



HAL
open science

Déterminants de la prescription des antibiotiques en médecine générale: analyse qualitative dans la région du Centre Hospitalier Annecy Genevois

Sylvain Onteniente, Solène Fournet

► To cite this version:

Sylvain Onteniente, Solène Fournet. Déterminants de la prescription des antibiotiques en médecine générale: analyse qualitative dans la région du Centre Hospitalier Annecy Genevois. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01564682

HAL Id: dumas-01564682

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01564682>

Submitted on 19 Jul 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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Faculté de médecine de Grenoble

Année 2017

N°

**Déterminants de la prescription des antibiotiques en médecine
générale : analyse qualitative dans la région du Centre Hospitalier
Annecy Genevois.**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ETAT)

PAR

Sylvain ONTENIENTE [Données à caractère personnel]

et

Solène FOURNET [Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble* le mercredi 05 juillet 2017

Président du jury : Professeur Patrick IMBERT

Directrice de thèse : Docteur Emilie PIET

Membres du jury :

Professeur Olivier EPAULARD

Professeur Arnaud SEIGNEURIN

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT,

Vous nous faites l'honneur de présider notre soutenance de thèse et nous vous en remercions.

A nos membres du jury,

Monsieur le Professeur Olivier EPAULARD et Monsieur le Professeur Arnaud SEIGNEURIN,

Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre sujet de thèse.

A notre directrice de thèse,

Docteur Emilie PIET,

Nous te remercions pour la confiance que tu nous as accordée tout au long du travail de thèse.

Solène FOURNET

Un grand merci et une profonde reconnaissance ...

A Sylvain, co-interne puis mon co-thésard d'avoir accepté le défi de la thèse en ma compagnie.

A mes parents, pour l'accompagnement, les valeurs et les conseils que vous m'avez transmis au cours de mon parcours personnel, scolaire et professionnel.

A mes frangines, Anne, Lorrie et Alicia, pour votre présence, simplicité et légèreté.

Au reste de la famille, pour la convivialité des repas et instants familiaux. J'ai une pensée à mes deux grands-pères défunts qui auraient été fiers de me voir 'grand docteur' et à Jean Louis, le compagnon de Lorrie qui nous a quitté bien trop tôt et de façon brutale.

A mes amis,

Mathilde Picsou et Yannick, pour les fidèles et sincères moments partagés ensemble.

Mathilde Martine, pour ces 10 belles années de complicité multifacette depuis l'obtention du ticket d'entrée dans le circuit médical.

Cyrielle et Emmeline, pour nos incontournables retrouvailles en côte d'or et ailleurs.

Amina, mon coup de cœur en pays voironnais, du service de maternité/pédiatrie aux sentiers colorés de la Réunion. Que d'anecdotes et défis à conter et à venir.

Manue, ma 1^{ère} co interne : confiance, pas de rock et super colloc'.

Magalie, rencontrée sur la ligne d'arrivée d'un cross-country il y a 11 ans, ensemble une évolution personnelle et professionnelle.

Et à tous les amis avec qui je passe d'agréables moments, Juliette, Sabrina Héloïse et Marie, Marion et Rudi, les amis d'enfance, la ROPARUN team et tous les autres...

A tous mes co internes rencontrés au cours des stages, avec qui le partage de l'instant présent, médical, culturel ou sportif était émouvant : TLB 2013, pédia Voiron, Annecy summer

A mes maitres de stages de médecine générale, UPL et SASPAS dans la vallée de Tarentaise, pour la transmission des valeurs de la médecine générale que vous exercez avec dévouement et passion.

Et à toutes les chouettes personnes rencontrées sur mon chemin personnel ou professionnel.

Sylvain ONTENIENTE

A Solène pour m'avoir persuadé de rejoindre ce projet de thèse. Ce fut un plaisir de travailler avec toi. Malgré nos emplois du temps chargés on y est enfin arrivé !

A mes parents et à mon frère Vincent pour m'avoir toujours soutenu au cours de ces longues années d'études. **A mon frère Fabrice**, évidemment.

A mes cousins, tantes et oncles Desmoulins, c'est toujours un plaisir de vous retrouver.

A Mathilde, qui m'a accompagnée sur un bon bout du chemin. Merci pour tout ce qu'on a pu partager et tout ce que tu m'as apporté.

A ceux qui ont fait ma pharmacie : Laurent, Olivier, Julien, Cyril, Benoit, Christophe, Karine, Damien, Anthony, Edouard, Frederic, Raphael, Christelle, Claire, Bérangère, Pierre, Thomas, Julien.

A ceux qui ont fait ma médecine : Vincent, Benjamin, Andreï, Marion, Emeline, Léa, Auria, Fabien, Carole, Charly, Anthony, Claire Sophie, Emmanuelle, Aude.

A mes praticiens de stage UPL à Groisy et l'équipe de SOS Médecins Grenoble : ce fut (c'est) un plaisir de continuer d'apprendre avec vous.

A tous ceux que je n'ai pas nommés qui ont fait un bout de chemin avec moi en France ou sur les chemins du Monde.

Sylvain et Solène,

A Amandine COSTE, pour le temps accordé en réponse à nos doutes et pour tes précieux conseils méthodologiques.

Aux médecins ayant accepté de participer à notre thèse : merci !

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APIEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETIERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Sommaire

Résumé.....	12
Abstract	13
Introduction	14
Matériel et Méthode.....	15
1. Choix de la méthode.....	15
2. Recrutement des participants.....	15
3. Réalisation des entretiens	15
4. Analyse des données.....	16
5. Cadre réglementaire	16
Résultats.....	17
I. Caractéristiques des médecins informateurs.....	17
Tableau 1 : Résumé des caractéristiques des médecins informateurs.....	18
II. Déterminants relatifs au patient.....	19
A. Tableau clinique.....	19
1. Ages extrêmes.....	19
2. Comorbidités.....	19
3. Site de l'infection.....	20
4. Persistance de l'infection.....	21
5. Situations où persiste un doute diagnostique	21
B. Représentations de la maladie à l'échelle individuelle.....	22
1. Intolérance à la maladie.....	22
2. Anxiété et appréhension d'une maladie grave.....	23
3. Influence d'expériences antérieures négatives.....	23
C. Représentations de la maladie à l'échelle sociétale.....	24
1. Perception culturelle de la maladie et des soins	23
2. Exigences relatives à des impératifs personnels.....	25
D. Connaissances et éducation des patients.....	26
1. Qualité des connaissances.....	26
2. Vision de l'antibiotique : une classe thérapeutique 'à part'	27
3. Evolution des mentalités.....	28
4. Education des patients à l'échelle individuelle et nationale.....	29

III.	Déterminants relatifs au médecin	30
A.	Connaissances et perception de l'antibiorésistance chez les médecins généralistes.	30
1.	Prise de conscience du caractère précieux de l'antibiotique et perception du phénomène de résistance bactérienne	30
2.	Précision des connaissances théoriques	32
3.	Clivage générationnel entre les médecins	33
4.	Expériences personnelles : vécu de situations douloureuses, échanges entre pairs, évolution des connaissances avec la pratique	34
5.	Influence de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) sur la prescription des antibiotiques en médecine générale	36
B.	Aides à la décision thérapeutique	37
1.	Recommandations	37
2.	Tests diagnostiques rapides	38
3.	Avis spécialisés	38
4.	Examens paracliniques	39
C.	Conditions matérielles de la consultation	39
1.	Caractère chronophage de la non-prescription d'antibiotique	39
2.	Planning des consultations	40
3.	Temporalité de la consultation	41
4.	Lieu d'exercice	42
D.	Nouvelles consultations pour le même motif	42
IV.	Déterminants relatifs à la relation médecin/patient	43
A.	Les antibiotiques : une classe thérapeutique centrale dans la relation médecin-patient	43
B.	Négociation autour de la prescription d'antibiotique	44
1.	Considération des attentes du patient	44
2.	Argumentation nécessaire de l'absence de prescription d'antibiotique	44
3.	Système de santé	45
C.	Art de communiquer : pilier de la relation et de l'orientation de la décision thérapeutique	46
1.	Eviter une réaction d'opposition	46
2.	Elaborer un discours clair et intelligible pour le patient	47
3.	Réaliser un examen physique méticuleux et ritualisé	47
4.	Affirmer son rôle d'expert médical	48

5. Persuader le patient de l'absence de pertinence de l'antibiotique	48
D. Conclusions de la consultation	49
1. Absence de prescription médicamenteuse et ordonnance de non-prescription	50
2. Attitude expectative : seconde consultation et examens paracliniques	50
3. Traitement de substitution	51
4. Prescription différée d'antibiotique	52
5. Prescription immédiate d'antibiotique	53
Tableau 2 : Résumé des résultats	55
Discussion	56
A. Forces et limites de l'étude	56
B. Principaux résultats et confrontation à la littérature	56
1. Déterminants relatifs au médecin	57
2. Déterminants relatifs au patient	59
3. Déterminants relatifs à la relation médecin/patient	62
Conclusion	66
Annexe 1 : guide d'entretien	68
Références bibliographiques	69

Résumé

Contexte La France est un des pays européens les plus consommateurs d'antibiotiques. Cette prescription d'antibiotique s'effectue essentiellement en ambulatoire (93 %) par l'intermédiaire des médecins généralistes et s'avère souvent inadaptée (20-50 % des cas). Le phénomène d'antibiorésistance est une conséquence de ce mésusage et constitue un problème de santé publique.

Objectifs L'objectif de cette étude était d'identifier les déterminants de la prescription d'antibiotique en médecine ambulatoire auprès des médecins généralistes.

Méthode La méthodologie qualitative a été utilisée pour son approche compréhensive des facteurs de prescription ou non-prescription des antibiotiques. Ces facteurs ont été explorés par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs des médecins généralistes de la région du Centre Hospitalier Annecy Genevois. Le nombre d'entretiens a été fixé par la saturation des données définie dans l'étude par l'absence de nouvelle thématique lors de deux entretiens successifs. La retranscription des verbatims a été analysée indépendamment par les deux enquêteurs selon une approche inductive. Les données ont fait ensuite l'objet d'une triangulation.

Résultats Des déterminants relatifs aux patients, aux médecins généralistes et à la relation médecin/patient ont été retrouvés. L'interaction de ces facteurs permettait d'orienter la décision thérapeutique du médecin généraliste vers la prescription ou non d'antibiotiques. Le caractère chronophage de la non-prescription a été soulevé. Les antibiotiques étaient considérés comme une classe thérapeutique particulière et pilier dans la relation médecin-patient.

Conclusion La prescription ou non d'un antibiotique est un acte plurifactoriel et complexe. Seule la mise en place de mesures pluridirectionnelles permettra d'améliorer la prescription des antibiotiques par les médecins généralistes.

Mots clés : prescription d'antibiotique, médecins généralistes, déterminants de la prescription d'antibiotiques, analyse qualitative

Abstract

Background France remains one of the European countries with the highest antibiotic use. In France, 93% of all antibiotics are prescribed in the outpatient setting (essentially by general practitioners [GPs]). These prescriptions are mostly inappropriate (20-50%). The bacterial resistance is due to this antibiotic's overuse and represents a strong public health problem.

Objective The objective of this study was to assess antibiotic prescribing's factors in ambulatory cares among GPs.

Method Qualitative semi structured interviews of GPs from the Hospital Center Annecy-Genevois (CHANGE) area have been conducted in order to assess the key factors of prescription and non-prescription of antibiotics. Interviews have been realized until thematic saturation was reached (absence of new thematic during two successive interviews). The verbatims have been retranscribed and separately analyzed by two researchers. These independent analyses have been then confronted.

Results Antibiotic prescribing's behavior was governed by a set of several factors related to physicians, patients and the relationship between patients and physicians. It has been showed that all these factors guided the therapeutic decision. The antibiotics were considered as a special therapeutic class which could influence the relationship between the GP and his patient.

Conclusion The antibiotic prescribing's decision is multifactorial and complex. Multitargeted interventions are necessary to influence the GPs' behavior about antibiotics' prescribing.

Keys words: antibiotic prescribing, general practitioners, antibiotic's prescribing factors, qualitative analysis

Introduction

L'augmentation des résistances bactériennes aux antibiotiques en médecine ambulatoire constitue un problème important de Santé Publique en France (1). Le volume d'antibiotiques prescrits, défini en termes de dose définie journalière (DDJ) et l'utilisation d'antibiotiques à large spectre constituent deux déterminants majeurs de la montée des résistances bactériennes (2) (7).

Malgré une volonté nationale avec les programmes de maîtrise de l'antibiothérapie en médecine ambulatoire menés depuis 2002 (3), la France reste au-dessus de la moyenne européenne avec une consommation dans le secteur ambulatoire de 29.9 DDJ/1000 habitants/jour contre 22.4 DDJ/1000 habitants/jour au sein des pays de l'union européenne en 2015 (4) (5). Elle se situe au 4ème rang des pays européens les plus consommateurs, à la fois sur la DDJ et l'utilisation d'antibiotique à large spectre (6) (7). Cette position ne s'expliquerait pas par une différence de prévalence des infections bactériennes (8) mais serait précipitée par des facteurs de prescription essentiellement non-biomédicaux (socio-économiques, culturels, organisationnels) (9) (10).

En France, 93% des prescriptions d'antibiotiques sont réalisés en ambulatoire, dont 71% des cas par des médecins généralistes (4) et 20 à 50% de ces prescriptions seraient inappropriées (11). Dans 67% des situations, la prescription d'antibiotique est rapportée aux affections respiratoires (42% ORL et 25% affections respirations basses) (4).

Dans l'optique de limiter l'émergence des bactéries résistantes, le rapport CARLET de juin 2015 détaillait des recommandations à travers quatre axes visant à effacer le paradigme du 'miracle des antibiotiques' et à réduire la consommation des antibiotiques de 25%.

Il existe cependant peu d'études françaises ayant évalué les déterminants de la prescription d'antibiotiques en médecine ambulatoire et la perception des médecins généralistes sur cet acte non strictement rationnel. Ces études se focalisaient principalement sur les déterminants de la prescription d'antibiotique au cours des infections respiratoires (12) (13) ou sur les variations de pratique de prescription entre la France et des pays où la prescription était plus raisonnée comme les Pays Bas (14).

Dans une démarche interprétative et compréhensive, cette étude qualitative s'est ainsi intéressée aux déterminants de la prescription d'une antibiothérapie en médecine ambulatoire, l'objectif étant d'identifier ces facteurs au plus près des médecins généralistes.

L'étude a été menée au sein de la région du Centre Hospitalier ANnecy GENEvois (CHANGE) s'étendant des bords du lac d'Annecy jusque dans le pays de Gex en passant par les stations de montagne et les villes à la périphérie d'Annecy.

Matériel et méthode

1. Choix de la méthode

La compréhension des facteurs de prescription ou non-prescription d'antibiotiques a été explorée au contact des médecins généralistes par l'intermédiaire d'entretiens individuels semi-directifs au cours d'une étude qualitative (15). La méthodologie qualitative, par son approche compréhensive permet de s'intéresser aux éléments subjectifs de la prescription, au vécu et aux ressentis des médecins généralistes. Le caractère individuel des entretiens a été retenu pour faciliter l'expression singulière des informateurs.

2. Recrutement des participants

Le choix de la région du CHANGE a permis de recruter des profils de pratique variés : zone urbaine, semi-rurale et médecine de montagne.

Les médecins généralistes ont tout d'abord été sollicités par un mail envoyé par le conseil général de l'ordre des médecins de Haute-Savoie. Celui de l'Ain n'a pas pu accéder à notre demande de diffusion.

Un premier recrutement a été fait sur les réponses positives à participer à l'étude, ciblant des critères de genre, d'âge, de lieu et de mode d'exercice.

Le recrutement a ensuite été poursuivi par contact téléphonique direct des médecins généralistes sélectionnés en fonction des critères ci-dessus et de la consommation par canton en terme de DDJ d'antibiotiques. L'échantillonnage a ainsi été réfléchi pour être raisonné, diversifié et en variation maximale afin de faire émerger une diversité de thématiques.

