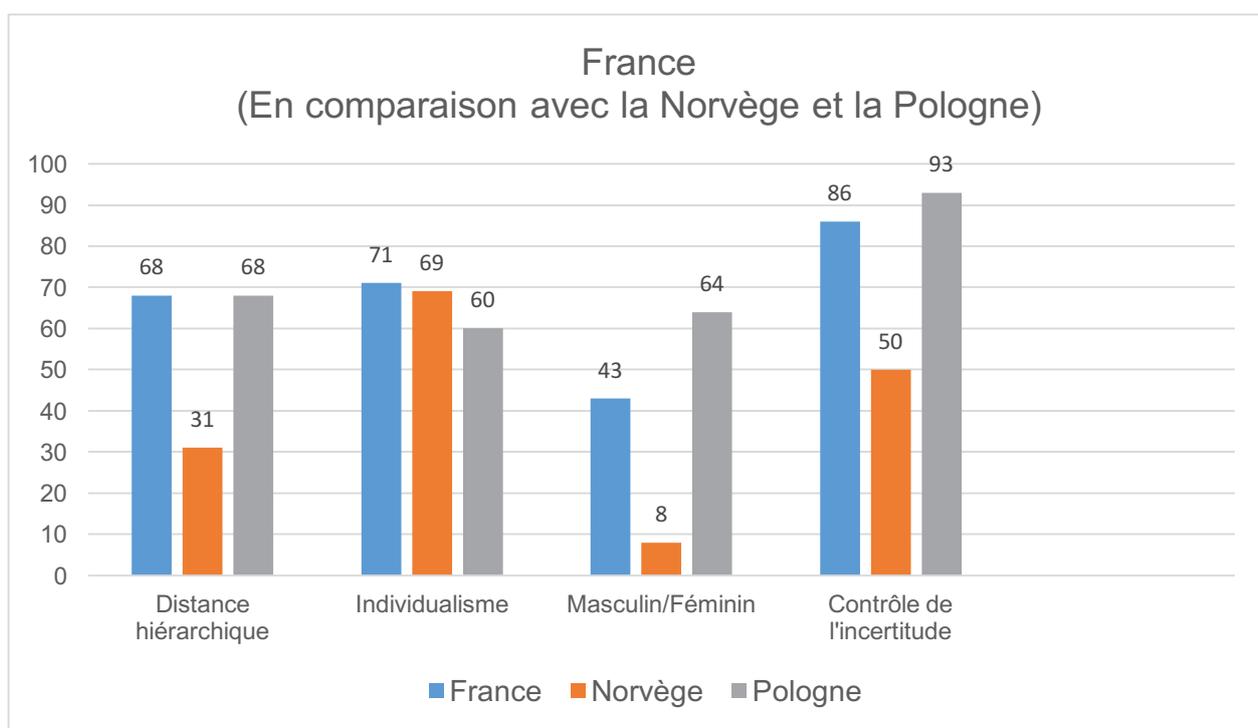
Un faible score (féminin) signifie que les valeurs dominantes de la société sont de prendre soin des autres et de la qualité de vie. Une société féminine est celle où la qualité de vie est le signe du succès.

Il est possible de consulter le degré de ces différentes dimensions culturelles pays par pays sur le site de Hofstede(19). La figure, ci-dessous, représente la moyenne française des différentes dimensions culturelles définies par Hofstede comparées à la moyenne européenne. Nous pouvons constater que la France a un fort degré de distance hiérarchique et de contrôle de l'incertitude, et est une société plutôt féminine.



Score des dimensions culturelles d'Hofstede en France et en Europe

Nous avons également choisi de montrer les moyennes des dimensions culturelles pour la Norvège et la Pologne, ces deux pays ayant été choisis avec la France pour participer à l'étude européenne. Ces 3 pays ont des scores de dimensions culturelles corrélées à une consommation d'antibiotiques différente. Il n'a pas été démontré dans la littérature de corrélation entre la dimension « individualisme/collectivisme » d'Hofstede et la consommation d'antibiotique. Nous pouvons d'ailleurs constater sur cette figure que les scores pour cette dimension sont très similaires pour les 3 pays.



Score des dimensions culturelles d'Hofstede en France, en Norvège et en Pologne

➤ Avec un score de 68, la France a un score assez élevé de « distance hiérarchique ». Elle est, par conséquent, une société dans laquelle un certain degré d'inégalité est accepté.

Dans les sociétés à fort degré de distance hiérarchique, les caractéristiques suivantes ont été identifiées au sein de la consultation du MG(9) :

- *Les patients admirent leur MG(17) .*
- *La prise de décision n'est pas partagée : « le docteur sait le mieux ». Il y a moins de discussion, d'information, de concertation ou de négociation durant la consultation(17).*
- *La prescription d'antibiotique est un symbole de pouvoir et d'expertise(17).*

En analysant les résultats obtenus dans notre étude, nous constatons que les propos recueillis auprès de la majorité de nos patients cadrent avec les caractéristiques des sociétés ayant un fort degré de distance hiérarchique décrites dans la littérature. Ces résultats correspondent à un score plutôt élevé de distance hiérarchique proposé par Hofstede.

En effet, la totalité des patients interrogés, soit les 25 patients de l'étude, expriment faire confiance à leur MG. Cette confiance réside dans le fait d'être rassuré par les paroles du MG, le fait de pouvoir s'exprimer facilement et en toute franchise avec lui. La confiance est aussi dans le fait de remettre la décision entre ses mains sans la remettre en cause ou poser trop de questions. On peut supposer que cette « confiance unanime » dans la décision du MG qu'ils ont choisi, permet d'entretenir la distance hiérarchique élevée en France. Dans l'étude Blommaert(20), l'identification des déterminants responsables de différences entre plusieurs pays d'Europe dans l'utilisation et la résistance des antibiotiques en ambulatoire a montré que les sentiments de méfiance et de religiosité étaient les deux facteurs déterminants qui pourraient être considérés comme culturels et qui ont été associés à l'utilisation des antibiotiques(données issues de l'analyse des WVS).

La plupart des patients considèrent que la décision finale incombe au MG qu'ils considèrent détenteur du savoir. Au cours des entretiens, il a été souvent entendu « je ne sais pas, je ne suis pas docteur ! » ou « c'est lui le docteur ! ». Il est probable que les patients se tournent vers leur médecin car ils attendent une véritable expertise et ressentent moins le besoin d'être impliqué dans la prise de décision. Dans un tel contexte, un médecin reconnaissant qu'il ne sait pas s'il s'agit d'une infection virale ou bactérienne ne saura pas inspirer beaucoup de confiance au patient. De même, une concertation avec le patient pour la prise de décision pourrait être embarrassante pour ce dernier(17).

La distance hiérarchique influencerait donc les processus de décision, selon le type de relation médecin patient, qu'elle soit directive ou participative. A ce sujet, Butler effectuée en 2001, une revue de littérature sur les modèles qui influencent les processus de décision dans les infections respiratoires(21) :

- 1- Le modèle paternaliste où le médecin sait ce qu'il y a de mieux pour son patient et prend la décision de la prescription.
- 2- Le modèle de « choix par le patient » ou modèle « éclairé » où après information donnée par le médecin, le patient prend la décision de la prescription.
- 3- Le modèle de concertation où les informations sont apportées par les 2 protagonistes et où la prise de décision est partagée.

D'après les résultats de l'étude, le modèle paternaliste ne semble plus justifié. Les cliniciens sont mal à l'aise avec le « modèle éclairé », De nombreux MG seraient d'accord avec l'esprit du « modèle de concertation », mais la négociation et le temps qu'impliquent cette concertation limitent l'application de ce modèle. Toutefois, ce dernier semble fournir un cadre permettant d'élaborer des interventions pour une communication plus efficace autour des décisions thérapeutiques pour les infections des voies respiratoires(21). Il serait donc intéressant d'approfondir ce modèle de relation pour les patients français.