Les refus de participation n'ont pas été quantifiables, se manifestant par une non réponse au mail envoyé par le conseil de l'ordre et la liste des médecins n'a pas été envoyée aux enquêteurs.

3. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins généralistes par un des deux internes de médecine générale conduisant l'étude. Le consentement pour l'enregistrement des entretiens sur dictaphone a été systématiquement recherché et les participants ont été informés de la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment. Les données recueillies ont été anonymisées.

Un guide d'entretien a été rédigé sous forme de questions ouvertes afin de favoriser l'expression

des participants et de limiter les biais d'interaction avec les opinions des investigateurs (16). Le caractère semi directif des entretiens a permis à la fois aux informateurs de s'exprimer librement sur le sujet avec les mots et dans l'ordre qu'ils souhaitaient et aux chercheurs, de recentrer l'entretien sur ce vaste sujet et d'aborder éventuellement des thèmes que les informateurs n'auraient pas initiés.

Le contenu de ce guide a été validé au cours d'entretiens exploratoires réalisés lors d'un enseignement théorique relatif à la recherche qualitative. Il a été ensuite modifié et enrichi au fur et à mesure des entretiens (Annexe 1).

Le recueil des verbatims a été effectué du mois d'août 2016 au mois de mai 2017.

Le nombre d'entretiens a été fixé par la saturation des données définie dans l'étude par l'absence de nouvelle thématique lors de deux entretiens successifs.

4. Analyse des données

Les enregistrements ont été retranscrits littéralement sur un fichier informatique (Microsoft Word 2016) par l'investigateur ayant réalisé l'entretien. La retranscription des verbatims a été analysée indépendamment par les deux enquêteurs selon une approche inductive. Les unités de sens ainsi identifiées ont fait l'objet d'une triangulation entre les deux enquêteurs afin d'optimiser la pertinence des étiquettes choisies et de limiter la subjectivité. Ces étiquettes ont été articulées entre elles pour identifier les thèmes, associés ensuite dans une démarche explicative du phénomène étudié (17).

5. Cadre réglementaire

L'élaboration et la réalisation du protocole d'étude se sont inspirées des éléments de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (18), permettant d'évaluer la qualité des rapports de recherche qualitative.

Cette étude a fait l'objet d'un enregistrement auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le numéro de déclaration 0958493.

Le Comité de protection des personnes n'a pas été contacté ; en effet, les études qualitatives par entretiens auprès de médecins ne le justifient pas, selon les lois de bioéthique de 2004.

Résultats

I. Caractéristiques des médecins informateurs

Treize médecins ont été interviewés, sept hommes et six femmes, âgés de 28 à 65 ans (âge moyen 48 ans). Trois médecins exerçaient une activité en zone urbaine, neuf médecins une activité en zone semi urbaine/ semi rurale et un médecin exerçait en cabinet de montagne. Cinq médecins avaient le statut de maîtres de stage auprès de la faculté de médecine de Grenoble.

La prescription d'antibiotiques pour 100 patients âgés de 16-65ans hors affection longue durée (ALD) n'a pas été fournie par tous les médecins, cette donnée étant soit oubliée soit méconnue (dans la situation d'une installation récente par exemple). La DDJ pour 1000 habitants et par canton a été précisée aux investigateurs dans un second temps du recrutement. Cette DDJ n'est pas personnalisée au médecin mais reflète une tendance de prescription. Elle a permis d'affiner l'échantillonnage. Les cantons autour du CHANGE ont une DDJ entre 18 et 21 pour 1000 habitants par jour (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M10, M11 et M13) ; les cantons de Bellegarde, Faverges, St Julien, Thoiry, St Genis Pouilly ont une DDJ plus élevée d'environ 25 (M7, M8, M9 et M12).

La durée d'un entretien n'a pas été fixée à l'avance et pouvait varier de 20 à 50 minutes, en fonction de l'expression du médecin sur le sujet. Un entretien a été écourté à 13 minutes car l'investigateur a été reçu initialement par la collègue du médecin qui devait être interviewé.

Les caractéristiques des médecins sont présentées dans le tableau ci-dessous. Il a été choisi d'anonymiser l'identité des médecins sous la forme d'un M pour médecin suivi d'un chiffre déterminé par l'ordre d'interview. Chaque citation de verbatims sera précédée par ce sigle.

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques des médecins informateurs

Participants	Sexe	Age (ans)	Durée d'installation	Département	Localisation	Type d'exercice	Particularités	Prescription antibiotique pour 100 patients ^a
M1	M	65	35 ans	74	Semi-urbain	Groupe	Maître de stage	19.5
M2	F	30	9 mois	74	Semi-rural	Groupe		ND
M3	M	62	30 ans	74	Urbain	Individuel	Maître de stage	31.7
M4	M	61		74	Semi rural	Groupe	Maître de stage	14
M5	M	33	2 ans	74	Urbain	Individuel		NC
M6	M	65	37 ans	74	Urbain	Groupe	Maître de stage	13
M7	F	55	1.5 an	01	Semi-rural	Groupe		NC
M8	F	49	18 ans	01	Semi-rural	Groupe		25
M9	F	56	6 ans	01	Semi-rural	Individuel		NC
M10	M	28	4 mois	74	Montagne	Individuel		ND
M11	F	43	10 ans	74	Semi-rural	Groupe		NC
M12	F	36		74	Semi-rural	Groupe		NC
M13	M	49	3 ans	74	Semi-urbain	Groupe	Maître de stage	NC

a : nombre de prescriptions d'antibiotique réalisées pour 100 patients de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année (Assurance Maladie)
 NC : non communiquée ; ND : non définie (durée d'installation inférieure à 1 an)

II. Déterminants relatifs au patient

A. Tableau clinique

1. Ages extrêmes

La prescription d'antibiotiques semblait plus fréquente chez les nourrissons et les jeunes enfants, en partie liée à l'inquiétude des parents. M5 : « *Un autre cas de figure difficile, c'est l'inquiétude. Euh... moi ça c'est surtout pour les enfants qu'on voit ça, c'est à dire des parents qui parfois ont l'impression qu'on ne fait rien du tout ou qu'on laisse souffrir leur enfant si on ne leur prescrit pas d'antibiotique* ». Le fait que la pharmacopée pédiatrique soit moins bien moins fournie que la pharmacopée adulte et que les traitements symptomatiques de substitution proposés chez l'adulte soient le plus souvent contre indiqués chez l'enfant (antitussif, spray nasal) facilitait probablement la prescription abusive d'antibiotiques chez l'enfant. En effet, ne 'rien' écrire sur l'ordonnance était perçu par certains parents comme ne 'rien' faire pour l'enfant. M5 : « *(...) en sortant elle (la mère) m'avait dit 'mais j'paye quand même', du genre vous avez rien fait, alors que j'avais quand même déshabillé son enfant, l'examiné bien comme il fallait, pesé, rempli le carnet de santé, essayé d'expliquer* ».

Les personnes âgées représentaient également une population susceptible de recevoir plus d'antibiotiques. La notion de 'fragilité' avec l'âge et les comorbidités modulés par les habitudes de prescription ancrées depuis plusieurs années et l'appréhension que les traitements symptomatiques puissent être moins efficaces que l'antibiotique intervenaient dans la décision du médecin généraliste à prescrire l'antibiotique. M8 : « *Après oui, y'en a de la vieille génération qu'ont vraiment l'habitude qu'on leur prescrive très souvent les antibiotiques et qui comprennent pas et qui insistent* ». A noter que l'âge pouvait être perçu 'à tort' comme un critère unique de fragilité.

2. Comorbidités

Certains patients souffrant de comorbidités étaient volontiers qualifiés comme 'à risque' par les médecins interrogés et bénéficiaient souvent de la mise en place précoce d'une antibiothérapie malgré l'absence de signe objectif d'infection bactérienne. L'attitude du médecin prescripteur restait préventive sur un terrain fragile plutôt que curative d'une surinfection bactérienne. L'antibiotique permettait de limiter toute évolution péjorative de la symptomatologie et était perçu comme une prescription de réassurance pour le médecin. M11 : « *Ben les BPCO, les*

insuffisants cardiaques, les diabétiques âgés polypathologiques euh ... l'antibiotique il sort bien plus rapidement. Parce que même si c'est pas infecté, à tous les coups, ça va se surinfecter donc euh ... on a peu ... j'ai peu de doute sur l'efficacité de mes antibiotiques ».

3. Site de l'infection

Les pathologies de la sphère oto-rhino-laryngée (ORL) et des voies respiratoires constituaient les situations cliniques les plus difficiles à prendre en charge par les médecins généralistes. La difficulté diagnostique tenait au fait que, hormis le test de diagnostic rapide (TDR) pour les angines, il n'existait pas de critère clinique objectif permettant de trancher entre une origine virale et une origine bactérienne de l'infection. M11 : *« Peut-être l'ORL, ça s'rait peut être le plus difficile. C'est là à mon avis où on aura effectivement le plus de mal entre virus ou bactérien ou la bronchite de l'enfant effectivement on aurait plus de mal à faire la différence ».* M2 : *« C'est souvent tout ce qui est ORL/respi donc euh, c'est vrai que tu peux avoir des trucs un petit peu foireux dans les tableaux ».* M2 : *« (...) je pense que sur les otites je dois en prescrire un petit peu trop souvent d'après ce que j'ai compris. On confond souvent les otites moyennes aiguës avec des otites séromuqueuses bien évoluées, du coup je pense que ça doit m'arriver de mettre un peu plus facilement que ce que je devrais des antibio ».*

Dans ces situations, le diagnostic était basé sur le seul examen clinique souvent pauvre et contrastant avec l'inconfort ressenti par le patient. Un crédit important était apporté à des signes locaux (purulence des expectorations ou des écoulements) ou systémiques (importance de la fièvre), ce qui appuyait le caractère grave au malade et présupposait l'instauration d'une antibiothérapie rapide. M8 : *« Et bien le côté envahissant euh ... purulent enfin envahissant : fièvre, symptômes importants mais avec des écoulements plutôt purulents enfin pas plutôt mais purulents sûr ! Ben la profondeur de l'infection ».* M11 : *« Ben si vous me donnez un cas 40° de fièvre depuis 10 jours euh ... il tachycarde il est en sueurs, il est tout blanc avec une sat éventuellement un peu abaissée, c'est un peu plus grave quoi ».*

La distinction entre pathologies virale et bactérienne était parfois basée sur des critères cliniques plus subjectifs. M8 : *« Les bactéries c'est jamais d'emblée généralisé, ça commence par quelque chose puis après ça s'amplifie avec le temps ; alors que le virus, comme la grippe par exemple, ça sera d'emblée tous les symptômes en même temps, hein c'est bruyant tout de suite ».* La confusion de ces deux origines chez de nombreux patients, associée à une forte demande d'antibiotiques, renforçait le risque de prescription inappropriée d'antibiotiques. M3 : *« C'est plutôt pour les angines, pharyngites, où les gens confondent tout. Mal à la gorge il faut un*

antibiotique ». M5 : « Mais y a quand même encore des patients pour qui la prescription d'antibiotique est la conclusion naturelle d'une consultation pour affection ORL courante ».

Les médecins ont rapporté être souvent confrontés à des réflexes anciens de patients chez qui ces pathologies étaient systématiquement traitées par un antibiotique.

4. Persistance des symptômes

Le caractère trainant des symptômes constituait un motif de prescription inappropriée d'antibiotique, compte tenu du risque théorique de surinfection bactérienne. M1 : « Mais c'est pas le tout de discuter parce que les complications ça existe. Donc, même dans des tableaux simples, à partir du 5ème – 6ème jour, ça peut se surinfecter ». Ce risque était souvent majoré par la demande d'antibiotique formulée par le patient qui a déjà pris des traitements symptomatiques en automédication révélés inefficaces. M2 : « Parce que ça dure. C'est quelque chose qui dure. En général c'est ça (...). C'est que ça fait longtemps qu'ils sont malades. Et que la du coup, ils ne voient pas comment ils peuvent s'en sortir sans antibiotiques (...) qu'il y a eu une automédication à domicile, qui ne marche pas (...) Et du coup, ils disent : là j'ai tout fait, je peux plus guérir maintenant, il n'y a que les antibiotiques qui peuvent me guérir ».

5. Situations où persiste un doute diagnostique

Les médecins ont décrit des situations dans lesquelles persistaient un doute diagnostique quant à l'étiologie du syndrome infectieux. Ces situations, fréquentes en médecine générale, ne relevaient pas de recommandations précises sur la prise en charge thérapeutique et laissaient parfois la subjectivité du médecin au premier plan dans la décision. M1 : « Il y a des situations borderline où on ne s'appuie pas sur grand-chose pour dire on a une surinfection ou on a pas de surinfection (...) au feeling (...) J'ai cherché sur Internet... Pas trouvé hein ! (...) C'est pas la situation la plus courante, mais c'est la plus ennuyeuse, la plus difficile (rires). Voila. Et là le fait de se dire ' il n'y a pas de foyer, on va pas mettre d'antibiotique', parce que on est un médecin rigoureux, etc. on va à l'encontre un peu de son propre sentiment. Mais là quand même, je peux traiter, même si on n'a pas une indication dite formelle ».

Dans ce cas, l'argumentaire limité du médecin ne permettait pas d'aller à l'encontre des éventuelles attentes du patient en termes d'efficacité thérapeutique et les demandes d'antibiotique étaient alors plus facilement réceptionnées par le médecin. M2 : « C'est juste que

je suis convaincue qu'il y en a pas besoin parce que je vois pas d'où est-ce que ça pourrait sortir. Bon en même temps je peux pas leur dire 'Et bien je vois pas d'où est-ce que ça peut sortir votre truc donc je vais pas vous mettre d'antibio !', ça suffit pas. Eux, eux ça leur suffit pas comme argument ».

B. Représentations de la maladie à l'échelle individuelle

1. Intolérance à la maladie

Les médecins ont relevé que certains patients étaient de plus en plus sensibles et ne supportaient plus de se sentir affaiblis par des symptômes même de nature bénigne. M1 : *« Il vaut mieux essayer de comprendre pourquoi il a cette fragilité, ce manque de confiance (...). Pourquoi il n'a pas compris qu'il avait une maladie qui allait guérir spontanément, même si c'est parfois un petit peu long ».* M3 : *« Les gens ne supportent plus d'être malades maintenant. Avant, les gens acceptaient d'avoir des rhumatismes, d'avoir des douleurs, les gens maintenant ne tolèrent plus rien ».* Certains médecins ont dénoncé le contraste entre le ressenti du patient et le retentissement effectif sur les actes de la vie quotidienne. Le sentiment d'impatience, de frustration et le besoin d'être réassuré quant à la bénignité des symptômes étaient souvent mis en avant. M1 *« Oh j'tousse docteur depuis 3 semaines mais j'suis en pleine forme. Ok, bon. Voilà, j'ai fait mon footing hier, j'ai fait mon marathon et euh ... j'tousse depuis 3 semaines ».* Chez ces patients, le recours médical était fréquent pour des motifs triviaux. M1 : *« De toute de façon, déjà venir consulter pour un rhume, hein ! Bon. Il y a quand même un tas de gens qu'on ne voit pas quand même, il faut bien le savoir ! Donc ceux qui viennent, soit ils sont fragiles mentalement, soit ils ont des névroses ».* Il existait une anticipation diagnostique pour certains médecins généralistes en fonction de la facilité des patients à recourir à un avis médical. M8 : *« Pi de connaître son patient, si il vient pour tout et n'importe quoi ou si il vient quand vraiment il y a quelque chose qui traîne depuis longtemps et qui... semble grave ou intense ».*

Cette intolérance à la maladie était à l'origine d'une demande médicale exagérée en termes de traitement ou d'examens complémentaires, chaque symptôme devant être sanctionné par la prescription d'une thérapeutique la plus efficace possible. La prescription d'antibiotiques était alors souvent le recours final car l'antibiotique était considéré comme le traitement radical.

Les demandes non justifiées d'antibiotiques pouvaient également émaner de patients qui n'ont pas eu l'expérience de la maladie. M2 : *« Je dirais que les gens qui viennent chercher les antibiotiques, c'est des gens qui n'ont pas l'habitude d'être malades. Ils ont du mal à tolérer la maladie. Du coup, voilà : pensée magique du truc qui va les sauver : l'antibio et voilà c'est*

bon! ».

2. Anxiété et appréhension d'une pathologie grave

Les patients consultant pour des motifs triviaux et demandeurs d'une médicalisation inappropriée de pathologies bénignes étaient souvent adeptes de l'introspection et autocentrés sur leur symptomatologie. M1 : *« Parce que c'est souvent des gens qui sont plus l'écoute d'eux même »*. Ils présentaient souvent des traits de personnalité anxieux et/ou hypochondriaque. L'inquiétude disproportionnée de ces patients était entretenue par la navigation sur des sites internet de vulgarisation médicale dont le contenu était souvent basé sur des preuves non scientifiques. M3 : *« Il y en a une cette semaine qui vient avec son analyse, les polynucléaires sont en caractère gras en dehors de la norme, la personne dit 'ah j'ai vu sur Internet, je pourrais avoir je sais plus quoi, je sais plus quoi comme pathologie'. La personne hyper-inquiète ... Mais les gens ils sont déjà à flipper, à se voir avec une hémopathie, un truc, un autre »*. Le médecin généraliste devait alors tenter de déconstruire cet argumentaire profane et de faire accepter au patient ses explications scientifiques. M3 : *« Et puis, le médecin a perdu son aura, les gens contestent tout. 'Je suis allé voir sur Internet, ci ça, il faut faire ça', c'est épouvantable »*. Ces consultations exigeaient écoute, réassurance et patience de la part du médecin afin d'éviter une prescription inappropriée d'antibiotique.

3. Influence d'expériences antérieures négatives

En justification d'une demande inappropriée d'antibiotique, le patient pouvait rapporter des expériences antérieures au cours desquelles la non-prescription immédiate d'antibiotique avait mené à une détérioration de la situation clinique. M9 : *« j'ai besoin des antibiotiques, je me connais, je sais comment est mon corps, maintenant j'ai ... je dois prendre des antibiotiques »*. M12 : *« C'est 'De toute façon si je n'ai pas d'antibiotique, je vais pas guérir'. La dernière fois ça a fait ça, il faut me mettre des antibiotiques »*. L'intensité du vécu du patient dont le traumatisme d'une maladie grave a pu aussi cristalliser l'attitude du patient à consulter fréquemment pour des motifs variés et bénins en guise de réassurance. M11 : *« Et pourtant cette famille ... c'est des jumeaux, et un des jumeaux a été gravement malade à la naissance donc grosse opération et la totale donc du coup, la mère a quand même connu des choses graves en plus (...) chaque fois qu'il y a un ptit maux de gorge, ils sont là »*.

C. Représentations de la maladie à l'échelle sociétale

1. Perception culturelle de la maladie et des soins

Plusieurs médecins interrogés faisaient un parallèle entre les exigences des patients en termes de recours médical et la société de consommation dans laquelle nous vivons où le bien-être physique et psychique constitue une valeur essentielle. Tout symptôme inhabituel, quelle que soit son intensité altérerait significativement la qualité de vie et devait être ainsi rapidement éradiqué ainsi que sa cause élucidée. M11 : « *Peut être aussi le biais de notre ... société, le tout tout de suite 'j'veux être guéri tout de suite'. Attendre 3 semaines que je tousse, c'est pas possible. 'Je veux guérir tout de suite' ».* M3 : « *Les gens demandent de plus en plus : de plus en plus de traitement, d'exams complémentaires, c'est indéniable. Pour des céphalées : 'faites-moi un scanner, un IRM, machin'. Tout le temps, sans arrêt sans arrêt. Il faut sans cesse se bagarrer pour pas leur faire ».*

Chez les médecins ayant une patientèle étrangère, la perception culturelle était variable en matière de médicament, de représentation de la maladie et de recours aux soins. Les populations méditerranéennes, habituées à un recours médical rapide et à une prescription facile d'antibiotique, étaient opposées aux populations nordiques, plus réceptives à une médecine préventive basée sur l'hygiène de vie et les thérapeutiques non pharmacologiques. M7 : « *Dans les populations, je dirais euh... 'méditerranéennes' que ce soit la clientèle portugaise, espagnole, euh ... Afrique (...) du nord ; ils ont plus, je pense le réflexe de dire 'vous mettez pas d'antibiotiques ? ou est-ce qu'on aura un antibiotique ?' enfin voilà, plutôt que dans les clientèles nordiques, c'est vrai (...) qu'ils ont des habitudes, il y a aussi des pays où les médicaments sont en libre accès, comme la Grèce par exemple. On a toute une communauté grecque, ils ont l'habitude quand ils ont chez eux un souci d'aller à la pharmacie et ... comme un peu aller au supermarché ».* M11 : « *J'ai des hollandais en été. Eux quand ils viennent j'peux vous assurer que sur un simple Doliprane, ça leur suffit amplement ! Ils ne veulent rien d'autres ! (...) Ils ont pas du tout la même démarche que nous par rapport à la maladie ».*

A l'échelle régionale, le niveau de vie pouvait influencer l'attitude réactionnelle à une pathologie infectieuse, soit l'automédication soit le recours direct chez le médecin avec une susceptibilité à la prescription inappropriée d'antibiotique au vu du caractère remboursable des antibiotiques. M3 : « *Les patients les plus défavorisés, oui ».* M7 : « *(...) ils vont faire d'abord la démarche d'aller voir la pharmacie, de prendre des médicaments même s'ils ne sont pas pris en charge ! Il y a un niveau de vie ici qui va aussi de pair aussi avec je pense ... la conscience*

d'une qualité et hein, dans le préventif. C'est vrai que c'est une région relativement riche où les gens ont un budget santé qui n'est pas le budget je pense ... peut être classique dans d'autres régions de France. Donc ça, ça compte, ça compte donc des gens qui vont prendre des compléments, des gens même âgés qui vont être très vigilants sur toute sorte de produits vitaminés, de compléments alimentaires ... qui font vraiment attention à eux ». Ce fait a été nuancé par d'autres informateurs qui ne retenaient pas l'impact financier dans la demande intempestive des antibiotiques. M3 : « Non, il y a des gens plus favorisés ». M12 : « (...) alors j'y pense pas que ce soit des gens d'un niveau social bas (...) ».

2. Exigence relative à des impératifs professionnels et récréatifs

Les considérations écologiques relatives à une prescription inappropriée d'antibiotique étaient parfois relayées au second plan lorsque le patient mettait en avant un impératif professionnel et récréatif imposant un rétablissement rapide.

Certains médecins mettaient en avant le fait que le choix initial d'une non-prescription d'antibiotique pouvait se trouver en opposition avec une nécessité de performance professionnelle (perte de productivité). L'antibiotique était perçu comme le remède accélérateur de la guérison et le choix d'une période expectative initiale sans antibiotique n'était pas acceptable pour ces patients. M8 : « Voilà, et les gens ici sont actifs, ils ont besoin de fonctionner (...). 'Faut que j'aie tout de suite mieux docteur, donnez-moi des antibiotiques' ». M2 : « Il y a parfois je pense sur leur métier (...) c'était une sinusite chez quelqu'un qui faisait des présentations, elle avait un travail, elle faisait que des réunions, elle faisait que de parler, lever et baisser la tête tout le temps. Euh... Elle j'ai dû accélérer la... Je pense qu'elle a dû me demander et que 'ça va pas être très pratique d'attendre 48 h voir comment ça évolue'. Du coup, je l'ai traité direct ». La prescription d'emblée d'antibiotique s'imposait d'autant plus que le patient ne pouvait se voir prescrire un arrêt de travail; ce cas de figure était souvent rapporté avec les professions libérales et notamment les saisonniers de station de sports d'hiver. M10 : « Ici, c'est impossible, ils ne toléreraient pas d'attendre 2 jours pour voir comment ça se passe. En ville, tu les arrêtes les gens (...). Les moniteurs ça leur plombe 2 jours de salaires, eux ils se font un salaire de l'hiver pour l'année ».

Une même exigence en matière d'efficacité thérapeutique et de demande antibiotique était formulée par les patients qui mettaient en avant une prescription de confort pour des impératifs récréatifs. M2 : « Les touristes ils veulent être guéris immédiatement ... Parce qu'ils sont en vacances ! Ils ont payé leurs vacances et il faut qu'il soit en bonne forme pour leurs vacances

(...) Il faut quand même que les touristes, ils soient contents quand ils sortent, voilà ».

Dans les cabinets de médecine de montagne en pleine saison, ces populations de patients (touristes et saisonniers) exerçaient une telle pression (implicite ou explicite) pour la prescription d'antibiotique que l'exercice médical était considéré comme radicalement différent d'une 'médecine de plaine' car il était basé essentiellement sur la satisfaction des patients et mettait au moins partiellement de côté la nécessité d'une prescription rationnelle d'antibiotique. M2 : « *C'est pas du tout la même médecine après... et bien c'est un petit peu aussi du commerce, ça fait un peu bizarre...* ». M10 : « *J'en prescris plus qu'un médecin généraliste car je fais pas d'arrêt de travail* ». Il existait une évolution temporelle des pratiques de prescription : la fin de vacances pour les touristes et le hors-saison pour les saisonniers correspondaient à des périodes où les considérations de bon usage d'antibiotique guidaient de nouveau le praticien dans ses choix thérapeutiques. M10 : « *Alors quand ils (les touristes) sont en début de semaine, bon ils veulent vraiment être soignés et quand ils sont en fin de semaine, bon ben tu te dis on fait le truc des 'surveillances 2 jours' (réévaluation clinique)* ». M10 : « *Je leur dis 'là tu as bien compris que c'est le traitement car tu es en pleine saison, tu es au taquet, je vais pas prendre de risque que dans 2 jours ça se surinfecte donc je te mets les 2 (SOLUPRED-amoxicilline)' (...). Je leur dis 'c'est exceptionnel et en intersaison tu comprends bien qu'en 2-3 jours de repos tu es guéris'* ».

D. Connaissances et éducation des patients

1. Qualité des connaissances

Plusieurs médecins mettaient en avant des lacunes chez certains patients en termes de connaissances médicales de base dans le domaine infectiologique. Elles participaient à précipiter une demande inappropriée d'antibiotique au décours de la consultation médicale.

M1 : « *En France, il y a vraiment un niveau de connaissances médicales de la population... (il réfléchit) d'une certaine population, qui est quand même assez ras des pâquerettes* ».

M10 : « *Mais les patients qui pigent pas, c'est trois-quarts des patients. Ils savent pas la différence entre un virus et une bactérie. Nous on se rend pas compte. Bien sûr* ».

Cette méconnaissance pourrait s'expliquer par des capacités de compréhension limitée. M13 : « *(...) que les connaissances ont changé, que la situation n'est plus la même (...) ça leur passe à 10 000* ». M1 : « *il y a une frange de la population qui n'a pas... (il réfléchit) A mon avis, qui n'a pas compris la com'* ». Un informateur a nuancé ce propos de difficulté de compréhension en soulevant le côté irrationnel de la pensée humaine. Les patients auraient bien compris le

recours non systématique des antibiotiques mais le caractère restreint de l'antibiotique en ferait une prescription inaccessible et donc indispensable à leur guérison. M2 : « *En fait, je pense qu'ils ont très bien pigé mais juste, ils ont leur pensée (...) pensée magique des gens par rapport à leur maladie. Et bien, clairement eux ils ont la pensée magique sur l'antibiotique arme absolue qui va les guérir (...) C'est un truc pas raisonnable, on peut pas essayer de raisonner, c'est comme ça : l'antibiotique c'est le médicament qui va les guérir c'est bon. Et du coup et bien c'est... Pour ce genre de personne, c'est dur de faire passer le message parce qu'en fait il l'on déjà eu plein de fois. Voilà, comme tu disais à la télé, ils ont entendu 40 fois les antibiotiques c'est pas automatique, ils le disent même eux spontanément, mais pour autant ils ne l'appliquent pas. Je pense qu'il y a une partie de fantasme de l'antibio* ».

Certains patients demandeurs d'antibiotiques ont été décrits comme inaptes à une écoute attentive et insensibles aux informations délivrées par le médecin ; la consultation était alors souvent soldée par une prescription non justifiée d'antibiotiques. M7 : « *Je réexplique. Je réexplique, je réexplique et généralement 3 jours après, ils sont de nouveau là* ». M13 : « *et puis il y a des gens qui ont une idée en tête et qui ne veulent pas en démordre* »

2. Vision de l'antibiotique : une classe thérapeutique 'à part'

Plusieurs médecins ont souligné le lien affectif fort que la plupart des patients entretenaient avec les antibiotiques. La position des patients n'était souvent pas objective et neutre au sujet de cette classe thérapeutique. Certains patients étaient persuadés que leur guérison passait nécessairement par la prescription d'antibiotiques alors que d'autres étaient réticents à s'en voir prescrire. A l'exception des anxiolytiques et des hypnotiques, un tel lien affectif n'était pas visualisé avec les autres classes thérapeutiques.

Certains patients considéraient l'antibiotique comme un traitement infaillible, véritable talisman aux propriétés magiques, capable de tout guérir en diminuant l'intensité et la durée des symptômes. M8 : « *Ils demandent un antibiotique parce qu'on est malade donc on prend un antibiotique* ». M13 : « *Ah ben les antibiotiques c'est la baguette magique ça fait tout : ça calme la douleur, ça fait tomber la fièvre...* ». M2 : « *C'est le miracle, c'est le truc qui va les guérir de... quel que soit le symptôme qu'ils ont c'est le truc, voilà...* ». L'efficacité du traitement était plus liée à la durée de l'antibiothérapie qu'au type d'antibiotique prescrit. M13 : « *Alors généralement, plus la durée est longue, plus c'est 'costaud' pour eux* ». Aucune alternative thérapeutique n'était crédible, la guérison passant nécessairement par la prescription d'un antibiotique. M2 : « *Le dernier recours pour aller mieux quoi* ». M13 : « *Les gens qui arrivent*

en disant : Moi, si je n'ai pas l'antibiotique, je ne vais pas guérir, donc je veux l'antibiotique (...). Sans antibiotique, pas de salut ». Ne pas prescrire d'antibiotiques équivaut selon ces patients à ne pas prendre en compte leur demande et à leur prodiguer des soins sous-optimaux. Cette croyance était parfois perçue par les médecins, comme inaltérable et véritablement cristallisée dans l'esprit de certains patients. M3 : « Il y en a qui disent : 'Si vous me donnez pas d'antibiotiques, de toute façon ça ne marchera pas' ».

Un informateur a appuyé que la persistance du côté 'magique' qui persistait chez une partie de la population était en lien avec une méconnaissance médicale et une absence motivationnelle à l'acquisition de l'information malgré des éléments nouveaux concrets scientifiques à ce sujet. M1 : « Chercheur 2 : Et le côté 'magique', pourquoi c'est encore ancré dans le (...) M1 : Parce que c'est l'obscurantisme régnant j'allais dire qui ne fait qu'augmenter en plus. Ce n'est que mon avis, hein sur l'évolution des mentalités actuelles, alors qu'on a des connaissances scientifiques de plus en plus importantes. ».

3. Evolution des mentalités

Les médecins devaient parfois faire face à des patients plutôt réfractaires à la mise sous antibiothérapie malgré une justification clinique. M6 : « Y'a maintenant, de plus en plus, de patients qui disent 'moi j' préférerais ne pas en prendre si c'est possible'. Quand on fait des tests pour les angines là, si c'est négatif, il m'dit 'ah ben, j'suis bien content y'a pas besoin' ». M3 : « Il y a des gens tu peux leur donner un traitement symptomatique, tu leur dis 'si ça ne va pas vous reviendrez', ils sont très contents par ce que tu leur as pas filé d'antibiotiques ». Il s'agissait d'une modification récente des comportements, souvent motivée par des prérogatives écologiques et les scandales sanitaires visant l'industrie pharmaceutique. M13 : « ceux qui veulent moins sont plus sensibilisés au problème de consommation et puis un peu écolos. Et ça peut être compliqué parce que, quand il faut mettre des antibiotiques ». M12 : « Surtout y'a quand même, une méfiance des personnes vis-à-vis des médicaments euh... de toutes les... de tous les médicaments, de toutes les thérapies quoi mais bon peut être, j'crois que ça va s'améliorer ».