Pour la grande majorité des patients, les antibiotiques restent un médicament fort et efficace. Il reste le moyen rapide de guérir de ses symptômes. Prescrire des antibiotiques a une forte connotation symbolique et véhicule un signe de pouvoir et de savoir-faire.

➤ Avec 86, la France a un score élevé de « contrôle de l'incertitude ». Cela apparaît clairement dans ce qui suit : Les Français n'aiment pas les surprises. Structurer et planifier les choses sont nécessaires.

Dans les sociétés à score élevé de contrôle de l'incertitude, les caractéristiques suivantes ont été identifiées au sein de la consultation du MG(9):

- *Les patients ont une plus forte perception de la menace potentielle de l'infection et de ses possibles complications(22) (23);*
- *Les patients se sentent confiants seulement si on leur a diagnostiqué clairement la cause de leurs symptômes, donné un diagnostic précis et le traitement adapté(17).*
- *Les patients préfèrent l'attitude « mieux vaut prévenir que guérir »(22) (23).*
- *La maladie est perçue comme un mal contre lequel il faut lutter.(24)*
- *La prescription d'antibiotiques diminue la peur liée à l'incertitude du patient.(22) (17)*

En analysant les données de notre étude, nous constatons que les propos recueillis auprès de la majorité de nos patients cadrent avec les caractéristiques des sociétés ayant des scores élevés de contrôle de l'incertitude décrites dans la littérature. Ces résultats correspondent à un score plutôt élevé d'évitement d'incertitude proposé par Hofstede.

Dans notre étude, les patients ont principalement consulté leur MG par crainte des complications ou d'une aggravation ou par souhait d'une guérison rapide. La moitié des patients a consulté le MG afin de stopper les symptômes rapidement moyennant un traitement permettant de guérir plus vite. En effet, les patients pensent que l'on peut enrayer l'infection en agissant très rapidement et inversement s'ils ne sont pas « soignés » rapidement cela peut engendrer une aggravation ou des complications. Il est considéré comme un risque de laisser trainer et de ne pas consulter rapidement : « Mieux vaut prévenir que guérir ». Ils ont en grande majorité consulté avant d'atteindre une semaine de durée des symptômes. On peut supposer qu'ils ont préféré ne pas prendre de risque.

Pour les patients ayant souhaité les antibiotiques, nous avons vu que l'antibiotique représentait le traitement « indispensable » à leur guérison. Au-delà du fait d'être un médicament puissant et efficace, il joue d'une image rassurante car il constitue pour certains patients la dernière étape dans le processus de guérison. Il jouit d'une image tellement forte que les patients sont prêts à accepter les effets secondaires parfois importants juste pour pouvoir obtenir ce type de traitement. Il diminue la peur en ôtant l'incertitude perçue par les patients liée aux risques d'aggravation ou complications infectieuses. Dans la littérature, plusieurs auteurs ont pu décrire la corrélation entre le doute diagnostique et l'augmentation de prescription d'antibiotique.

Les situations litigieuses dans la consultation sont souvent celles où le médecin est dans l'incertitude diagnostique. On peut supposer que le « chantage » induit par le patient qui désire absolument son ATB pour ne pas faire de complications accentue l'incertitude liée au diagnostic pour le MG et favorise la prescription de ces médicaments.

➤ Avec un score de 43, la France a une culture de société plutôt féminine. À première vue, cela peut être expliqué par son célèbre système de protection sociale (la sécurité sociale), la semaine de travail de 35 heures, cinq semaines de vacances par an, etc.

Dans les sociétés féminines, les caractéristiques suivantes ont été identifiées au sein de la consultation du MG(9) :

- *Le patient peut être malade et son état peut le dispenser de toute activité professionnelle(18).*

- *Les antibiotiques ne sont pas considérés comme un médicament essentiel pour se remettre au travail le plus rapidement possible, ce qui n'est pas ressenti comme une priorité(18).*

En se référant aux données obtenues dans notre étude, nous constatons qu'il existe une certaine discordance avec les résultats d'Hofstede. En effet, la majorité des patients interrogés dans notre étude ont consulté leur médecin afin de pouvoir soit continuer à travailler, soit pouvoir reprendre le travail rapidement et assumer leurs obligations professionnelles. Ces patients sont fortement axés sur les résultats et une « éthique de travail ». La notion de « conscience professionnelle » a été plusieurs fois rapportée comme raison de consulter rapidement. La finalité de consulter un MG est d'être en forme rapidement pour être efficace dans son travail. Pour certains d'entre eux, les antibiotiques pourraient être favorisés car ils sont souvent perçus et utilisés comme des médicaments « plus forts » qui peuvent vous aider à reprendre le travail plus rapidement.

En résumé, les propos rapportés par les patients de l'étude cadrent plus avec les caractéristiques des sociétés masculines.

➤ Même si aucune corrélation n'a été identifiée dans la littérature entre la dimension culturelle « individualisme/collectivisme » d'Hofstede et la consommation d'antibiotique, il est intéressant de montrer que dans l'analyse de nos résultats, cet aspect est présent à travers la vision individuelle du risque de résistance aux ATB.

Nous avons pu constater que pour la majorité de nos patients, le risque de transmettre des bactéries résistantes à la collectivité n'est pas une préoccupation principale; En effet, seulement 3 patients ont considéré que l'impact de l'utilisation importante des ATB pouvait être la transmission de bactéries résistantes aux autres personnes. Pour les autres patients, l'impact pour la société résidait plus dans le risque écologique (avec l'intoxication des animaux, la pollution de l'eau et la destruction des fosses septiques) et le coût financier lié au gaspillage et à la fabrication d'ATB plus puissants par l'industrie pharmaceutique. Presque la moitié des patients quant à eux, n'avaient pas d'avis sur la question. On peut constater que, pour la plupart des patients de notre étude, la menace autour de la résistance aux ATB est principalement perçue comme « individuelle » plutôt que « communautaire ».

Ces résultats correspondent aux résultats d'Hofstede. En effet, avec un score de 71, la France se révèle être une société individualiste. Cela signifie que le bien-être de l'individu prime sur celui de la société.

Butler propose à ce sujet de modifier la façon de parler de la résistance aux ATB aux patients. Les interventions pourraient être plus efficaces si elles faisaient plus clairement le lien entre la réduction de l'usage des antibiotiques par les patients et le bénéfice social potentiel qui en découlerait : prévenir la propagation des bactéries résistantes pourra aider l'individu personnellement mais aussi son entourage et la communauté(25).

## 2) Résultats comparés aux autres déterminants culturels de l'utilisation des antibiotiques identifiés dans la littérature.

Certains déterminants culturels ne sont pas explorés dans les dimensions culturelles d'Hofstede mais sont régulièrement cités dans la littérature. Issus du travail de revue de la littérature sur les déterminants culturels(9), les déterminants les plus fréquemment explorés et identifiés sont:

### a) *L'expression du diagnostic ou « labelling of diagnosis »*

Cela représente la perception de ce qui est considéré comme un véritable symptôme et l'utilisation d'étiquettes.

La langue est clairement l'un des éléments principaux caractérisant d'une culture. Elle permet de faire passer un message unique que seul un groupe plus ou moins limité de personnes peut comprendre.