Dans le même sens, certains patients ont été sensibilisés sur les défenses naturelles de l'organisme qui pourraient être ternies par les antibiotiques, connaissance qui facilite la non-prescription. M8 : « En fait, on se rend compte que la médecine n'est pas (...) toujours que bénéfique qu'il y a des effets secondaires, qu'on peut être toxique, voilà que ... euh ... y'a pas que du bon dans les traitements qu'on prescrit, que tout ce qui est chimique euh ...est difficile

aussi à métaboliser, e'fin y'en a quand même qui sont ouverts à ça. Ensuite, y'a une perte aussi de confiance sur certains médicaments, de plus en plus souvent on demande des explications sur pourquoi comment ils sont faits, d'où ils viennent etc ... On sait que l'immunité doit faire son travail donc les gens sont assez aussi attentifs à ne pas surcharger euh l'immunité. On voit de plus en plus d'allergies ».

Certains médecins remarquaient un clivage générationnel entre les anciens patients, habitués à une prescription large d'antibiotique et les jeunes sensibilisés à la préservation écologique des antibiotiques et souvent plus faciles à convaincre en cas de non-prescription antibiotique. M2 : *« Une personne âgée qui a le rhume depuis 2 jours, elle doit avoir des antibiotiques selon elle. Et ça peut être un peu compliqué, parce qu'elles ont toujours fonctionné comme ça et ça peut être un peu compliqué de faire passer le message que il y en a peut-être pas besoin ».* M13 : *« Ceux qui réclament sont plutôt d'un âge pas avancé mais après 50 ans. Ceux qui veulent moins c'est peut-être des gens plus jeunes (...) ceux-là en effet ils sont plus faciles à persuader qu'il faut pas prendre d'antibiotiques ».*

Les médecins notaient également une transmission verticale des schémas de pensée au sein d'une famille, les croyances parentales s'imposant naturellement aux enfants. M11 : *« Après, c'est peut-être une question d'éducation aussi. (...) J'ai une patiente aussi qui elle vient régulièrement et du coup, ses enfants (...) ils ont le même discours que la maman, c'est rigolo ».* M12 : *« Les habitudes de famille, c'est hyperancré ça les habitudes de famille. On a du mal à les faire partir ».*

4. Education de la patientèle à l'échelle individuelle et nationale

Les campagnes nationales de sensibilisation au bon usage antibiotique et les explications fournies par le médecin généraliste au cours de consultations relevant d'un motif infectieux avaient un rôle complémentaire dans l'éducation de la patientèle.

Les campagnes nationales de sensibilisation avaient un rôle important dans le formatage du mode de pensée des patients à l'aide de slogans accrocheurs. Leur intérêt était souligné par la majorité des médecins. M13 : *« Globalement le slogan de départ, ça a été une campagne qui a été beaucoup plus efficace à mon avis, au niveau de l'opinion publique, 'les antibiotiques c'est pas automatique' c'est resté ancré quoi ».* Ces campagnes permettaient de légitimer la décision médicale à prescrire de façon raisonnée les antibiotiques et de faciliter l'acceptation de l'argumentaire médical par le patient. M3 : *« Ça a super-bien marché les campagnes. Moi j'étais ravi. On avait une légitimité à prescrire moins d'antibiotiques ».* M13 : *« (Les*

campagnes par rapport à ce que l'on peut faire nous en termes d'éducation) c'est complémentaire. Les gens ont une petite idée et après nous on va leur expliquer ». M10 : « Il faudrait qu'on ait des outils plus simples pour nous, pour communiquer, comme a été fait pour la ... (il me montre les feuilles à donner aux patients de l'Assurance maladie concernant le traitement des viroses ORL), ou des affiches 'avec ou sans antibiotiques vous ne guérez pas plus vite' ».

Cependant, les campagnes menées par l'assurance maladie pouvaient aussi se dessiner à travers une préoccupation économique, d'où une réceptivité mitigée sur la population d'après certains médecins. M6 : « *Ben ça vient de la sécu aussi ! La sécu, elle est suspecte de vouloir faire de l'économie aussi donc faudrait que le discours vienne d'une référence plus neutre* ».

Les médecins généralistes interrogés reconnaissaient l'importance de l'éducation de la patientèle réalisée au cours des consultations. Certains soulignaient cependant le fait que ce volet de prévention et d'explication au patient, marque d'une médecine personnalisée était difficilement compatible avec l'augmentation de la charge de travail et du nombre de consultations journalières allant souvent de pair avec une diminution de la durée des consultations. M3 : « *De toute de façon, on a trop de travail. C'est pas possible. Tu as 40 patients par jour en consultation, on pourrait en voir 50-60. Donc c'est pas possible, ça ne va pas. On ne peut pas travailler correctement, c'est... On est passé dans un monde où la médecine, c'est de l'abattage, donc il y a plus du tout de temps pour ce volet de prévention ou d'explication aux gens, concernant leur traitement* ».

III. Déterminants relatifs au médecin

A. Connaissances et perception de l'antibiorésistance chez les médecins généralistes

1. Prise de conscience du caractère précieux de l'antibiotique et perception du phénomène de résistance bactérienne

Les médecins interrogés ont rapporté que les antibiotiques constituaient une classe thérapeutique individualisable dans la pharmacopée française pour plusieurs raisons.

La plupart des médecins étaient en faveur d'une prescription plus raisonnée des antibiotiques. M4 : « (...) *plus ça va plus ils sont précieux à préserver quoi parce que ... si les antibiorésistances augmentent on va être, on va avoir des problèmes insolites d'ici quelques années (...) j'ai complètement changé mes pratiques par rapport au début de mon installation ... j'y regardais beaucoup moins au début de mon installation. Maintenant, un antibiotique je réfléchis, très sérieusement avant d'en donner alors que j'étais plus facilement prescripteur il y*

a quelques dizaines d'années enfin au début de mon installation ».

Les antibiotiques étaient décrits comme une classe thérapeutique dont l'efficacité devait être préservée par une limitation de prescription. M4 : *« Ce qui me vient à l'esprit, c'est de freiner les prescriptions (rire)... Un antibiotique pour moi c'est d'abord de réfléchir si c'est utile ou pas, si on doit vraiment en prescrire ou pas ».* M12 : *« C'est une prescription qui doit être ... qui doit se justifier, c'est-à-dire qui doit être nécessaire pour que je la prescrive ! En tout cas pour moi, les antibiotiques, ça ne se prescrit pas à la légère, voilà ! ».*

D'un côté, certains médecins rapportaient être conscients de la consommation excessive d'antibiotiques. M11 : *« Chercheur 1 « Comment percevez-vous la prescription d'antibiotique dans votre pratique quotidienne ? » « Trop fréquente » ».* M4 : *« (...) enfin on est un des pays où les résistances sont les plus importantes donc y'a certainement encore des médecins qui prescrivent trop ».* Un médecin précisait qu'il accordait plus facilement le bénéfice du doute à la non-prescription depuis ces dernières années. M4 : *« j pense que ça m'a ... conforté depuis des années dans l'idée qu'il faut en donner de moins en moins et surtout pas, et surtout pas quand on n'a pas la certitude qu'il en faut un. Déjà ça m'a influencé dans ce sens-là, le problème de résistance ».* Un autre informateur précisait que la modification de la pharmacopée antibiotique constituait la preuve indirecte d'une évolution des résistances bactériennes à l'échelle populationnelle. M1 : *« Les antibiotiques que l'on utilise maintenant et bien... C'est pas forcément ceux qu'on utilisait avant, sauf certains grands antibiotiques classiques. Donc il y en a beaucoup qui ont disparus en particulier. Ça veut dire bien des choses ».*

De l'autre côté, la montée des résistances bactériennes communautaires restait un concept difficile à appréhender par les médecins généralistes alors qu'elle devrait être le principal motif de limitation de l'utilisation des antibiotiques en ambulatoire. M11 : *« Moi j'ai fait des formations qui m'ont réexpliqué (ce concept de résistance) mais euh ... au quotidien, nous, on ne voit pas nos résistances ».* M4 : *« alors ça, j'en sais rien il me semble qu'à l'hôpital il y a plus de problème (...) ».*

En comparaison aux résistances hospitalières, la nature des résistances en ambulatoire était jugée comme moins préoccupante et qualifiée de 'petite' résistance car elle laissait encore la place à des options thérapeutiques compatibles avec un traitement antibiotique oral. M2 : *« Par contre, les petites résistances entre guillemet, là où on va mettre l'amox et puis tout d'un coup on se rend compte et bien que ça résiste, ça marche pas donc on passe à l'AUGMENTIN. Ça élargit quand même pas mal le spectre mais je veux dire, on fait quand même pas... on se retrouve pas avec un truc IV, un antibio incroyable qu'on peut pas trouver ».*

Les médecins généralistes n'attribuaient pas systématiquement l'évolution des résistances aux

prescriptions individuelles d'antibiotiques. M10 : « *Je mettais de l'amox, je me disais : c'est pas une ou deux personnes sur le plan individuel* ».

La vision de la montée des résistances bactériennes était surtout appréhendée sur le plan individuel par l'intermédiaire du retour des antibiogrammes essentiellement réalisés au cours des infections urinaires. M4 : « *Par contre on voit clairement dans nos résultats d'ECBU, on voit qu'Escherichia Coli est de plus en plus résistant aux quinolones* ». Les échecs cliniques dans les infections non documentées sur le plan microbiologique en pratique courante constituaient également une preuve indirecte de la montée des résistances sur le plan individuel même si cette donnée posait le problème de sa subjectivité. M2 : « *Je me rends compte qu'il y a une petite résistance par exemple il y a certaine angine que je traitais à dose, c'est 50 mg/kg l'angine, et je me rendais compte que les enfants revenaient* ».

Certains médecins ont souligné que la montée des résistances en médecine humaine devait être une responsabilité partagée avec les professionnels de l'agriculture et l'élevage. M5 : « *Est-ce que c'est l'homme ou est-ce que c'est les antibiothérapies animales, qui font le plus d'antibiorésistances ? On va essayer de faire ce qu'il faut dans notre petit coin nous les médecins mais il y aurait aussi dans la médecine vétérinaire des choses probablement à changer là-dedans* ». M1 : « *L'antibiorésistance, ce n'est pas une problématique qui n'est que médicale. Parce que l'antibiothérapie malheureusement, ce n'est pas que humain, et c'est utilisé largement dans des tas de choses, à la fois l'agriculture, l'élevage, les vétérinaires, etc.*».

2. Précision des connaissances théoriques

Les médecins ont rapporté la nécessité de connaissances précises sur les antibiotiques. M1 : « *Et bien il faut des notions spécifiques... Voilà... Et que c'est extrêmement complexe.* ».

Il s'agissait d'un domaine nécessitant une remise à jour fréquente des connaissances et un investissement important en termes de veille bibliographique par rapport à d'autres classes thérapeutiques. M12 : « *c'est une classe thérapeutique qui demande des remises à niveau indispensables, plus fréquentes que les autres classes thérapeutiques, je trouve. Il y a beaucoup de changement dans les protocoles, dans les... durées de traitement* ».

Les ressources utilisées pour cette auto-formation étaient variables mais les sites médicaux et les ouvrages basés sur les dernières recommandations de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) ainsi que les modules de formation médicale continue (FMC) étaient les plus cités.

L'esprit critique des recommandations de par les recherches et les connaissances individuelles,

apparaissait primordial pour une bonne compréhension des recommandations et une meilleure adaptabilité aux patients. M1 : « (...) qui suivent d'éventuelles recommandations. Mais là, c'est pas forcément quelque chose de très réfléchi : on suit une recommandation. Voila. Si on veut participer à la recommandation autant avoir une connaissance un peu meilleure, en gros c'est ça ». M2 : « On fait le truc, on suit les recommandations sagement, machin. Après clairement, moi je ne le fais pas que parce qu'on m'a dit de le faire, je le fais aussi parce que je suis convaincue il y a pas de mal de fois où ça sert à rien ».

La complexité de la prescription tenait plus à la difficulté de poser l'indication de l'antibiothérapie à l'aide de critères diagnostiques les plus objectifs possibles, plutôt qu'à suivre fidèlement un schéma posologique validé. M4 : « C'est pas que les antibiotiques me posent un problème de prescription, c'est que je m'efforce de les économiser donc de ne pas les prescrire quand je n'ai pas la certitude que ça sert à quelque chose ».

3. Clivage générationnel entre les médecins

La formation médicale n'inculquait pas les mêmes recommandations en pathologies infectieuses aujourd'hui et il y a plusieurs dizaines d'années.

Les jeunes générations de médecin généraliste ont pu bénéficier d'un enseignement théorique en infectiologie intégrant la montée des résistances bactériennes et étaient particulièrement sensibilisées à la problématique de juste prescription d'antibiotique. M2 : « Je pense que nous, notre génération, on est hyper-formé sur - faut éviter d'en mettre quand on peut ne pas en mettre - faut mettre ceux qui ont le spectre le moins large. Bon, je pense qu'on nous l'a rabâché tellement de fois qu'on essaie d'être de bons élèves. On fait le truc, on suit les recommandations sagement, machin ». Les médecins ont bien relaté un clivage de raisonnement et de pratique entre les jeunes et anciens médecins. M12 : « (...) J'tape sur personne parce que y'a une époque on ne faisait pas du tout pareil, on n'était pas du tout formé pareil que nous ... Mais c'est très dépendant du médecin initial c'est-à-dire les familles c'est des gens, des parents qui ont eu des antibiotiques dès qu'ils avaient quelque chose donc qui ont ancré chez eux que c'est comme ça qu'on soigne, point ».

Certains médecins ont rapporté qu'ils étaient épuisés physiquement et psychologiquement au fil de leur carrière de lutter contre les exigences de la patientèle et qu'ils étaient plus sujets à céder à une prescription non justifiée d'antibiotique ; la prescription était perçue comme une solution de facilité. M3 : « Tu es jeune, tu te bas plus (le répondeur sonne). Et puis t'es vieux ou tu n'as pas de temps ou t'en a marre... ». M10 : « ... Il mettait ORELOX et SOLUPRED pour tout le

monde ici. Les patients ont tous pris (...) mais bon il s'en foutait il était vieux il allait partir en retraite ».

La démographie médicale actuelle semblait faciliter une prise de décision thérapeutique autonomisée. En effet, la baisse continue du nombre de médecins généralistes évolue inversement à la demande médicale croissante, ce qui n'était pas le cas il y a quelques dizaines d'années où la concurrence médicale était plus forte, la prescription d'antibiotique pouvait alors dans certains cas être perçue comme un moyen de fidéliser une patientèle. M12 : *« J'avais un maître de stage qui me racontait qu'à une époque, ils étaient quand même beaucoup beaucoup de médecins et ... ils devaient un peu se piquer les patients, quoi (...) et ça passait aussi peut être un peu par ça, se faire apprécier quoi ; et donc bien traiter les gens donc les antibiotiques, ça traitait bien les gens donc on en donnait bien systématiquement pour qu'ils reviennent. Parce qu'apparemment économiquement, c'était pas si facile ».*

4. Expériences personnelles : vécu de situations douloureuses, échanges entre pairs, évolution des connaissances avec la pratique

Certaines situations cliniques auxquelles a été confrontées personnellement le médecin généraliste peuvent impacter sur la décision de prescrire un antibiotique au décours de consultations ultérieures pour des motifs identiques. Il s'agissait essentiellement de situations cliniques où le praticien décidait initialement de ne pas prescrire d'antibiotiques alors qu'il existait une indication d'antibiothérapie soit d'emblée soit secondairement (surinfection bactérienne). M13 : *« Et puis des fois on se trompe. Un patient qui voulait des antibiotiques parce qu'il toussait je lui ai dit 'non' et 2 jours après il avait une pneumopathie il a été hospitalisé en urgence ».* M2 : *« (...) mais c'est vrai qu'une mauvaise expérience ça va me marquer et par exemple je vais aller chercher plus facilement le petit détail qui me ferait peut-être dire que finalement il y aurait quand même besoin d'antibio ».*

L'influence des confrères sur les pratiques de prescription pouvait également être tirée d'interprétations subjectives de situations d'échec clinique. M2 : *« un des médecins du cabinet s'est rendu compte que ces angines résistaient à l'amox à des doses faibles, elle nous en a parlé et c'est là que je me suis dit que oui, c'est vrai ça m'est arrivé plusieurs fois qu'ils reviennent. Elle avait seulement essayé d'augmenter les doses et ça avait fonctionné. Du coup, c'est comme ça que j'ai changé ma pratique avec l'expérience de mes collègues aussi quoi ».* L'expérience de confrère a été considérée comme fiable car elle se basait sur des preuves de terrain issues de praticien connu pour faire de la médecine de qualité ; les recommandations se positionnaient au

second plan. M2 : « *Le groupe je pense agit vraiment et, plus même que, tu vois je pense que tu es plus influencé par tes collègues en qui tu as confiance parce que tu les connais tu sais comment ils bossent que par un groupe d'expert* ».