L'expression du diagnostic, aussi bien pour le médecin que pour le patient fait appel à des représentations. Si pour le médecin, ces représentations sont claires (infection bactérienne = antibiotiques, infection virale = pas d'antibiotique), pour le patient elles semblent parfois confuses et peuvent conditionner la demande d'antibiotiques comme par exemple dans la « bronchite » ou le « froid de poitrine »(26). Deschepper explique que l'expression diagnostique conditionne le comportement du patient face à sa maladie via les représentations qu'elle engendre. Ceci se vérifie pour nos patients puisque sur les 4 patients demandeurs d'ATB, un patient avait étiqueté son mal comme une « bronchite », un autre comme une « sinusite » et deux autres comme un « mal de gorge ». Pour les patients ayant étiqueté leurs symptômes en utilisant les termes « rhume », « grippe » ou « toux », aucune demande d'ATB n'a été faite.

Ces données cadrent avec les résultats de l'Eurobaromètre 2013 qui témoignent d'une bonne connaissance des français sur le sujet. Nous pouvons à nouveau supposer que les conduites ont évolué et que les campagnes de sensibilisation aient été efficaces sur ce point.

### b) *La perception des médicaments ou « drug perception »(23)*

Cela regroupe la perception des patients envers les antibiotiques et les médicaments symptomatiques : le scepticisme à l'égard des médicaments et la peur de la toxicité, ou le fait de les considérer comme des accélérateurs du processus de guérison avec la crainte de complications si aucun médicament n'est utilisé.

Dans notre étude, nous avons pu constater que la quasi-totalité des patients, soit 24 sur les 25 interrogés, avait consommé des médicaments dit « symptomatiques » avant de consulter leur MG. Le médicament est perçu comme un produit de consommation courante. Il est « populaire » et considéré comme un accélérateur du processus de guérison.

De même, nous avons constaté que tous les patients sans exception sont repartis avec une ordonnance de médicament « symptomatique ». Pour les médecins, comme les patients, la prescription est un acte social. Rosman parle de « rituel de l'ordonnance » pour caractériser l'importance de la prescription en France(27) . C'est une singularité culturelle : contrairement à bien d'autres pays, les patients français ont le sentiment qu'une consultation qui n'est pas conclue par la remise d'une ordonnance n'est pas une « vraie » consultation, et que l'essentiel de la relation médecin - malade se fait par le biais de l'ordonnance.

Parmi les pays européens, la France se distingue par des consommations et des prescriptions élevées de médicaments (tous médicaments confondus : benzodiazépines, psychotropes et antibiotiques principalement) dont l'efficacité n'a pas toujours été démontrée : 8 consultations de médecine générale sur 10 se terminent par une ordonnance (23), avec des moyennes de prescription de 2,9 produits par consultation en 2002(28).

En ce qui concerne la perception des antibiotiques par les patients de notre étude, deux modes de pensées s'opposent. Soit les patients interrogés le voient comme un médicament fort, accélérateur de guérison ; soit ils le voient comme un médicament nocif, pas naturel, responsable d'effets délétères sur l'organisme et de pharmaco-résistance. Il est intéressant de signaler que, dans notre étude, seulement 4 patients avaient consulté dans l'optique de recevoir des ATB. Ils représentent une très petite partie des patients interrogés. Un certain nombre d'entre eux se montrent même réticents voire opposés à la prescription d'antibiotiques. On peut donc supposer que l'attitude des malades commence à évoluer.

### c) *La sensibilisation aux antibiotiques*

Cela représente les attitudes, les connaissances, les croyances et les perceptions des patients à l'égard des antibiotiques : leur efficacité dans l'accélération de la récupération et la prévention des complications, leurs effets indésirables.

Nous avons vu dans notre étude que la majorité des patients partagent ces croyances. En effet, la majorité des patients considèrent les antibiotiques comme des « accélérateurs de guérison » ou encore qu'ils empêchent la survenue de complications.

La majorité des patients est consciente des effets indésirables des ATB et du risque de pharmaco-résistance lié à leur consommation. Ils ont tous été sensibilisés à ces problèmes par le biais des médias principalement, mais aussi par l'entourage proche.

Il est intéressant de comparer nos données avec celles de l'Eurobaromètre 2013. Afin de tester les connaissances sur les antibiotiques et la résistance aux antibiotiques, plusieurs questions ont été posées à des milliers de patients des différents pays d'Europe. Les résultats nous intéressent rapportent que :

- *59% des français (contre 40% d'européens) savent que les antibiotiques ne tuent pas les virus,*
- *63% des français (contre 52% d'européens) pensent que les antibiotiques sont inefficaces dans le rhume et la grippe,*
- *92% des français (contre 84% d'européens) pensent que l'usage inapproprié des ATB les rend inefficaces.*

Ces résultats montrent que les français ont de bonnes connaissances sur le sujet comparativement à la moyenne européenne. Certains résultats sont superposables aux données recueillies dans notre étude avec une importante majorité de patient sensibilisé au fait que les ATB sont inutiles dans le rhume et la grippe et que leur utilisation inappropriée les rend inefficaces. En revanche, les données diffèrent concernant les connaissances sur les virus puisque seulement un quart de nos patients savent que les ATB détruisent les bactéries et un quart des patients pensent que les ATB détruisent les virus et les bactéries. Les autres patients interrogés ont des connaissances erronées voire pas de connaissance du tout sur le sujet.

D'après l'Eurobaromètre 2013, les participants déclarent avoir obtenu différentes informations dans :

- 52% des cas par le biais des médias ou de campagnes d'information. La source d'information médiatique la plus fréquente est l'annonce à la télévision, citée par une personne interrogée sur dix (10%). De plus, 6% d'entre elles indiquent d'autre part avoir été informées par la presse écrite ou un journal télévisé.

- 10% des cas par le biais d'un professionnel de santé (dans la plupart des cas, le professionnel en question est un médecin).

- 1% des cas par le biais de la famille.

Dans notre étude, l'immense majorité des patients en ont eu connaissance également par le biais des médias. En revanche, seulement quelques patients en ont eu connaissance par le biais de médecins hospitaliers ou de leur entourage. Bien que très surprenant, seulement une patiente en a eu connaissance par le biais de son MG. Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses sur ce dernier résultat : est-ce par manque de temps pendant la consultation ?

Existe-t-il un manque de communication avec le patient autour de l'usage des antibiotiques ? Les MG sont-ils trop peu sensibilisés à ce problème ? Il serait donc intéressant d'approfondir ce résultat afin de trouver des solutions pratiques pour l'améliorer.

#### d) *L'expérience individuelle*

Comme nous avons pu le voir dans nos résultats, parmi les patients désirant des antibiotiques, tous ont utilisé leurs expériences antérieures pour justifier l'obtention de leurs antibiotiques.

D'une certaine manière, le patient justifie l'obtention de ses antibiotiques en faisant référence à des expériences passées, en particulier à des expériences considérées à tort ou à raison comme des échecs de la non-prescription. Elle crée une pression sur le MG. Dans la littérature, plusieurs auteurs ont pu décrire la corrélation entre les expériences cliniques antérieures des patients et l'augmentation de prescription d'antibiotique (18). De plus, Paul Little explique que les situations litigieuses dans la consultation sont souvent celles où les expériences cliniques antérieures et les connaissances personnelles des patients conduisent à contourner la preuve scientifique de ne pas prescrire d'ATB. La priorité n'est plus les données de la recherche scientifique mais l'expérience individuelle du patient. Les explications ou l'absence d'explications que le MG va alors fournir au patient sont alors déterminantes dans sa décision de prescrire un antibiotique ou pas.

### e) *Les croyances et interprétations des patients sur la résistance aux antibiotiques*

La plupart des personnes interrogées dans cette étude était au courant du problème de résistance aux antibiotiques, mais l'analyse détaillée des entretiens a révélé une distance entre la compréhension « populaire », ce qu'ils pensent savoir, et la compréhension scientifique du concept : les patients ont le plus souvent considérés la résistance comme une propriété du corps humain plutôt qu'une propriété de la bactérie. Nous avons constaté que, pour les patients, la « résistance » signifie que le traitement « ne fonctionne pas » et l'explication simple qui en est faite est que « le corps s'habitue » ou devient « immunisé » aux antibiotiques, et la personne, ou parfois la « maladie » avait développé une tolérance pour l'antibiotique nécessitant soit un antibiotique différent « plus fort » ou une « dose plus élevée ». L'interprétation scientifique de la « résistance » qui explique que les bactéries développent une capacité à contrer l'efficacité d'un antibiotique, a été retrouvé chez seulement un quart des patients interrogés. Il est intéressant de constater que cette croyance est confirmée dans la littérature.

Butler a expliqué, suite à l'analyse de 121 entretiens de patients de neuf pays européens sur le sujet, que l'interprétation populaire de la résistance aux antibiotiques avait été fréquemment située dans les « caractéristiques du corps de l'individu » plutôt que dans les « caractéristiques de la bactérie »(25).

Les données révèlent clairement que la compréhension du public sur la résistance aux antibiotiques n'est généralement pas la même que le sens utilisé par les cliniciens et les scientifiques.

Cependant, la plupart des patients ont fait le lien entre l'utilisation d'antibiotiques et la résistance. Butler propose de changer la façon dont les praticiens parlent de la résistance afin de rendre plus claire le concept pour les patients, et d'utiliser des termes comme « superbactéries » afin de conduire à une meilleure compréhension (25).

### f) *La communication*

De nombreuses études montrent l'impact de la communication entre le médecin et son patient sur la prescription d'antibiotiques. En effet, l'impact se situerait dans les explications ou conseils donnés au patient et les processus de décision lors d'une infection.

Les situations litigieuses dans la consultation sont souvent celles où le médecin est dans l'incertitude diagnostique(29). Les explications ou l'absence d'explications qu'il va alors fournir au patient sont déterminantes dans sa décision de prescrire un antibiotique ou pas. L'absence d'explication accroît significativement la probabilité d'une prescription d'antibiotiques. Le manque de temps ou de moyens pour expliquer l'action des antibiotiques est un des facteurs décisionnels(30). Enfin, les commentaires faits au patient pendant l'examen clinique influencent aussi la prescription: un commentaire inquiétant est fréquemment associé à une remise en question du patient sur la prescription et l'augmentation de la probabilité de prescrire un antibiotique(31) .

En tentant d'analyser les résultats de notre étude, nous pouvons être amenés à penser que, si si peu d'antibiotiques ont été prescrit en pratique et que seulement deux patients aient été non satisfait de la prise en charge (car n'ayant obtenu les ATB demandés), cela peut être lié à la bonne communication entre le médecin et son patient. En effet, la quasi-totalité des patients de l'étude ont confié être satisfait de la prise en charge. La totalité des patients se sont également sentis impliqués dans la consultation et ont répondu n'avoir aucun problème pour poser des questions à leur MG. Ils se sont sentis rassurés par le fait d'avoir été examinés et consultés pendant l'entretien mais également par le fait d'avoir eu des explications sur les symptômes, les traitements et les consignes de surveillance. On peut donc supposer que, dans notre étude, les patients communiquent facilement avec leur médecin et les échanges sont simples et réciproques.

Bien que non contradictoire, il est intéressant de souligner que même si on observe un fort degré de distance hiérarchique au sein de la relation médecin-patient dans notre étude, comme nous avons pu le voir auparavant, les patients déclarent tout de même bien communiquer avec leur MG. On peut y trouver un paradoxe lié au fait que d'un côté les patients font confiance et remettent entièrement la décision finale à leur MG sans être consultés et que d'un autre côté ils se sentent à l'aise pour poser des questions et communiquer avec lui.

*g) Parallèle entre le point de vue du patient et du médecin sur l'infection et la prise en charge.*

En analysant les résultats de notre étude et en comparant les résultats des entretiens avant la consultation médicale avec ceux recueillis après la consultation médicale, nous avons pu constater que dans la grande majorité des cas il n'y avait pas de décalage important entre l'étiquetage par le patient de son infection et le diagnostic fait par le médecin. En effet, les « maux de gorge » se sont avérés être des « angines », les « toux grasses » ou « bronchites » ont été diagnostiqués comme des « bronchites », les « rhumes » étaient des « rhino trachéites ». Seulement 3 patients pensaient avoir la « grippe » alors que le médecin avait diagnostiqué une simple virose.

De plus, la plupart des traitements prescrits par les MG étaient dans la continuité des traitements initiés par le patient avant de consulter. Il s'agissait principalement de traitement symptomatique comme les collutoires pour le nez et la gorge, de sirop antitussif, de paracétamol. Quelques patients ont reçu une prescription d'antibiotiques ou de cortisone mais ne représentaient pas la majorité des cas. Les patients n'étaient pas inquiets la plupart du temps, de même que le MG qui les examinait.

On peut ainsi supposer que, de manière générale, les patients se trompent peu en ce qui concerne leurs symptômes d'infections respiratoires courantes. Ils ont des notions sur ce qu'il faut faire et ont les moyens de les traiter. On peut donc se demander si le fait de consulter le MG alors que finalement le patient connaît son infection, qu'il peut la gérer dans la plupart des cas avec des traitements disponibles en pharmacie et que l'inquiétude est faible, ne constitue pas un manque de confiance en soi. Les patients ne font pas confiance à leur propre jugement, reflétant peut-être une façon d'essayer de contrôler l'incertitude. Ils sont en général au clair avec leurs symptômes mais préfère avoir un avis médical. Il pourrait être intéressant de développer, par le biais de l'éducation, l'« empowerment » des patients pour qu'ils participent davantage à leurs soins et qu'ils aient plus d'autonomie vis-à-vis du médecin en ce qui concerne ces infections respiratoires courantes.

L' « empowerment » désigne la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle.

Butler propose d'explorer plus en profondeur les opportunités au sein de la pratique médicale qui permettraient l'autonomisation des patients de se livrer à des « auto-soins »(32), comme cela a déjà été fait pour la prise en charge de patients atteints de maladie chronique.

Cependant certains auteurs(33) attirent l'attention sur le fait que la personnalité du patient, le type de pathologie, ou le stade de la maladie sont des facteurs susceptibles d'influencer tant la capacité que le désir du patient à entrer dans un processus d' « empowerment ». Ainsi, tous les patients ne souhaiteraient pas systématiquement participer aux décisions médicales par exemple, et il reviendrait aux soignants à être attentifs à cela pour ne pas « forcer » le patient vers une autonomie décisionnelle qu'il ne souhaite pas ou dont il ne se sent pas capable.

### **C. LES CONTRADICTIONS FRANÇAISES :**

Dans notre étude, si beaucoup de déterminants culturels ont pu être identifiés et comparés aux données de la littérature, certains points sont difficiles à classer et on retrouve beaucoup de contradictions dans les informations confiées par les patients.