Le statut des médecins (interne, titulaire d'un cabinet et remplaçant) a été identifié comme un élément orientant la décision thérapeutique.

En effet, l'interne devait respecter les pratiques du maître de stage afin de ne pas déstabiliser les habitudes de la patientèle et de ne pas discréditer les propos du médecin. M2 : « (...) *il mettait plus facilement les antibiotiques. Du coup, moi je les mettais aussi (...) Je le faisais car je considérais que j'étais l'interne et que c'était pas mon but de modifier sa façon de travailler à lui quoi... J'étais pas là pour ça* ».

Les remplaçants se sentaient souvent plus libres de respecter leur choix thérapeutique et les prescriptions inappropriées étaient moins nombreuses ; ils justifiaient ce positionnement par le caractère ponctuel des échanges avec le patient, ce qui faisait la différence avec le médecin titulaire. M13 : « *Donc je pense pas que ce soit la pratique de prescription du cabinet dans lequel je remplaçais qui influençait mes prescriptions (...) quand on est remplaçant je pense qu'on est beaucoup plus libre, des prescriptions, des arrêts de travail, on peut dire 'non', on s'en fout quoi (...) Les patients franchement pénibles ils seront revus par le titulaire moi c'est vrai qu'il y a des fois où je leur disais, pour les arrêts de travail par exemple, 'je vous fais un arrêt de 3 jours et vous revoyez le médecin quand il rentre'. Je bottais en touche.* ». M2 : « (...) *je luttais plus en tant que remplaçante parce que tu n'as pas la même position, c'est plus facile de lutter et d'imposer ton truc* ».

Le médecin titulaire qui repoussait une prescription d'antibiotique lors d'une première consultation pouvait se voir à nouveau confronté au patient lors d'une consultation ultérieure, d'où le choix dichotomique entre une prescription initiale de confort pour le médecin ou une non-prescription et une réévaluation clinique. M13 : « (...) *Et quand on est installé c'est différent. Parce que les gens on sait que dans 3 jours ils vont revenir* ».

La création de son propre cabinet facilitait l'adhésion de la patientèle à sa façon de prescrire. En effet, les patients avaient choisi de consulter ce médecin pour ses convictions contrairement aux situations de reprise de cabinet où les patients avaient comme référence les habitudes de prescription du médecin prédécesseur. Le début d'installation nécessitait très rapidement d'imposer sa vision de la médecine afin de façonner les attentes de la patientèle en termes d'antibiothérapie. Toute inflexion de cette ligne de conduite pouvait être à l'origine de demande inappropriée d'antibiotique de la part des patients. M13 : « *Oui, il faut s'imposer, pas forcément par peur des problèmes mais il faut pas hésiter à travailler comme on pense qu'il faut travailler* ».

oui. Rapidement (...) mais dans la façon d'appréhender la prescription c'est nous les maîtres quoi ».

Les jeunes médecins pouvaient rencontrer des difficultés à imposer leur décision thérapeutique de par l'image qu'il renvoyait aux patients : jeunesse, doute sur la fiabilité des explications et inexpérience. M2 : « (...) *je crois qu'il y a le fait que je sois jeune je pense qui pose problème dans la communication et dans l'autorité que je peux avoir sur, par exemple les personnes âgées qui demandent leurs médicaments ».*

Un informateur a confié qu'elle était plus attachée à l'affect quand elle était jeune et à la préoccupation d'avoir une entente cordiale avec le patient d'où des prescriptions de satisfaction en gage de fidélisation de la patientèle. M12 : « *Quand on est jeune médecin, on a envie qu'on nous aime, on a envie qu'on revienne nous voir et tout (...) quand j'étais vraiment jeune et remplaçante (...) j'étais remplaçante tout le temps, au même endroit, des gens que je revoyais ; manque de confiance, e'fin voilà on est jeune... nanan ; quand même, fallait que ça se passe bien parce que je remplaçais les 3. J pense que je devais me trouver des arguments cliniques pour en prescrire, je pense vraiment ».* Le statut de remplaçant pouvait être aussi perçu comme exigeant au niveau de la qualité des soins.

Les médecins mettaient en avant les relations affectives créées avec les patients au cours des années d'exercice, ce qui pouvait entraîner une prescription de satisfaction et non justifiée d'antibiotique. M12 : « (...) *les familles qu'on aime bien et pi qu'on se dit 'oh ouais mais je sais pas trop ' nananana j'ai un doute bon allez j'vais plus facilement donner à ceux-là parce que je les aime bien, voilà ».*

Le statut de maître de stage permettait de rester vigilant sur les bonnes conduites de prescription ; les étudiants apportaient parfois une vision nouvelle sur un raisonnement. M6 : « *Chercheur 1 (...) « modifier votre façon de prescrire ? » Je pense que oui mais dans le sens où ça me pousse à m'actualiser encore plus et pi à discuter avec les internes aussi parce que ... ils ont des référentiels qui sont pas toujours bons d'ailleurs mais ils en ont ... ça permet de débattre, d'échanger ».*

5. Influence de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) sur la prescription des antibiotiques en médecine générale

L'indicateur relatif à l'antibiothérapie et établi par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ne constituait pas un argument solide à l'optimisation de la prescription des antibiotiques pour la majorité des médecins généralistes. Il lui était reproché de vouloir réaliser

une standardisation des pratiques médicales trop variables en fonction des cabinets médicaux et d'être basé sur des prérogatives plus économiques qu'écologiques. M12 : « *(les ROSP), je pense que ça ne change pas grand-chose ... qu'on est content si on a de l'argent à la fin mais qu'au final, ça ne change pas ... ça ne change pas comment on pratique !* ». M13 : « *Moi les chiffres, elle est très gentille la dame (rires). Les chiffres ils sont là et puis je les mets directement dans le tiroir (rires)* ».

B. Aides à la décision thérapeutique

Dans les consultations où la demande d'antibiotique était formulée par le patient, le positionnement du médecin pouvait être légitimé par des preuves scientifiques du bien-fondé de la non-prescription.

1. Recommandations

Les recommandations nationales émanant de la SPILF étaient souvent utilisées et permettaient d'appuyer la décision médicale. M12 : « *Je pense que c'est bien de pouvoir dire aux gens qu'il y a des recommandations qui existent sur les antibiotiques et que... c'est pas juste nous qui décidons dans notre petite tête que c'est comme ça, ben j'veux dire que c'est cadré quoi ! On fait les choses, y a des recommandations, l'expliquer aux gens qu'on vérifie* ». Les sites internet d'expertise infectiologique intégrant ces recommandations étaient particulièrement appréciés par les médecins généralistes pour leur simplicité et leur utilisation possible au cours de la consultation. M4 : « *les patients qui ne sont pas convaincus de ce que je leur dis, j leur dis ben écoutez-moi je vais sur un site de référence qui me dit qu'il faut pas donner ou qu'il faut donner tel antibiotique et souvent... ça, ça les rassure donc...* ».

Cependant, le respect et l'applicabilité des recommandations étaient souvent modulés par d'autres aspects que la clinique stricte. M13 : « *Je pense qu'eux (les infectiologues) ils nous amènent des protocoles des outils et c'est à nous de les appliquer mais ils reconnaissent bien que c'est parfois compliqué d'appliquer des protocoles, ça dépend du profil du patient* ».

2. Test de diagnostic rapide (TDR)

Le TDR, simple d'utilisation au cours d'une consultation, était particulièrement prisé comme aide médicale à la discussion autour de la prescription éventuelle d'antibiotiques au cours des angines. Le principe était facilement explicable au patient au cours de la consultation et le résultat était rarement contesté de par sa nature objective (nombre de barres). M7 : « *On a des tests, le STREPTO-TEST, moi je l'utilise largement, ça rassure on sait ... pendant qu'on discute, pendant qu'on met déjà les autres mesures et bien on vérifie et pi s'il faut ben on rajoute l'antibiotique ; sinon on peut dire 'ben voyez c'est pas nécessaire' »*. Certains médecins le transposaient même lors des infections virales à visée étiologique et justificative dans des circonstances de forte demande d'antibiotiques et/ ou de fatigue du médecin. M8 : « *Alors souvent, moi le test de diagnostic rapide je le fais même pour les pharyngites. Et puis je dis 'Ah regardez il est négatif' alors que j'ai même pas attendu le résultat (rires). Et ça c'est le top, mais c'est une question de facilité, je fais ça quand je suis fatigué (rires) »*.

L'influence du TDR sur la demande unidirectionnelle et incoercible du patient a été nuancée par un informateur, M3 : « *Oui, ça arrive que même en faisant le test les gens veulent un antibiotique quand même »*.

3. Avis spécialisés

Un avis infectiologique en ligne permettait d'appuyer la prescription du médecin généraliste et de faciliter l'acceptation du patient rassuré par cet avis 'expert'. M5 : « *On a la chance d'avoir un annuaire hospitaliser avec des numéros directs de médecins, enfin d'avis en fait, et donc on a un avis infectiologique ultra-réactif (...) ça permet aussi devant le patient de s'appuyer sur un avis spécialisé (...) c'qui permet de me poser et d'être un peu euh... et d'être, de sentir le patient plus convaincu en tous cas de notre euh... de ma démarche »*.

Le recours à cet avis expert ou la consultation de sites de recommandations au cours de l'examen médical, n'étaient pas perçus par le patient comme un défaut de connaissances médicales mais comme une preuve que le médecin prenait en compte ses préoccupations et tenait à répondre au mieux au problème médical posé. M12 : « *Chercher dans les bouquins ou sur Internet devant eux moi ça me dérange pas du tout et les patients à la limite ils se disent 'il cherche, il se donne les moyens...' Appeler un spécialiste en disant 'j'ai ça qu'est qu'on fait ?'. Je pense qu'au contraire ils se disent 'il prend soin de moi, il fait attention à moi'. Il fait pas une consultation qui dure 5 minutes et il me prescrit une radio non, il prend le temps »*.

4. Examens paracliniques

La prescription d'examens paracliniques biologiques ou radiologiques était une alternative à la prescription d'emblée d'antibiotique parfois utilisée par les médecins généralistes dans les situations de doute diagnostique. D'un côté, elle était utilisée comme aide à la prise en charge diagnostique et thérapeutique pour les médecins. De l'autre côté, elle bénéficiait d'une bonne acceptation par les patients qui considéraient que leur motif de consultation avait été pris en compte par le médecin généraliste. M2 : « *Parce qu'ils font un examen en fait. Ils sont pas là à rien faire, alors... Ils ont fait un examen et ils savent que tu attends leur coup de fil pour leur dire quoi faire, qu'ils sont pris en charge...* ». M3 : « *Les patients acceptent bien parce qu'on prend conscience de... on prend en considération pardon leur problème, et on va pouvoir voir ce qui leur convient. En temporisant* ». Le recours aux examens paracliniques pouvait être aussi considéré comme une prescription anxiolytique pour le patient et une stratégie anti-antibiotique. M10 : « *CRP négative, je l'ai réassuré ; c'est une bio thérapeutique* ». M5 : « *c'est rare, je le fais pas très souvent mais ça m'est arrivé il n'y a pas très longtemps pour un patient un peu insistant sur son infection où ben ... j'ai fini par lui prescrire une p'tite prise de sang où tout est normal ou quasiment (...) j'ai fait une NF et une CRP pour lui montrer que c'était pas très, (il rigole), qu'il n'y avait rien de très grave, en le prévenant des résultats* ».

La disponibilité de ces examens en ambulatoire et le doute sur leur pertinence à différencier une pathologie bactérienne et virale étaient les principaux freins à une utilisation systématique par les médecins généralistes : M1 : « *On est relativement bien desservi mais quand même, on n'est pas un service d'urgence. On va pas faire un prélèvement immédiat, une NFS immédiate, une radio/une écho immédiate, etc. Non !* ». M2 : « *En fait, ce que j'ai peur c'est de leur dire 'on va faire une inflammation, si c'est élevé je vous mets des antibio' ben ouaih mais si c'est élevé ça peut être un virus, je suis coincée du coup et du coup j'ai pas envie d'être coincée par ça donc je ne l'utilise pas* ».

C. Conditions matérielles de la consultation

1. Caractère chronophage de la non-prescription d'antibiotique

Lorsque la consultation relevait d'une problématique infectiologique, la non-prescription d'une antibiothérapie chez des patients exprimant une demande implicite ou explicite de prescription antibiotique imposait au médecin généraliste la construction d'un argumentaire convaincant.

La prescription d'antibiotique soulevait moins de problématique, y compris chez les patients opposés à la mise en place d'une antibiothérapie. M4 : « *Ah oui, c'est plus long d'expliquer pourquoi on prescrit pas que ... en cas de prescription, pourquoi on prescrit ; parce que ... quand on prescrit un antibiotique en général ça pose pas trop de problème (temps d'arrêt, réflexion de quelques secondes) nan pratiquement pas* ».

Le caractère chronophage de l'argumentaire en cas de non-prescription d'antibiotique était souligné par la majorité des médecins généralistes. M11 : « *Après, ça demande du temps. C'est-à-dire qu'on n'en fait pas une consultation en 5 minutes, quoi ! Mais bon* ». La durée des explications était fonction de l'insistance avec laquelle le patient mettait en avant sa demande d'antibiotique. M1 : « *Chez les patients demandeurs oui, c'est beaucoup plus long. Quelqu'un qui sait les choses, c'est : non, vous n'avez pas de foyer, non vous n'avez pas de complications. Merci Docteur, je vais continuer mon DOLIPRANE, au revoir !* ».

Le caractère chronophage de la non-prescription était fortement à risque de prescription inappropriée d'antibiotique. M13 : « (...) *'Ah mettez moi un traitement de cheval comme celui d'avant' (rires). Et donc là tu te dis 'là j'ai pas le temps, allez lui SOLUPRED pleine dose et amoxicilline, je suis pépère' (rires)* ».

Au caractère chronophage de l'explication de non-prescription d'antibiotique s'ajoutait la note physique épuisante avec un besoin d'investissement et de disponibilité de la part du médecin généraliste. M2 : « *Oui en général tu es un peu dans l'anticipation et tu te dis 'il va falloir se battre' (...) Et tu te prépares au combat ! (...). Ils te prennent un peu ton énergie ces gens-là, donc il faut que tu fasses un effort de communication ou un effort d'écoute prolongée* ». Le médecin pouvait renoncer à cet argumentaire lorsqu'il sentait fatigué ; la prescription inappropriée d'antibiotique était alors considérée comme une solution de facilité pour mettre fin à la consultation. M10 : « *Et puis les jours où tu es fatigué, tu te bats moins* ».