Les principales contradictions sont :

#### 1) La confiance envers le MG versus le changement de MG en cas de non satisfaction.

En effet, si tous les patients à l'unanimité ont déclaré avoir confiance dans leur MG, quelques patients ont précisé avoir la possibilité de changer de MG en cas de désaccord. On peut donc s'étonner de cette confiance toute relative qui est faite au MG puisque précaire et conditionnée. Le médecin devient finalement un objet de consommation au même titre que les médicaments. Le patient lui fait confiance jusqu'à ce que ça ne convienne plus et en change. On peut donc supposer que la confiance des patients envers leur MG réside en grande partie dans le fait qu'il l'ait choisi. On peut également supposer que cette façon de penser peut-être favorisée par le système d'organisation des soins qui rend possible et facile le changement de MG. Bloomaert décrit dans une de ses publications le lien existant entre la consommation plus élevée d'ATB et le fait de ne pouvoir changer de MG. Si les patients sont tenus d'enregistrer un seul MG et qu'il n'est pas facile, voire impossible, pour eux d'en consulter un autre, la consommation d'antibiotiques observée du pays est plus faible que dans les pays où ce n'est pas le cas.

#### 2) La rapidité de consultation versus la faible inquiétude vis-à-vis de l'infection en cours.

La majorité des patients a pris la décision de consulter un MG sans attendre une semaine de persistance des symptômes. Cependant beaucoup de patient ont confié ne pas avoir de réelles inquiétudes concernant l'infection en cours.

On peut donc se demander si le seuil de tolérance à l'inconfort n'est pas faible pour nos patients. Il a été décrit dans la littérature que les patients français ont un seuil très bas pour la consultation d'un MG(22).

Ils perçoivent un plus grand besoin de consulter pour des maladies pouvant guérir avec ou sans médication et en particuliers dans le cas des infections des voies respiratoires (27). Sensibiliser les patients sur le fait de ne pas consulter le médecin en cas de maladie pouvant céder spontanément, ou pour des symptômes mineurs, par des lettres d'information aux patients ou des conseils téléphoniques par des professionnels de santé, pourrait permettre de décourager certains patients à consulter le médecin plus tôt que nécessaire. Ce type de démarche a été mené dans plusieurs pays et a montré des résultats significatifs(34).

De plus, la majorité des patients a confié que sans l'intervention du MG, l'infection finirait tout de même par passer mais en plus de temps. On peut donc se demander si le système d'organisation des soins français ne favorise pas ce type de comportement. Dans la littérature, il a été démontré que plus la facilité d'accès au médecin est importante, plus la prescription d'antibiotiques est élevée. L'Angleterre, où l'accès au médecin est difficile, est ainsi un pays relativement peu prescripteur d'antibiotiques(35).

Une patiente de notre étude, née en Angleterre, a souligné la trop grande facilité d'accès au médecin en France et a pu constater des comportements nettement différents entre elle et ses enfants ou son mari, nés en France ; Il est intéressant de voir qu'un frein de la prescription est l'accès au médecin. Beaucoup de maladies guérissant en trois ou quatre jours, si l'on ne peut pas avoir accès au médecin, on ne va pas recevoir d'antibiotiques. Au contraire, si l'on accède au médecin dès le premier jour, on recevra plus facilement un antibiotique.

### 3) La critique du médicament versus l'automédication.

Parmi les patients interrogés, certains d'entre eux ont confié ne prendre de médicaments qu'en cas de nécessité. D'autres ont même critiqué la surconsommation pharmaceutique en France en expliquant que beaucoup trop de personnes ne se sentaient satisfait qu'à travers l'obtention de nombreux médicaments. Cependant, il est intéressant de constater que tous les patients (sauf un) ont utilisé des médicaments avant de consulter leur MG. Les différences culturelles dans la perception des médicaments jouent un rôle majeur : dans certains pays, on observe un degré plus élevé de scepticisme envers l'usage de médicaments, qui est associé à l'idée que les ceux-ci peuvent avoir des effets toxiques sur le corps. Dans ces pays-là, les médicaments sont moins consommés et moins prescrits par le MG (24). En revanche, en France, ils sont plus « populaires » et sont considérés comme accélérateurs du processus de guérison (24). Il persiste donc toujours une contradiction entre les connaissances des patients français sur la toxicité des médicaments et leur consommation importante.

### 4) Les bonnes connaissances des français versus le taux de consommation d'ATB en France

Il existe un paradoxe important entre les résultats obtenus dans le sondage de l'Eurobaromètre 2013 sur les connaissances sur les antibiotiques des français et les résultats obtenus dans le rapport de l'ANSM de novembre 2014 sur la consommation des ATB en France, ces résultats étant comparés aux résultats des autres pays européens.

Bien que la France soit le 5ème pays où les connaissances sont les meilleures (au-dessus de la moyenne européenne derrière la Suède, la Danemark, le Luxembourg et la Finlande)(36), la consommation moyenne d'antibiotique pour le secteur ambulatoire de la France en 2012 était au 4<sup>ème</sup> rang européen. Elle reste donc très au-dessus de la moyenne européenne et classe la France dans les pays à forte consommation(4).

Dans notre étude, la demande d'ATB a finalement été nettement moins importante que prévue puisque seulement 3 patients en ont fait explicitement la demande.

Cependant pour les patients qui avaient de bonnes connaissances sur les ATB (environ un quart des patients interrogés), certaines contradictions persistent. En effet, les patients interrogés restent persuadés que la guérison est plus rapide sous ATB, que l'infection soit d'origine virale ou bactérienne. Cette croyance reste ancrée dans l'esprit de la plupart des patients.

Cette contradiction peut s'expliquer par le fait que l'individu soit confronté à deux niveaux de logique : d'une part, la logique des connaissances où l'antibiotique n'agit pas sur une infection virale et, d'autre part, « la logique » des représentations d'origine culturelle où l'antibiotique peut quand même agir.

Il semble y avoir un écart entre les connaissances et les comportements. Deschepper parle de « pragmatisme » pour illustrer cet état de fait (23). Parfois, les patients confient être contre l'utilisation des antibiotiques de principe, mais ils abandonnent leur principe lorsqu'ils sont confrontés à une situation spécifique concernant leur vie quotidienne comme par exemple la reprise du travail, les vacances. Ils ont des idées claires sur l'utilisation d'antibiotiques, mais la pression des facteurs contextuels est forte.

## **V. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE**

Tenir compte des résultats de cette étude peut présenter des intérêts à plusieurs niveaux.

### **A. Intérêt dans la relation médecin-patient**

Notre étude confirme que les déterminants culturels contribuent à expliquer les mécanismes de fonctionnement du patient pendant la consultation à l'occasion d'une infection. Il se manifeste principalement dans la communication(37).

En prenant conscience de ces déterminants et en les explorant, le médecin pourrait mieux comprendre les attentes de son patient pour améliorer sa communication(32). Par exemple, nous avons vu que les patients de notre étude ont confiance dans leur médecin et n'éprouvent aucune difficulté à communiquer avec lui. En tant qu'autorité influente et digne de confiance, les médecins ont donc un rôle majeur à jouer dans l'évolution des opinions et des comportements des patients.

### **B. Intérêt dans les interventions à mettre en place**

Dans notre étude, nous avons pu constater qu'une bonne partie des patients avaient de bonnes connaissances de base sur les infections, les antibiotiques et les risques de leur utilisation répétée. Cependant, il persiste beaucoup de confusions à éclaircir. Par exemple, même si quasiment tous les patients savent qu'il ne faut pas consommer trop d'antibiotiques, grâce en grande partie à la campagne d'information « les antibiotiques, c'est pas automatique », beaucoup d'entre eux sont incapables d'en expliquer la raison, les situations où cela s'applique, ou bien ignorent les conséquences pour pouvoir s'approprier le message suffisamment et ainsi changer de comportement. Il serait donc intéressant d'élaborer des campagnes d'information en France, en tenant compte du contexte socioculturel et des différents résultats soulignés tout au long de notre étude.