2. Planning des consultations

Le caractère chronophage de la non-prescription d'antibiotique était difficilement compatible avec l'affluence de patients parfois visualisée dans les cabinets sans rendez-vous. M10 : « *La pression du patient, la pression de faire tourner le cabinet : moi je peux pas me permettre d'avoir 30 patients qui attendent, j'ai pas la place* ». Il en était de même des cabinets médicaux sur rendez-vous avec un planning de consultation chargé, souvent synonyme de durée brève de consultation. Dans ce cas, le praticien devait parfois se résoudre à une prescription abusive d'antibiotique, en guise de solution de facilité afin de gagner du temps. M3 : « *Ah il faut bien*

10 minutes de plus pour expliquer. Je vois en moyenne 40 et quelques personnes par jour. Tu peux pas passer un quart d'heure à expliquer 2 fois 3 fois dans la même journée c'est pas possible ». M6 : « *Moi j'pense que c'est ... une partie des explications que c'est trop prescrit, c'est ça ! (...) On se débarrasse vite du truc, du problème et puis voilà* ».

3. Temporalité de la consultation

Les consultations où la non-prescription d'antibiotique devait être longuement argumentée étaient souvent plus compliquées à gérer par le médecin généraliste en fin de journée de par une fatigue accrue et une altération des capacités d'écoute et de persuasion. M2 : « *Il est probable que je prescrive plus d'antibiotiques à la fin de la journée tout à fait, parce que je suis fatiguée, que je n'arrive plus à communiquer, à me concentrer pour faire passer mon message. Du coup, il passe moins parce que je suis moins dedans probablement* ». M13 : « *en début de matinée on est peut-être plus réceptif et plus patient qu'en fin de journée, en fin de journée on lâchera plus du lest* ».

Les consultations de fin de semaine posaient la même problématique avec l'accumulation de fatigue. Ces consultations ressentaient également la pression du weekend pendant lequel les examens paracliniques ou les deuxièmes consultations étaient limités. M1 : « *(En fin de semaine), on va tenir compte des circonstances. Et c'est peut-être mieux de pas prendre le risque de louper quelque chose on sait jamais. Les choses douteuses hein, parce que les choses tellement évidentes, la décision est simple* ». M4 : « *Parfois il y a tout simplement les conditions matérielles de la consultation, par exemple si c'est une consultation la veille d'un weekend prolongé euh ... avec quelqu'un dont je me dis il commence un tableau clinique et pi peut être que ça va dégénérer donc je préfère mettre... l'antibiotique... je sais que (...) il sera peut-être pas vu forcément facilement par un médecin* ».

La prévalence des pathologies infectieuses saisonnières pouvait amener à une confrontation plus fréquente avec des situations de doute diagnostique et les prescriptions non justifiées d'antibiotiques semblaient plus régulières. M10 : « *(...) puis surtout nous on a un biais, on a que ça à un moment de l'année, on a que des rhumes et des sinusites et sûrement des indications d'antibiotiques souvent avérées* ».

4. Lieu d'exercice

La localisation du cabinet pouvait également influencer le comportement de la patientèle par rapport aux demandes d'antibiotique et à la confrontation avec les dires du médecin. M3 : « *A la campagne les gens sont beaucoup plus respectueux de leur médecin écoute peut-être mieux leur parole* ». M2 : « *(...) j'avais une patientèle de ville qui était hyper-exigeante (...)* ».

D. Nouvelles consultations pour le même motif

Certains patients étaient parfois amenés à consulter à nouveau leur médecin traitant après une première consultation soldée par une non-prescription d'antibiotique. Le motif de cette nouvelle consultation tenait principalement à la persistance des symptômes, en particulier lorsque l'évolution naturelle de la pathologie n'avait pas été entendue ou expliquée au patient. Ce point était en effet souvent méconnu des médecins généralistes qui ne pouvaient s'en servir comme argumentaire. M6 : « *Y'a un truc qui nous manque dans les études, c'est (...) qu'on nous donne jamais dans un cours de maladie l'évolution naturelle sans traitement. J'sais pas si vous avez remarqué ça ?* ».

Chaque consultation devait se solder par une nouvelle justification à la non-prescription d'antibiotique et le médecin se retrouvait alors rapidement à court d'arguments. M2 : « *A un certain moment, je suis quand même coincée dans mon argumentaire et je n'ai plus assez d'arguments pour leur dire... Même si moi intimement, je suis convaincue, je n'ai pas suffisamment d'argument solide pour moi en fait (...) J'ai plus beaucoup de choses nouvelles à dire en fait, j'arrive pas à faire avancer un peu plus la consult, à dire 'mais là avec le temps ça va passer tout seul'* ». Dans ce contexte, le risque de prescription inappropriée d'antibiotique était grand. M11 : « *Après se battre tout le temps dessus, aller dans le conflit euh... c'est pas forcément évident. Donc je leur donne. Bon, ils l'ont pas tout de suite, ils l'ont au bout de 2-3 fois...* ». M2 : « *Sur une consultation où j'ai réussi à ne pas prescrire la première fois, ils reviennent parce qu'ils ne vont toujours pas bien, je vais, peut-être pas systématiquement mais quasiment quand même, mettre des antibiotiques, même si j'y crois pas trop. Des fois, j'ai des bonnes raisons, mais des fois non* ». Dans ce dernier cas, la guérison sous antibiotique de la pathologie infectieuse alors que cette dernière arrivait au terme de son évolution naturelle amplifiait la croyance du patient sur le fait que la guérison était due à l'antibiotique et qu'il avait été 'mal soigné' initialement. M2 : « *Ils sont venus 2 fois, t'as tenu le coup et puis au bout d'un moment tu te dis bon ben je vais le faire parce que... et évidemment le temps fait que ça*

guérit tout seul (rires) et donc ils guérissent grâce aux antibiotiques et du coup tu n'as plus d'arguments ! ». M13 : « *Et le fait de revenir voir le médecin en disant 'ça va pas mieux', il y a des gens qui, quand on leur a expliqué, comprennent que c'est un processus normal et il y en a d'autres qui estiment que c'est parce que le médecin a mal fait son travail* ». Le patient acquiert ainsi un schéma de raisonnement qu'il estimera inconditionnel lors de situation clinique similaire ultérieure et l'absence de prescription d'antibiotique sera difficile à justifier.

IV. Déterminants relatifs à la relation médecin-patient

A. Les antibiotiques : une classe thérapeutique centrale dans la relation médecin-patient

La prescription d'une antibiothérapie constituait un élément important de la relation entre médecin/ patient. La réputation du médecin était en partie érigée par sa patientèle, en fonction de ses modalités de prescription d'antibiotique : le médecin était ainsi qualifié de 'petit ou gros' prescripteur d'antibiotiques. M1 : « *De toute façon, dans le village, les gens savent donc la réputation est là, ils savent. Ils disent : vous n'allez encore pas me donner l'antibiotique !* ».

Les divergences entre la position du médecin sur la prescription d'antibiotique et la demande plus ou moins insistante du patient pouvaient être à l'origine d'une altération profonde de la relation médecin-patient pouvant mener le patient à envisager un changement de médecin. M2 : « *'Dr je veux être mis sous antibiotique' (...)* Déjà ça met un froid (rires). *En général, il y a un petit blanc* ». M12 : « *(...) donc je sais que ce sont des gens qui si je refuse l'antibiotique mais pas juste par principe mais parce qu'il n'y en a pas besoin, ce sont des gens qui ne vont pas revenir* ».

Le phénomène de société actuelle a fait naître chez les patients des exigences tel qu'un simple désaccord sur une demande de prescription (thérapeutique ou diagnostique) pouvait s'élucider par un changement de médecin. M3 : « *Ah, oui moi je suis persuadé qu'il y a des patients qui change de médecin parce que l'on donne pas ce qui veulent (...)* Parce que le patient dit 'le médecin, il a pas été à mon écoute. Il m'a donné un traitement, je lui ai bien dit que ça irait pas et puis... ça a pas marché' (...). *C'est toujours pareil, c'est pas la compétence, c'est l'écoute, le fait de ne pas avoir donné ce que le patient attendait* ». M2 : « *Oui, je pense qu'il y a certains patients qui seront fatigués que je leur donne pas les antibio la première fois que je les vois et qui auront pas envie de revenir une 2^{ème} fois et que du coup ils se diront 'celle-là ça sert à rien que j'aïlle la voir, elle va pas me donner d'antibio* ».

B. Négociation autour de la prescription d'antibiotique

1. Considération des attentes du patient

La décision de prescrire ou non une antibiothérapie ne se limitait pas seulement à l'aboutissement d'un raisonnement médical formel prenant uniquement en compte la synthèse de l'examen clinique. Les attentes et les craintes du patient devaient être clairement explicitées au cours de l'interrogatoire ; ce dernier devait de se sentir entendu. M10 : *« Le fond du problème c'est le patient qu'il y a en face de toi, c'est tout. Nous, on sait très bien quand il faut prescrire des antibiotiques ou pas (...). C'est le problème de la médecine générale, c'est de s'adapter au patient. Donc il faut s'adapter en fonction de ce que tu as en face de toi en consultation »*. M3 : *« Il faut prendre 1 minute 2 minutes pour écouter sa question. Lui reformuler la question, lui montrer qu'on l'a compris et puis essayer de trouver une solution même si c'est pas ce qui voulait. Mais les gens effectivement ont besoin d'être écoutés »*.

Le résultat d'une consultation se voyait influencé par les attentes du patient, surtout dans les situations de doute diagnostique. M1 : *« Ce qui pourrait faciliter la prescription antibiotique sur un tableau un petit peu 'bâtard' ? Oui, est-ce qu'il est en attente ou pas du tout en attente de médicament, on sera peut-être un peu plus prescripteur que non-prescripteur »*.

Les dires d'un patient pouvaient être interprétés de façon subjective en termes de demande d'antibiotiques, à l'origine d'une prescription hâtive. M2 : *« En général, ils ne disent pas 'il me faut des antibiotiques' ces gens-là ils disent 'il faut faire quelque chose pour moi'. Ils me demandent pas directement des antibio. C'est sous-entendu peut-être et encore j'en suis même pas sûre, ils veulent juste que je les soigne et du coup bon ben voilà, si j'ai une bonne raison de mettre les antibio mais qu'habituellement je vais les mettre en différé et bien là je les mettrais tout de suite»*.

2. Argumentation nécessaire de l'absence de prescription d'antibiotique

En cas de non-prescription, l'argumentaire médical visait à déconstruire un mode de pensée profane élaboré sur des bases irrationnelles et non scientifiques et fortement ancré dans l'esprit des patients. M7 : *« Justifier une non-prescription c'est nécessaire parce qu'il y a les habitudes, voilà, que c'est ancien. C'est que l'antibiotique c'était la solution pour aller vite bien »*.

Certains médecins ont relevé des situations où le patient fortement demandeur d'antibiotique renvoyait au médecin un sentiment culpabilisant sur la persistance de ses symptômes ; le patient semblait reprendre confiance en lui avec l'impression de pouvoir guider maintenant la

prescription du médecin. Ces situations de malaise pour le médecin pouvaient conduire à la prescription inappropriée d'antibiotique, notamment lors de la deuxième consultation. M2 : « (...) il y en a qui disent « ah bah vous avez vu maintenant vous êtes obligés de me les donner ! (...) mais il y en a oui qui reviennent et ils sont contents de te dire que tac t'avais tort, ça arrive oui. Bon après, c'est dans la relation médecin-malade, ça leur fait remonter un peu le truc, ils reprennent une position un peu supérieure dans la relation en me montrant que j'ai eu tort ».

3. Système de santé

Plusieurs médecins ont souligné que le système de santé actuel ne favorisait pas la qualité de la relation médecin patient avec pour conséquence des prescriptions médicamenteuses inappropriées.

La réduction du temps de consultation secondaire aux déserts médicaux et à l'augmentation des patientèles s'effectuait au détriment du volet de prévention et d'explication au patient. La médecine personnalisée et proche du patient s'est transformée en une médecine impersonnelle, quasi-industrielle : la qualité des interactions médecin-patient est détériorée par l'importance du nombre de consultations par jour. M3 : « Oui, oui le volume de consultation n'est pas le même. De toute de façon, on a trop de travail. C'est pas possible. Regarde, si je répons au téléphone, tu as vu ce qui a là ? 40 à 50 coups de téléphone par jour. Tu as 40 patients par jour en consultation, on pourrait en voir 50-60. Donc c'est pas possible, ça ne va pas. On ne peut pas travailler correctement, c'est... On est passé dans un monde où la médecine, c'est de l'abattage, donc il y a plus du tout de temps pour ce volet de prévention ou d'explication aux gens, concernant leur traitement ».

Le système de paiement à l'acte semblait bouleversé la relation médecin/ patient en agissant sur les comportements des prescripteurs et des patients. Certains médecins ont avancé le fait que le caractère chronophage des explications lors de la justification d'une non-prescription d'antibiotique n'était pas rentabilisé par le prix de la consultation. Ils mettaient en avant que cet aspect financier pouvait jouer au détriment des explications et donc favoriser la prescription inappropriée. M1 : « (...) Ou on explique et là c'est long, c'est long. Pour 23 euros, c'est trop long ». M8 : « J'dirais ma collègue prescrit plus que moi et que l'autre docteur. Pi, elle a des consultations plus rapides aussi (...) ».

Du point de vue de certains patients, le paiement de la consultation conférerait un statut de médecine commerciale et la prescription d'antibiotique était perçue comme un dû. M2 : « et bien c'est un petit peu aussi du commerce (...), il faut quand même que les touristes, ils soient

contents quand ils sortent (...) ». M5 : « (...) *mais j'paye quand même (...)* ».

Certains informateurs refusaient d'orienter leur pratique ainsi. M13 : « (...) *et puis je veux ci et puis je veux ça... Le médecin supermarché moi j'aime pas ça quoi* ».

C. Art de communiquer : pilier de la relation et de l'orientation de la décision thérapeutique

Les consultations relevant du domaine infectiologique nécessitaient la mise en œuvre de capacités de communication de la part du médecin généraliste visant à déconstruire méthodiquement les idées préconçues du patient. Plusieurs moments clé rythmant la consultation pouvaient être individualisés.

1. Eviter une réaction d'opposition

Une demande illégitime du patient ne devait pas être considérée comme l'élément central de la consultation et constituée le motif d'un affrontement frontal avec le patient au risque de détériorer notablement la relation médecin-patient (rigidité du dialogue avec le patient). M5 : « *Une maman m'amène son fils (...) très clairement elle venait pour avoir des antibiotiques, elle en était sûre qu'il en fallait, elle avait annoncé ça en début de consultation ; et puis, euh... jeune et inexpérimenté, dès le début de la consultation, j'lui avais fait comprendre que les antibiotiques c'était moi qui choisissait et pas elle, e'fin voilà, j'avais probablement braqué un peu les choses... que j'avais focalisé l'attention sur l'absence... sur la non-prescription d'antibiotique et que c'était typiquement l'erreur à ne pas faire...* ». La répétition de ces situations cliniques pouvait générer un sentiment de mal-être et de frustration chez le médecin généraliste. M5 : « *Moi ça m'avait marqué cette idée de dire que j'avais ratée ma consultation parce que je l'avais centré sur une non-prescription, quoi, sur un refus de prescription d'antibiotique (...). Je me souviens m'être dit mais... 'comment je vais faire dans ma vie si à chaque fois que je vois un patient, faut que ça se termine en conflit pour ne pas avoir d'antibiotique'* ». L'aspect communicationnel était souvent mieux maîtrisé par le médecin généraliste au fur et à mesure des années d'exercice. M5 : « *Avant, avant, je partais avec une sorte de stress, de pré-stress (...) et en fait maintenant, je suis beaucoup plus serein par rapport à ça et en fait je rentre pas dans un conflit, je refuse de rentrer dans n'importe quel conflit, je laisse glisser cette demande en l'entendant mais euh ... sans y répondre brutalement* ».

Relativiser la demande du patient en utilisant un ton humoristique permettait de désamorcer

une situation clinique potentiellement conflictuelle. M12 : « *Nan je rigole, c'est ma méthode. Je rigole, je plaisante et après, j'explique. C'est-à-dire que j'essaie de dédramatiser la situation parce qu'apparemment, si ils sont agressifs, c'est qu'il y a un gros enjeu alors du coup ... 'on se détend 5 minutes' et après, j'explique pourquoi* ».