Les principaux messages qu'il semblerait important d'approfondir seraient :

- Améliorer la connaissance des patients sur les infections : nous avons vu que l'étiquetage initial de la maladie était corrélé à la demande d'antibiotiques. Par exemple, une description claire de ce qu'est la bronchite et de comment elle se soigne pourrait permettre de réduire la croyance erronée que les ATB sont inévitables dans ce cas précis. De même, améliorer les connaissances des patients sur la durée normale des symptômes de chaque infection en donnant des lignes directrices simples sur la marche à suivre. Cela permettrait au patient de connaître les signes qui doivent l'alerter à consulter son médecin et éviter qu'il ne consulte trop rapidement (puisque ce facteur a prouvé son implication dans l'augmentation de la prescription d'ATB). Les médecins généralistes français pourraient contribuer à ce changement en incluant l'éducation des patients de manière plus systématique dans leur pratique.

- Améliorer la connaissance des patients sur les ATB : approfondir les messages d'information expliquant que les ATB sont inefficaces sur les virus et efficaces sur les bactéries permettrait d'éviter des demandes inappropriées, à condition de connaître quelles sont les infections plutôt virales et plutôt bactériennes.

- Rassurer les patients sur la capacité du corps à guérir les infections virales courantes, mieux comprendre les défenses de l'organisme.

- Améliorer la connaissance des patients sur la résistance aux ATB : approfondir les messages d'information expliquant que c'est la bactérie qui devient résistante et non le corps, comme ce fut souvent cité par nos patients. De plus, il serait intéressant d'envisager le risque de la résistance aux ATB aussi comme une menace collective et pas seulement individuelle.

- S'attaquer aux idées reçues comme le fait que les « ATB permettent de guérir plus vite », « préviennent les complications » ou font « baisser le fièvre ».

Ces commentaires peuvent être utiles pour concevoir des campagnes d'information meilleures et plus efficaces sur les antibiotiques. Certaines études suggèrent que les campagnes d'information auprès des patients menées en tenant compte du contexte socioculturel seraient plus efficaces(38).

En ce qui concerne les sources d'information, les campagnes médiatiques sont complémentaires à l'éducation du patient par les professionnels de santé pour diffuser les informations sur les antibiotiques. Il semble indispensable de renforcer la place du médecin généraliste, qui bénéficie d'une confiance importante de la part des patients et avec qui les patients se sentent à l'aise pour communiquer, dans ce combat en incitant les médecins à renforcer leur discours et l'éducation de leurs patients. Le but affiché reste la diminution des prescriptions inadaptées d'antibiotiques d'où la nécessité de « mieux communiquer pour ne pas prescrire »(39). Le problème de manque de temps du MG se pose.

Il semblerait particulièrement intéressant d'améliorer l'éducation des jeunes dans ces thématiques complexes en milieu scolaire dès le plus jeune âge. Borg a dit que l'éducation est une façon de diminuer l'influence culturelle (18) et que l'augmentation des connaissances des patients sur les ATB diminuer leur consommation . L'évaluation du projet européen éducatif e-Bug a montré une augmentation des connaissances des élèves(40). La création de l'outil e-Bug pour les 15-18 ans utilisera des techniques de marketing social, prenant en compte de nombreux facteurs socio-culturels pour chaque pays participant. Cela permettra de mettre à disposition des différents acteurs dans l'éducation, des outils concernant les thématiques des antibiotiques dans une perspective globale, afin de faciliter un changement de comportement de manière pérenne. (40).

Une autre thèse consiste à penser que la culture est « vivante » et évolue continuellement. Les « World Values Surveys » (WVS), sont issues d'un réseau mondial de chercheurs en sciences sociales qui ont mené six enquêtes de valeurs depuis 1981 dans près de 100 pays (400 000 répondants ressources en tout) montrant une évolution considérable de la culture sur les 30 dernières années(41). S'inspirer de ce qu'il se fait dans les autres pays constitue une des étapes pour envisager le changement culturel et les changements de comportement.

### **C. Orienter de nouvelles recherches ou perspectives**

Notre étude s'inscrit au sein d'un projet d'étude européenne ayant pour but d'explorer les déterminants culturels à la prescription d'antibiotique pouvant expliquer la différence de prescription d'antibiotiques entre la Norvège, en Pologne et en France. Nous avons pu voir d'après le schéma d'Hofstede que les dimensions culturelles de ces 3 pays étaient très différentes de même que leur consommation respective d'antibiotiques. Il sera donc intéressant d'analyser et de comparer les résultats obtenus par ces 3 pays pour nous aider à mieux identifier les facteurs culturels qui permettraient d'expliquer les différences de consommation d'antibiotiques dans ces différents pays. L'intérêt serait d'adapter les campagnes d'information au contexte culturel de chaque pays en s'aidant des dimensions culturelles nationales d'Hofstede et des nombreux autres facteurs culturels identifiés grâce à la mise en place d'une échelle culturelle. Il serait également intéressant de faire des études qualitatives en miroir auprès des médecins généralistes pour traiter le sujet dans sa globalité.

## **VI. CONCLUSION**

L'augmentation de la résistance bactérienne aux antibiotiques en Europe, et plus particulièrement en France, impose un changement radical dans les politiques de santé actuelles. La population française est classée au 4<sup>ème</sup> rang européen dans la consommation d'antibiotiques. Elle doit donc être particulièrement ciblée par les campagnes d'information afin d'être sensibilisée à ce problème majeur de santé publique.

Cette thèse n'a pas vocation à faire de la culture la raison majeure de l'usage inapproprié des antibiotiques mais elle souligne son omniprésence et ouvre des perspectives notamment dans l'élaboration des campagnes de santé publique, l'éducation des élèves ou l'amélioration de la communication entre le médecin et son patient. Les facteurs culturels ne doivent pas être considérés comme une catégorie distincte de déterminants, mais comme une influence omniprésente sur toutes les différentes étapes du processus de la maladie, des premiers symptômes ressentis par le patient à la décision et possibilité de consulter le médecin, la relation avec le médecin lors de la consultation, sur la durée de la maladie et sur les connaissances, croyances, perceptions et attitudes que les patients ont sur leur maladie et les traitements. Notre étude a montré qu'il peut être réducteur de se limiter à une approche restreinte du sujet en ne considérant que les dimensions culturelles d'Hofstede, et encourage une approche plus globale pour tenir compte de l'influence omniprésente des facteurs culturels sur cette problématique complexe.

Cependant, les dimensions culturelles aident à comprendre comment les déterminants influenceraient une consultation et se manifesteraient dans la communication entre le médecin et son patient, laquelle communication influencerait directement la prescription d'antibiotiques.

Il paraît essentiel d'effectuer d'autres recherches transculturelles sur la prescription d'antibiotiques, en particulier auprès des médecins, pour, d'une part, mieux comprendre les mécanismes d'action des dimensions nationales et d'autre part améliorer nos propres pratiques en s'inspirant de celles d'autres pays.

## VII. ABRÉVIATIONS

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ATB : Antibiotique

BMR : Bactérie multirésistante

Eurobaromètre : Analyse par sondages de l'opinion publique de la Commission européenne. Depuis 1973, la Commission européenne effectue un suivi régulier de l'opinion publique dans les Etats membres.

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization): Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

## VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005;365(9459):579–87.
2. World Health Organization. Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014. [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en/> Accessed 7 July 2015.
3. TACKLING DRUG-RESISTANT INFECTIONS GLOBALLY: FINAL REPORT AND RECOMMENDATIONS [Internet]. [cité 31 mai 2016]. Disponible sur: [http://amr-review.org/sites/default/files/160518\\_Final%20paper\\_with%20cover.pdf](http://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf)
4. Rapport ANSM – L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013 - novembre 2014 [Internet]. Disponible sur: [file:///C:/Downloads/ANSM\\_rapport\\_consommation\\_antibio%202013%20\(3\).pdf](file:///C:/Downloads/ANSM_rapport_consommation_antibio%202013%20(3).pdf)
5. Huttner B, Goossens H, Verheij T, Harbarth S. Characteristics and outcomes of public campaigns aimed at improving the use of antibiotics in outpatients in high-income countries. *Lancet Infect Dis*. 2010;10(1):17–31.
6. Adriaenssens N, Coenen S, Versporten A, Muller A, Minalu G, Faes C, et al., ESAC Project Group. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe (1997–2009). *J Antimicrob Chemother*. 2011;66(6):vi3–12.
7. Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982.
8. Hofstede G. *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations*. 2nd ed. London, UK, SAGE, 2001.
9. Touboul-Lundgren P, Jensen S, Draï J, Lindbæk M. Identification of cultural determinants of antibiotic use cited in primary care in Europe: a mixed research synthesis study of integrated design « Culture is all around us ».
10. Draï Johann. « IDENTIFICATION DES DETERMINANTS CULTURELS DANS L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES EN SOINS PRIMAIRES EN EUROPE », *Revue systématique de littérature, présentée et soutenue le 27 juin 2012* »).
11. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire, qualitative médicale francophone : GROUM-F. *Introduction à la recherche qualitative*. 2008;19(84).
12. Jean-Claude Kaufmann. *L'entretien compréhensif*. 3ème. Armand Colin;
13. Virginia Braun, Victoria Clarke. What can « thematic analysis » offer health and wellbeing researchers?
14. Christel Aliaga. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. *Rapport INSEE. Cond Vie Ménag Insee*. (N° 869-OCTOBRE 2002).
15. Chiffres clés Évolution et structure de la population, données de l'INSEE [Internet]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/dossier\\_complet.asp?codgeo=METRODOM-1](http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=METRODOM-1)
16. Côte L, Turgeon J,. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale* 2002 3 2 81-90 DOI 101051 Pmed2002018.
17. Deschepper R, Grigoryan L, Stålsby Lundborg C, Hofstede G, Cohen J, Van Der Kelen G, et al. Are cultural dimensions relevant for explaining cross-national differences in antibiotic use in Europe? *BMC Health Serv Res*. 2008;8:123.

18. Borg M. National cultural dimensions as drivers of inappropriate ambulatory care consumption of antibiotics in Europe and their relevance to awareness campaigns. *J Antimicrob Chemother.* 2012;67(3):763–7.
19. Hofstede G. <http://www.geert-hofstede.com/countries.html>. 2016.
20. Blommaert A, Marais C, Hens N, Coenen S, Muller A, Goossens H, et al. Determinants of between-country differences in ambulatory antibiotic use and antibiotic resistance in Europe: a longitudinal observational study. *J Antimicrob Chemother.* 2014;69(2):535–4.
21. Antibiotics and shared decision-making in primary care. *J Antimicrob Chemother.* 2001;48(3):435–40.
22. Pechère JC. Patients' interviews and misuse of antibiotics. *Clinical Infectious Diseases. An Official. Diseases Society of America* 2001;33 Suppl 3:S170–3.
23. Deschepper R, Van der Stichele R, Haaijer-Ruskamp F. Cross-cultural differences in lay attitudes and utilisation of antibiotics in a Belgian and a Dutch city. *Patient Educ Couns.* 2002;48(2):161–9.
24. Rosman S, Le Vaillant M, Schellevis F, Clerc P, Verheij R, Pelletier-Fleury N. Prescribing patterns for upper respiratory tract infections in general practice in France and in the Netherlands. *Eur J Public Health.*
25. Brookes-Howell L1, Elwyn G, Hood K, Wood F, Cooper L, Goossens H, Ieven M, Butler CC. « The body gets used to them »: patients' interpretations of antibiotic resistance and the implications for containment strategies. *juill 2012;*
26. Phillips, T Grant, et John Hickner. « Calling acute bronchitis a chest cold may improve patient satisfaction with appropriate antibiotic use ». *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice* 18, no. 6 (décembre 2005): 459–463.
27. Sophia Rosman. « Prescribing behavior of French and Dutch general practitioner. A sociological study. » Paris (France), French Institute of Health and Medical Research; 2006 Oct. Scientific Report: MGEN/CNAMTS.
28. Anne Vega. Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français , *Sciences sociales et santé* 2012/3 (Vol. 30), p. 71-102. DOI 10.3917/sss.303.0071.
29. Kumar, Satinder, Paul Little, et Nicky Britten. « Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 326, no. 7381 (janvier 18, 2003): 138.
30. Björnsdóttir, Ingunn, et Ebba Holme Hansen. « Intentions, strategies and uncertainty inherent in antibiotic prescribing ». *European Journal of General Practice* 8, no. 1 (janvier 2002): 18–24.
31. Heritage, John, Marc N Elliott, Tanya Stivers, Andrea Richardson, et Rita Mangione- Smith. « Reducing inappropriate antibiotics prescribing: the role of online commentary on physical examination findings ». *Patient Education and Counseling* 81, no. 1 (octobre 2010): 119–125.
32. Butler CC1, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998 Sep 5;317(7159):637-42.
33. Decision making during serious illness : What role do patients really want to play ? *J Clin Epidemiol*, 1992, Vol. 45, n° 9, pp 941-950.
34. Berg vanden M, Kolthof E, de Bakker D, van der Zee J. Taakdelegatie binnen de huisartspraktijk. In NIVEL editor. *De werkbelasting van de huisarts. Tweede Natl Stud* 2004:113–37.
35. Cohen Robert, «. « Les antibiotiques, c'est pas automatique ». *Enfances Psy* 12004 No25 P 24-30 [Internet]. Disponible sur: [www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2004-1-page-24.htm](http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2004-1-page-24.htm).

36. Antimicrobial résistance, Special Eurobarometer 407 [Internet]. 2013. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_407\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_407_fr.pdf)
37. Meeuwesen, Ludwien, Atie van den Brink-Muinen, et Geert Hofstede. « Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? » *Patient Education and Counseling* 75, no. 1 (avril 2009): 58–66.
38. Freimuth, V., H. W. Linnan, et P. Potter. « Communicating the threat of emerging infections to the public. » *Emerging Infectious Diseases* 6, no. 4 (2000): 337–347.
39. Altiner, Attila, Silke Brockmann, Martin Sielk, Stefan Wilm, Karl Wegscheider, et Heinz-Harald Abholz. « Reducing Antibiotic Prescriptions for Acute Cough by Motivating GPs to Change Their Attitudes to Communication and Empowering Patients: A Cluster-Randomized Intervention Study ». *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 60, no. 3 (janvier 9, 2007): 638–644.
40. Touboul P, Dunais B, Urcun JM, Michard JL, Loarer C, Azanowsky JM, et al. The e-Bug Project in France. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2011; Suppl 5: v67-v70.
41. The World Values Survey: (consulté le 29.05.2016) [Internet]. Disponible sur: <http://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>

## IX. ANNEXES

### ANNEXE 1

#### Guide d'entretien

---

##### AVANT L'ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN:

Quelles sont les raisons qui vous font consulter le médecin aujourd'hui?

Depuis combien de jours êtes vous malades/avez vous ces symptômes ?

Qu'est ce qui vous a décidé à consulter aujourd'hui?

A votre avis quelle est la cause de ces symptômes?

Qu'est ce qui ne va pas à votre avis?

Quelle est votre principale préoccupation?

*Qu'est ce qui vous inquiète le plus? Y a une raison spéciale à cela ?*

Que pense votre famille et vos amis de votre état ?