2. Elaborer un discours clair et intelligible pour le patient

L'argumentaire du médecin devait passer par l'utilisation de termes simples, adaptés à la compréhension du patient et éventuellement reformulés. M2 : « *J'essaie d'être claire, d'utiliser des termes simples (...) Il faut que tu répètes plusieurs fois les choses aussi* ». La mise en œuvre de ces outils communicationnels permettaient de faciliter l'adhésion du patient à la décision médicale. M12 : « *Après si on explique bien les choses de manière scientifique avec des bons arguments, qu'on discute, les gens ils adhèrent mieux parce qu'ils comprennent mieux et pi, ils ont confiance, parce qu'on n'a pas juste dit 'non' point. Voilà c'est ... c'est plus l'adhésion donc après c'est plus facile* ».

3. Réaliser un examen physique méticuleux et ritualisé

Afin de rassurer le patient, l'examen physique du patient devait être systématique, ritualisé voire théâtralisé. Les conclusions de l'examen de chaque organe devaient être énoncées au patient à voix haute, la synthèse diagnostique finale servant à justifier la non-prescription d'antibiotique. M2 : « *Pendant l'examen déjà je commence à dire 'ah et bien ça c'est normal, ça c'est normal', j'essaie d'enrober le truc et puis une fois que et bien on s'est rendu compte que tout était normal (...) j'essaie d'expliquer dans la situation dans laquelle il se trouve et bien... Le plus probable c'est qu'il n'en ait pas besoin* ». Il s'agissait de diriger le patient en sens opposé à la prescription d'antibiotique, en le submergeant d'autres explications, notamment sur les remèdes à utiliser contre chaque symptôme. M5 : « *(...) même parfois on peut l'oublier c'est à dire que si jamais on explique que pour le nez, il faut rincer le nez de telle façon, que pour la toux, il faut respecter la toux* ».

4. Affirmer son rôle d'expert médical

La synthèse diagnostique réalisée par le médecin généraliste devait être énoncée avec assurance, sans hésitation au risque de perdre la confiance du patient. M5 : « *Et y'a aussi le fait*

d'être suffisamment convaincu (...) pour que les patients euh ... adhèrent ». M10 : « *Si tu commences à hésiter à te dire si tu mets l'antibiotique ou pas, ils le sentent et là t'es finis quoi ».* La décision thérapeutique devait être annoncée avec fermeté par le médecin qui devait se positionner en véritable 'expert médical' face à la demande profane, cette attitude étant probablement plus facile à asseoir au fil des années d'exercice. M12 : « *Si on commence à travailler en disant 'Qu'est-ce qu'ils vont penser de moi ?' (...) je pense qu'il faut être un petit peu se détacher de ça parce que sinon on fait ce que demandent les gens. On n'est pas là pour répondre à leur demande, on est là pour les soigner. Ce qui correspond pas nécessairement à la même chose ».* M6 : « *Je discute et j'ai pas d'état d'âme, parce que j'ai... j'ai suffisamment d'années derrière moi pour pas m'embêter avec des choses comme ça ».*

Certains informateurs ont souligné l'importance d'expliquer et de justifier une prescription d'antibiotique afin d'essayer d'inciter un schéma de pensée et de compréhension sur le bon usage des antibiotiques chez le patient. Ces médecins ont souligné la vigilance à prendre qu'il y ait ou pas une prescription d'antibiotiques à l'issue de la consultation. M11 : « *(...) un antibiotique quand c'est bien ... bien ciblé, il le faut, ben je leur explique aussi pi je leur donne (...) Oui, pour moi c'est le même travail, il faut expliquer aux gens, e'fin il faut écouter les gens, les examiner puis ensuite l'expliquer. Ca prend du temps. Antibiotique ou pas ».* M13 : « *Un patient qui voulait des antibiotiques parce qu'il toussait je lui ai dit 'non' et 2 jours après il avait une pneumopathie il a été hospitalisé en urgences et bien dans ce cas-là, je l'ai rappelé pour lui expliquer et pour lui dire 'quand je vous ai vu il n'y avait pas nécessité, vous avez bien fait d'aller aux Urgences' ».* L'informateur a souhaité réexpliquer la situation et rassurer le patient afin qu'il n'y ait pas de connexion systématique 'toux = antibiotique'.

5. Persuader le patient de l'absence de pertinence de l'antibiotique

L'argumentaire du médecin pouvait être renforcé par des phrases 'types', préconstruites, véritables slogans visant à convaincre définitivement le patient. M10 : « *Moi j'essaie de trouver des phrases 'types' pour pas forcément mettre d'antibiotiques (...) C'est tout dans l'argument, les phrases 'types' ».*

Le médecin généraliste devait utiliser les doléances du patient (diminuer l'intensité et la durée des symptômes) et insister sur la survenue possible d'effets indésirables sous antibiothérapie afin de justifier sa position de non-prescription. M10 : « *Je leur dis 'Vous en avez pour 3 jours, avec antibiotiques ou pas'. Je leur dis : 'Vous préférez prendre l'antibiotique avec ?' et là ils répondent 'Ah ben non, si ça sert à rien'. (...) Non, mais tu leur dis 'là c'est viral', 'si vous*

prenez des antibiotiques ça n'ira pas plus vite, et au contraire ça va vous donner la diarrhée (terme plus familier)'... ».

La montée de l'antibiorésistance, argument théorique pourtant majeur, n'avait pas de pertinence pratique pour appuyer l'absence de prescription, soit parce que ce concept restait flou pour le médecin, soit parce qu'il était trop éloigné des attentes du patient, ce dernier faisant passer le potentiel bénéfice individuel de l'antibiotique avant les répercussions écologiques dans la communauté. M5 : *« (L'antibiorésistance) ça fait partie des arguments, de temps en temps, que j'utilise pour l'absence de prescription, je sens que ça ne convainc pas les patients, je crois savoir pourquoi, c'est parce que j'suis pas sûre d'être parfaitement convaincu moi-même (...) alors que pourtant quand je regarde concrètement les choses, il me semble que c'est l'essentiel ».* M13 : *« Ceux qui veulent vraiment des antibiotiques ils ont en rien à faire (terme plus familier) de l'antibiorésistance. Ils veulent leur traitement ».*

La prescription injustifiée d'un antibiotique au cours de pathologies probablement virales obligeait certains médecins à utiliser une note culpabilisante envers le patient, avec un espoir d'électrochoc pour un changement de raisonnement. M2 : *« De temps en temps on en voit qui font 'non' de la tête, tu dis bon ben... je vais pas y arriver et tu te dis que tu prescrites le truc... en lui expliquant que tu fais de la mauvaise médecine ».* M3 : *« Je leur dis 'je le prendrai pas pour moi, mais je vous le marque. Puisque vous insistez' Je leur dis 'faites comme vous voulez de toute façon, hein' ».*

La perception de l'adhésion du patient aux explications du médecin en fin de consultation était indispensable pour limiter les conduites de mauvaise observance et de prescription inappropriée. M2 : *« quand ils adhèrent pas tu vois bien que ça bug quoi, ça va pas marcher ta prise en charge parce qu'ils ont pas adhéré déjà, en sortant du cabinet ils étaient déjà pas d'accord avec toi ».*

D. Conclusions de la consultation

Une consultation à la problématique infectieuse pouvait se conclure de façon variable, de l'absence de prescription médicamenteuse à une prescription d'antibiotique parfois inappropriée ; la synthèse finale devait prendre en compte à la fois les données de l'examen clinique et les déterminants liés au patient et au médecin exposés ci-dessus.

1. Absence de prescription médicamenteuse et ordonnance de non-prescription

L'absence totale de prescription médicamenteuse à la fin d'une consultation relevant d'une problématique infectieuse relevait d'un véritable 'tour de force' pour le médecin généraliste. Plusieurs médecins exposaient leur 'complexe de l'ordonnance vide'. M2 : « *Personnellement, je vais avoir du mal à les faire repartir avec rien. Parce qu'on a toujours un peu ce complexe de l'ordonnance vide, j'arrive à le faire de temps en temps, je m'observe (rires). Je me dis 'là non rien, tu mets pas d'ordonnance !' Et c'est pas facile quand même* ». M5 : « *C'est un peu (...) la marche normale d'une consultation de terminer par une ordonnance (sourire) même si on aimerait bien que ce soit pas cette marche là* ».

Dans ces situations, l'absence d'ordonnance médicamenteuse pouvait être remplacée par une ordonnance de non-prescription résumant les principaux conseils donnés aux patients, ce qui permettait de clore la consultation sur une note active. M5 : « *J'utilise de façon pluri-quotidienne, ces documents... ces fiches parce que j'trouve que ça conclue bien la consultation* ». M10 : « *Et surtout, moi je me suis fait toutes mes ordonnances types avec 'humidifier, réévaluer à 48h, etc.'. J'explique aussi sur l'ordonnance ça. C'est important qu'il ait une trace écrite* ». Les ordonnances de non-prescription issues de revue médicale indépendante étaient perçues comme plus légitimes que celles mises en place par la CPAM en raison du potentiel conflit d'intérêt de ces dernières. M5 : « *J'me sers assez peu des fiches de la CPAM (...) que j'trouve un peu à double, double sens, c'est à dire que la CPAM elle a à la fois, je pense la bonne idée de dire que les antibiotiques c'est pas automatique etc mais comme elle a un intérêt financier à ça, euh... j'trouve que les patients ont l'droit de me dire que... ils ne sont pas certains que ce soit un bon conseil* ». Certains médecins mettaient cependant en doute l'intérêt de ces fiches : elles étaient perçues comme trop impersonnelles et elles dispensaient souvent des conseils de 'bon sens' déjà connus des patients. Elles ne pouvaient pas également se substituer à l'expression orale des conseils. M1 : « *Je crois que cela sert à rien ça. A part des gens très méticuleux, non (...). Le conseil 'mouchage, machin, etc.' ? Et bien j'explique, mais de toute façon la plupart des gens, ils savent. Mais les conseils, il n'y en a pas tant que ça... S'hydrater, se moucher et se laver les mains (rires). C'est vite dit hein !* ».

2. Attitude expectative : seconde consultation et examens paracliniques

Le fait de proposer au patient une seconde consultation à 48-72 heures en cas de persistance des symptômes permettait au médecin généraliste de freiner la prescription antibiotique sur une

consultation initiale. M10 : « *Souvent 'réévaluation à 48h', c'est ce qu'on met en général, c'est un peu notre 'garde-fou' pour éviter de mettre des antibiotiques à tout va pour le mec qui veut des antibiotiques* ». Cette seconde consultation était l'occasion de renforcer l'éducation en s'assurant d'une compréhension complète et satisfaisante du patient concernant son problème de santé en cours. M8 : « *Quand je suis sûre mais que je dois convaincre le patient, (...) c'est une deuxième consultation* ». La proposition d'une nouvelle consultation ne constituait cependant pas une alternative crédible lorsque les patients mettaient en avant un désir de guérison rapide pour des raisons professionnelles ou récréatives. M2 : « *Tu leur dis dans 3 jours vous revenez si vous avez encore de la fièvre et bien eux ils ne vont pas revenir, ils sont en vacances, ils n'ont pas envie. Et en plus, si ça se trouve, ils seront partis* ». M13 : « *Il y a des gens qui disent 'je veux être guéri demain, vous me donnez tout ce que vous voulez. Je vous vois une fois, point'* ». Elle pouvait par ailleurs être vue par certains patients comme un aveu d'échec médical d'un praticien peu sûr de lui. M13 : « *Et le fait de revenir voir le médecin en disant 'ça va pas mieux', il y a des gens qui, quand on leur a expliqué, comprennent que c'est un processus normal et il y en a d'autres qui estiment que c'est parce que le médecin a mal fait son travail*». M13 : « *Et je leur dis 'vous me rappelez, si jamais ça va pas mieux vous me rappeler et on revoit'. (...) il y a des gens qui disent 'oh là là s'il dit ça c'est qu'il est pas sûr de lui'* ». La prescription d'examen paracliniques était plutôt appréciée chez les patients en remplacement d'une antibiothérapie car ils avaient le sentiment d'être entendus et d'avoir été pris en considération. M2 : « *Parce qu'ils font un examen en fait. Ils sont pas là à rien faire, alors... Ils ont fait un examen et ils savent que tu attends leur coup de fil pour leur dire quoi faire, qu'ils sont pris en charge ...* ».

3. Traitement de substitution

La prescription d'un traitement symptomatique pouvait être la conclusion d'une consultation où le patient mettait en avant une demande de traitement efficace sans pour autant faire une demande explicite d'antibiothérapie. Ce véritable arrangement de prescription permettait aux deux acteurs de la consultation d'être globalement satisfaits du dénouement de la consultation : le médecin estimait avoir réussi sa consultation en ne prescrivant pas d'antibiotique et le patient repartait satisfait car il disposait de médicaments supposés soulager ses symptômes. M2 : « *Moi faut que je donne un traitement d'échange, je dis 'je mets pas d'antibiotiques mais bon je vais vous mettre ça, ça va quand même vous aidez'. Parce que s'ils partent avec rien, là je vais pas y arriver quoi c'est sûr* ». Les patients ayant déjà débuté une automédication au domicile ne

venaient pas en consultation pour bénéficier d'une seule expertise médicale diagnostique mais venaient chercher un traitement de substitution efficace. M8 : « *Et bien euh ... disons qu'ils viennent ; et si ils viennent c'est qu'ils ont déjà essayé autre chose sans médicaments, voilà (...). Donc s'ils sont là c'est que ... c'est que ça ne marche pas sans* ». La nature des traitements de substitution proposés était variable, avec un service médical rendu souvent critiquable. M8 : « *Moi je mets facilement des antiseptiques, voilà... Pi j'mets l'homéopathie, un peu de phyto, un peu de ci de ça pour tout ce qui est infectieux respiratoire quand on sait que c'est d'ordre viral* ». L'objectif du médecin était essentiellement de proposer au patient un traitement symptomatique considéré comme plus efficace que le traitement pris en automédication ou que celui proposé lors de consultations antérieures : modification de classe thérapeutique ou passage d'une voie d'administration locale à une voie systémique. Dans ce contexte, la corticothérapie orale était vue comme le traitement le plus efficace ('traitement de cheval'). M10 : « *Moi je préfère mettre du SOLUPRED que du RHINO-truc-machin, du PIVALONE ça sert à rien, enfin des trucs comme ça. Non mais voilà (...). Même si le SOLUPRED c'est pas la solution miracle, ça les aide quand même pas mal* ». Ce traitement était souvent accompagné d'une antibiothérapie prophylactique des surinfections bactériennes. M10 : « *Et puis tu te dis 'mince (mot plus familier), faut pas qu'il se surinfecte, je vais lui mettre une couverture antibiotique quoi' (...). J'aimerais bien avoir des études randomisées SOLUPRED + antibiotiques versus SOLUPRED seul concernant le risque de surinfection (rires). Non mais, c'est le problème de tous les médecins. Comme ça on mettrait de la cortisone à tout le monde* ».

4. Prescription différée d'antibiotique

La prescription différée d'antibiotique consistait à prescrire les antibiotiques sur l'ordonnance avec la consigne au patient de les prendre uniquement si les symptômes persistaient ou s'aggravaient. Elle était assez souvent utilisée dans les situations où s'associaient doute diagnostique et pression (implicite ou explicite) du patient (ou du représentant légal). Cette prescription différée permettait une réassurance du patient. M1 : « *Ils ont l'ordonnance au cas où, c'est rassurant* ». Cette prescription différée était surtout réalisée au cours des otalgies fébriles de l'enfant où la différence entre otite séromuqueuse et otite moyenne aiguë était parfois difficile à réaliser. M4 : « *Dans les otites chez les enfants (...) si les parents insistent pour avoir des antibiotiques : je leur dis 'écoutez on peut pt'être ... moi je suis plutôt contre, jdis on coupe la poire en deux, j'vous mets l'antibiotique mais vous attendez 48h ... si dans 48h ça va pas mieux si il a toujours de la fièvre s'il se plaint toujours autant de douleurs, à ce moment-là vous*

lui donnez l'antibiotique' ».