Quelles mesures avez-vous d'abord prises pour prendre soin de vous avant de décider d'aller voir le docteur?

Que pensez-vous de la capacité du corps à se défendre contre ce type de symptômes ?

*Dans quelle situation pensez vous que le corps peut se défendre tout seul?*

A votre avis, que se passerait il si vous n'étiez pas venu voir le médecin?

A part votre médecin, à qui demandez vous généralement des conseils quand vous avez des symptômes similaires

A votre avis, que font vos amis/ votre famille quand ils ont des symptômes similaires?

Quel type de traitement pensez vous que vos amis/ votre famille s'attendrait à avoir pour des symptômes similaires?

Que pensez de l'idée de rester à la maison pour ce type de symptômes?

Quelles seraient vos raisons pour rester chez vous?

Quelles seraient vos raisons pour continuer à travailler?

## APRES L'ENTRETIEN :

Comment décririez-vous votre relation avec votre médecin?

En général, êtes-vous à l'aise pour poser des questions à votre médecin à propos de ce type de symptômes?

Pourriez-vous décrire la discussion que vous venez d'avoir avec votre médecin concernant vos symptômes et la solution suggérée?

De quelle manière le médecin vous a-t-il impliqué dans la consultation?

Comment vous sentez-vous par rapport à ce que le médecin vous a dit concernant le diagnostic et le traitement?

Y a-t-il une chose qui aurait du selon vous être faite différemment?

⇒ *Si non satisfait :*

Quel type de traitement vous attendiez vous à recevoir de la part de votre médecin?

*Y-a-t-il une raison spéciale pour cela?*

Qu'allez-vous faire à ce sujet?

⇒ *S'ils parlent d'antibiotiques*

Vous faites vous généralement prescrire des antibiotiques pour ce type de symptômes?

Quels sont les avantages à prendre des antibiotiques pour ce type de symptômes?

Quels sont les inconvénients à prendre des antibiotiques pour ce type de symptômes?

Que se passerait-il selon vous si vous n'aviez pas d'antibiotiques?

*Comment pensez-vous que votre famille/vos amis réagiraient s'ils n'obtenaient pas d'antibiotiques pour ce type de symptômes?*

Pouvez-vous expliquer comment fonctionnent les antibiotiques?

Connaissez-vous des cas où les antibiotiques ne fonctionnent pas? Si oui, lesquels?

Que savez-vous de la résistance aux antibiotiques?

Quand vous prenez des antibiotiques, de quelle manière cela aurait-il des conséquences pour vous et la société en général?

## ANNEXE 2.

### Questionnaire de présentation

Sexe

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre profession ?

Quel est votre niveau d'études ?

Quel est votre statut marital ?

De quelle origine êtes-vous ?

De quelle origine sont vos parents ?

### ANNEXE 3.

#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Titre du projet : Exploration des déterminants culturels à la prescription d'antibiotiques en soins primaires en France

Introduction: Nous réalisons une étude qualitative dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale. Cette thèse permettra de mieux comprendre les déterminants culturels à la prescription d'antibiotiques en soins primaire dans les infections des voies respiratoires.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où on vous posera des questions concernant les motivations qui vous ont amené à consulter votre médecin généraliste, la consultation que vous aurez eu avec votre médecin généraliste et les connaissances que vous avez concernant vos symptômes et les antibiotiques en général.

Votre participation est précieuse pour nous aider à améliorer les campagnes de sensibilisation sur les modalités d'utilisation et les connaissances autour de ces médicaments.

Cet entretien sera enregistré. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Combien de temps cela prendra?

L'entretien individuel durera de 30 à 40 minutes, réparti en deux sessions de 20 minutes chacune environ ; la première avant l'entretien avec votre médecin et la deuxième à la fin de votre entretien avec votre médecin.

Comment sera traitée cette information?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse en Médecine et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans la thèse ou dans une publication
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) \_\_\_\_\_ Signature (investigateur) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

## ANNEXE 4

### Capture d'écran logiciel Excel : saturation des données

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
40	prescription ordonnance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
41	prescription d'antibiotique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
42	refus de prescrire les ATB par le medecin	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
43	difficulté de mener les ttt a terme	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
44	ATB = accélérateur de guérison	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
45	ATB = risque de pharmacoresistance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
46	ATB= effets secondaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
47	ATB = médicament le plus fort	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
48	ATB= médicament dangereux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
49	ATB= médicament inutile parfois	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
50	ATB= ttt ciblé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
51	ATB pour pouvoir travailler	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
52	importance du respect de la duree de ttt preconisée	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
53	prise en compte de l' aspect financier pour les prescriptions	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
54	pharmacoresistance = risque mortel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
55	priorité au travail	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
56	conscience professionnelle	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
57	conscience de la difficulté de travailler selon la profession	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
58	perte d'argent si cs medecin/arret travail	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
59	carence de 3j	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
60	epanouissement professionnel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
61	priorité à la santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
62	arret de travail	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
63	statut fonctionnaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
64	statut libéral	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
65	a l'aise pour poser des questions	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
66	confiance dans son medecin	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant  
l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*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 gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au  
dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.  
Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti  
ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances  
médicales contre les lois de l'humanité.*

*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.*

## X. RÉSUMÉ

**Contexte** : La prescription inappropriée d'antibiotiques, en particulier pour les infections des voies respiratoires dans les soins ambulatoires, est devenue une menace pour la santé publique dans le monde entier en raison de la résistance aux antibiotiques. En dépit de diverses interventions et campagnes de sensibilisation, de grandes variations dans l'utilisation d'antibiotiques persistent entre les pays européens. Les déterminants culturels sont souvent désignés comme une cause potentielle, mais sont rarement définis. Le but de notre étude, qui s'inscrit dans un projet européen, est d'explorer auprès des patients l'influence des déterminants culturels sur l'utilisation des antibiotiques dans les infections des voies respiratoires en soins primaires en France. Le but du projet européen sera de comparer ces résultats entre la France, la Norvège et la Pologne pour essayer d'expliquer les différences d'utilisation d'antibiotiques.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés avant et après la consultation médicale auprès de 25 patients des Alpes Maritimes recrutés dans 8 cabinets de MG. Le guide d'entretien a été réalisé en collaboration avec les équipes européennes du projet. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits puis analysés par thème à l'aide du logiciel N'Vivo.

**Résultats** : L'analyse thématique des entretiens a permis d'identifier et de décrire divers déterminants culturels sur toutes les différentes étapes du processus de la maladie, soit : de la perception de la maladie et la gestion des symptômes par le patient, des facteurs motivant le recours aux soins, de l'expérience antérieure et de l'étiquetage de diagnostic, de l'éthique de travail et la place du repos, de la relation médecin patient, de la perception du praticien et de sa prise en charge par le patient, de la sensibilisation aux antibiotiques, à la perception des médicaments, des antibiotiques et de la pharmaco-résistance.

**Discussion et conclusion** : Les facteurs culturels devraient être considérés comme exerçant une influence omniprésente sur toutes les étapes successives du processus de la maladie, importante à considérer avant la conception de toute intervention pour améliorer l'utilisation des antibiotiques. Les dimensions culturelles proposées par Hofstede permettent une approche quantitative de la culture mais les résultats de notre étude sont en faveur d'une approche plus globale de cette problématique complexe. D'autres recherches qualitatives transculturelles, en particulier auprès des médecins, sont nécessaires pour, d'une part, mieux comprendre les mécanismes d'action des influences culturelles et d'autre part améliorer nos propres pratiques en s'inspirant de celles d'autres pays.

**Mots clés** : Étude qualitative, déterminant culturel, soins primaires, infections respiratoires, perception, antibiotique, pharmaco-résistance.