Cette prescription différée était considérée comme acceptable si les facteurs organisationnels rendaient impossibles une autre consultation à temps pour le patient (l'exemple de la veille d'un week-end) ; elle permettait alors de prendre en compte le risque évolutif. M5 : « *Ouais, dans l'otite par exemple, mais faut qu'on soit vendredi soir sinon je dis, vous reconsultez ; sinon je revois les patients* ». Cette prescription différée permettait probablement de limiter le mésusage antibiotique, une part non négligeable de ces prescriptions n'étant pas honorées en pharmacie. M4 : « *Des fois quand je les revois quelques mois après ou quelques semaines après, ils me disent qu'ils l'ont pas donné* ». Elle ne devait cependant être réservée qu'à une population de patients éduqués capables de respecter la nature différée de cette prescription. M11 : « *A des gens qui sont plutôt cortiqués et qui ne surabusent pas des médicaments, c'est certain ! Ceux qui ont tendance à manger... je sais très bien ceux qui veulent les antibiotics, je leur donne ça, ils vont le prendre tout de suite !* ».

Elle restait cependant une pratique contestée par certains médecins qui lui reprochaient de se substituer au rôle d'expertise médicale et aux responsabilités en termes d'éducation en santé du médecin généraliste. M6 : « *J'trouve que c'est un peu botté en touche pour pas ... pour pas avoir à discuter, en sachant qu'ils vont le faire (...) Y'a pas beaucoup d'indications pi c'est pas les patients qui savent, qui sauront différencier mieux que... tout seul, que y'a besoin 2 jours après, hein ! (...) C'est plus pour... pour couper la poire en deux. En pensant qu'il faut refuser mais sans arriver à refuser et ils vont le prendre, quasiment sûr qu'ils vont le prendre, sans attendre* ».

5. Prescription immédiate d'antibiotique

Une prescription immédiate d'antibiotique pouvait être réalisée pour rassurer le médecin et/ou satisfaire le patient.

Une prescription antibiotique à visée de réassurance médicale pouvait être réalisée en cas de doute diagnostique et lorsque les conditions matérielles de la consultation ne permettaient pas une réévaluation à temps du patient. M6 : « *Ils (les médecins en cabinet de garde) les voient ponctuellement, on pourrait dire qu'y a des facteurs qui ... qui poussent à faire ça, éventuellement à assurer. Mais euh... assurer c'est plutôt rassurer le médecin* ». Certains profils de patients (peu observant, peu cortiqué, procédurier) favorisaient probablement cette prescription précipitée d'antibiotique, la responsabilité du médecin étant mise en jeu. M1 : « *Le niveau de confiance dans les gens à reconsulte, à détecter les facteurs de risque. Si les gens,*

on sait qu'ils ne sont pas très fiables, on va probablement être plus prescripteur que quelqu'un qui saura rappeler, saura revenir ou ne dira pas « ah il m'a mal traité celui-là ! ». M1 : « On ne sait jamais, ça peut être médico-légal, il ne faut pas oublier ».

La prescription immédiate d'antibiotique pouvait viser à satisfaire le patient. La satisfaction de ces patients par rapport à leur médecin tenait alors plus à ses capacités d'accéder aux demandes formulées lors de la consultation plutôt qu'à ses compétences médicales. M3 : « *Je prescris mal mais ils sont contents de moi* ». Cette prescription pouvait aussi s'envisager lorsqu'il existait une rupture de confiance entre patient demandeur et médecin ; elle était alors vue comme un moyen de resouder le lien relationnel entre les deux parties et de favoriser l'observance du patient. M2 : « *Quand je vois qu'ils ne sont pas convaincus, c'est là que je cède car je vois bien que... Déjà ils vont pas faire ce que je leur ai dit de faire et du coup et bien ils ne vont pas guérir et du coup on n'y arrivera pas* ». M11 : « *Après se battre tout le temps dessus, aller dans le conflit euh ... et parfois perdre la confiance des patients c'est pas forcément évident. Donc je leur donne. C'est souvent des gens, effectivement fragiles et euh... si on les perd, eux, après, quand ils reviennent pour quelque chose de grave ... tsssss !!!! et ben on va galérer, on sort les rames* ».

Les résultats de l'étude sont résumés dans le **tableau 2 suivant**.

Déterminants relatifs au patient	Tableau clinique	Ages extrêmes	
		Comorbidités	
		Site de l'infection	
		Persistance des symptômes	
		Situations où doute	
	Représentation de la maladie à l'échelle individuelle	Intolérance à la maladie	
		Anxiété et hypochondrie	
		Expériences négatives	
	Représentation de la maladie à l'échelle sociétale	Culture	
		Impératifs personnels	
	Connaissances et éducation des patients	Qualité des connaissances	
		Vision de l'antibiotique	
		Evolution des mentalités	
Education de la patientèle			
Déterminants relatifs au médecin	Connaissances antibiorésistance et	Prise de conscience	
		Précision des connaissances	
		Clivage générationnel	
		Expériences personnelles	
		ROSP	
	Aides à la décision thérapeutique	Recommandations	
		TDR	
		Avis spécialisés	
		Examens paracliniques	
	Matérialité de la consultation	Caractère chronophage de la non-prescription	
		Planning des consultations	
		Temporalité de la consultation	
		Lieu d'exercice	
	Nouvelle consultation		
	Déterminants relatifs à la relation médecin/patient	Classe thérapeutique centrale dans la relation	
		Négociation autour de la prescription	Attentes du patient
Argumentation de la non-prescription			
Système de santé			
Art de communiquer		Eviter l'opposition	
		Discours intelligible	
		Examen physique précis	
		Rôle d'expert médical	
		Persuader de la non pertinence de l'antibiotique	
Conclusions de la consultation		Absence de prescription médicamenteuse	
		Attitude expectative	
		Traitement substitutif	
		Prescription différée	
		Prescription immédiate	

Discussion

A. Forces et limites de cette étude

La méthode qualitative est une méthode rigoureuse qui répond à des critères de qualité. L'écriture du protocole, la réalisation et l'analyse de cette étude s'est inspirée des éléments de la grille COREQ (18).

Le choix de réaliser des entretiens individuels semi-directifs plutôt que des *focus-group* s'est imposé car ils permettaient aux médecins généralistes d'aborder avec plus de sérénité le sujet délicat de la prescription d'antibiotique. Les entretiens n'ont été réalisés qu'à un seul chercheur pour une question de commodité de planning. D'un côté, l'expression du médecin informateur a pu être facilitée ; de l'autre côté, la présence des deux investigateurs aurait pu permettre le rebondissement sur certaines thématiques. En effet, lors de la relecture des entretiens, des relances auraient parfois permis un approfondissement ou une clarification des propos tenus par les informateurs. *A contrario*, certaines relances réalisées au cours notamment des premiers entretiens apparaissaient inductrices *a posteriori*. Les investigateurs ont par ailleurs dû mettre de côté les connaissances théoriques dont ils disposaient sur la problématique.

L'échantillonnage a été raisonné et diversifié concernant l'âge, le sexe, le lieu d'exercice (urbain, semi-rural, cabinet de montagne) et le type d'exercice. Les chiffres de prescription d'antibiotique présentée dans les ROSP (nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année) n'ont pu être utilisés comme critère de sélection des médecins car cette donnée n'était pas disponible pour les investigateurs. L'utilisation de la consommation par canton en termes de DDJ d'antibiotiques a permis cependant d'affiner la diversité du panel de médecins généralistes étudiés. Les pharmacies n'ont pas souhaité intervenir dans le recrutement des médecins par l'intermédiaire de la lecture de leur ordonnance car elles ont soulevé un souci déontologique envers leur confrère médecin. Le volume de consultation journalière et/ou la durée moyenne de consultation auraient pu être utilisés comme variable d'échantillonnage, dans la mesure où ces critères organisationnels étaient perçus comme des déterminants de la prescription inappropriée d'antibiotique.

La triangulation de l'analyse a permis d'optimiser la conformité des données et de limiter les biais d'interprétation pour se situer au plus près de la signification réelle des idées exprimées.

B. Principaux résultats et confrontation avec la littérature existante

Dans un contexte d'augmentation de la prévalence des résistances bactériennes en ambulatoire,

cette étude portant sur la nature des déterminants de la prescription d'antibiotiques en médecine générale a permis de compléter les conclusions des rares études françaises portant sur ce sujet (12) (13) (14). Trois grandes classes de déterminants ont ainsi pu être individualisées : les déterminants relatifs au patient, les déterminants relatifs au médecin et les déterminants liés à la relation médecin-patient.

1. Déterminants relatifs au patient

De nombreux médecins ont insisté sur le manque de connaissances scientifiques élémentaires de leur patientèle dans le domaine infectiologique, à la fois en ce qui concerne les aspects microbiologiques (différence virus/bactéries) et thérapeutiques (mode d'action des antibiotiques, concept d'antibiorésistance). Ce défaut de connaissance, souligné par d'autres auteurs (19) (20) (21) est associé à une persistance, chez certains patients, de croyances profanes concernant les antibiotiques qui seraient dotés d'un pouvoir d'efficacité, de rapidité, de puissance et de promesses de guérison. Un double rôle leur est attribué : traitement curateur (capable d'éradiquer l'infection, qu'elle qu'en soit l'étiologie) et traitement symptomatique (susceptible de diminuer l'intensité des symptômes et/ou de diminuer leur durée). Leur prescription par le médecin généraliste permet par ailleurs de légitimer le motif de consultation (22) (23). En raison de cette image de traitement quasi-magique, les antibiotiques font souvent l'objet d'une demande de prescription de la part du patient (21) (9). Même s'il apparaît difficile d'individualiser un profil de patient plus enclin à formuler une demande inappropriée de prescription d'antibiotiques, une scission générationnelle est souvent rapportée par les informateurs. Les anciennes générations, habituées pendant de nombreuses années à une prescription banalisée et courante d'antibiotiques s'opposent aux jeunes générations mieux sensibilisées à la problématique des résistances bactériennes et à la nécessité d'un bon usage antibiotique. Certains médecins généralistes considèrent par ailleurs ces populations âgées comme systématiquement 'à risque' en les catégorisant probablement trop facilement comme 'fragiles'. Certaines comorbidités étaient également considérées comme des facteurs de risque d'infections ou de surinfections bactériennes. Contrairement à ce qui est montré dans l'étude PAAIR I (12), la majorité de ces comorbidités restent compatibles avec les facteurs de risque habituellement admis dans le domaine infectiologique.

Ces situations (âges extrêmes et comorbidités) ont soulevé la nécessité d'arbres diagnostiques décisionnels chez les patients avec des pathologies chroniques dont l'exposition aux antibiotiques est sûrement trop fréquente.

Les pathologies de la sphère ORL sont apparues comme les situations les plus à risque de prescription antibiotique inappropriée. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce fait. Sur le plan clinique, il existe souvent au cours de ces pathologies un contraste entre la perception que les patients ont de leurs symptômes et la gravité objective de ces derniers. L'expression par les patients au cours de l'interrogatoire, de la nature gênante voire handicapante de leurs symptômes les incite fréquemment à faire la demande explicite ou implicite d'une prescription d'antibiotique. Le caractère 'inflammatoire' local (ex : purulence ou coloration verdâtre d'une rhinorrhée) ou systémique (forte fièvre) des signes cliniques est souvent au premier plan de la discussion, les patients (et parfois certains médecins) considérant à tort qu'il s'agit de signes formels évoquant une surinfection bactérienne (24). La difficulté est renforcée par le fait qu'il n'existe pas, en dehors du TDR pour les angines, de tests fiables et objectifs permettant d'affirmer le caractère viral de ces pathologies. Cette notion est plus généralement retrouvée dans les autres situations cliniques où il existe un doute diagnostique. Dans ces cas-là, l'examen clinique ne permet pas un diagnostic étiologique formel. La décision finale de prescription résulte alors d'une synthèse entre examen (objectif) et impression (subjective) cliniques, d'autres facteurs non biomédicaux pouvant également rentrer en ligne de compte (matérialité de la consultation, pression du patient, etc.). Les tableaux cliniques traînants avec persistance prolongée des symptômes constituent également des situations de prescription inappropriée d'antibiotiques, le risque théorique de surinfection bactérienne étant souvent mis en avant par les prescripteurs. Cette donnée rejoint les conclusions de Coenen S. et *al.* (25). Certains informateurs ont cependant noté que l'évolution physiologique des principales viroses ORL/respiratoires est mal connue des médecins et/ou insuffisamment expliquée aux patients. Les situations d'incertitude diagnostique sont inconfortables pour les médecins et restent à risque de prescription inappropriée, comme l'a mis en évidence Michael A. Borg (26). La demande d'antibiotique de la part des patients est parfois justifiée par des impératifs personnels d'ordre professionnel ou récréatif. Il existe alors souvent un enjeu économique à la clé. Cet argument, retrouvé par d'autres auteurs dans la littérature (12) a son fondement dans la fausse croyance que l'antibiotique est un 'accélérateur de guérison'. Lorsque ces impératifs n'ont plus cours, la demande du patient n'est plus présente, ce dernier acceptant de rester 'malade' quelques jours.

La représentation qu'ont les patients de leur maladie a également un rôle déterminant en matière de recours aux soins et de demande thérapeutique. Les personnalités anxieuses ou hypochondriaques sont ainsi présentées comme des patients consultant volontiers pour des motifs triviaux et souvent demandeurs d'antibiotiques au cours des consultations relevant d'un

motif infectiologique. Cette anxiété est parfois justifiée par le patient en faisant notion d'une expérience négative antérieure où la non-prescription antibiotique pour des motifs similaires aurait pérennisé le tableau clinique. Cette notion est retrouvée par d'autres auteurs (27) (28). L'anxiété est parfois transférée sur l'état de santé d'une personne à charge comme c'est le cas dans les consultations pédiatriques où les parents font une demande d'antibiotique pour leur enfant (9). Plus généralement, c'est l'intolérance à la maladie qui motive les patients à consulter pour des motifs triviaux et à faire la demande d'antibiotique pour des pathologies virales. Tout écart à cet état de bien-être physique complet doit être rapidement corrigé, le médecin traitant se devant de proposer un traitement efficace pour chaque symptôme allégué par le patient.

Les antibiotiques ont été perçus comme une classe thérapeutique 'à part' pour laquelle les patients explicitaient une demande de prescription. Le parallélisme pouvait se faire avec les psychotropes. Comment expliquer le lien entre les pathologies infectieuses, l'anxiété et l'insomnie ? L'expression des répercussions cliniques et leur tolérance par le patient pourraient faire partie des explications.

De manière intéressante, plusieurs informateurs ont fait notion de racines sociétales à la perception de la maladie. Ainsi, les populations méditerranéennes adeptes d'une logique de 'réparation instantanée' par le biais des médicaments ont été opposées aux populations nordiques ou hollandaises pour lesquelles une logique de 'restriction' basée essentiellement sur les mesures non médicamenteuses devait prévaloir. Cette notion était retrouvée par d'autres auteurs (14) (29).

2.Déterminants relatifs au médecin

Les informateurs interrogés ont considéré les antibiotiques comme une classe thérapeutique précieuse qui doit être préservée. Il existait un consensus pour affirmer qu'il existait une sur-prescription d'antibiotique en ambulatoire, certains médecins avouant qu'ils se considéraient eux-mêmes comme des 'gros prescripteurs'. Ce phénomène s'inscrit dans un contexte plus global de sur-prescription médicamenteuse en France (14). La volonté clairement affichée de certains généralistes d'améliorer (quantitativement et qualitativement) leur prescription antibiotique se heurtait au fait que cette prescription était la conclusion d'une démarche intellectuelle complexe prenant en compte plusieurs facteurs à la fois médicaux mais également non médicaux. Elle ne constituait donc pas qu'un acte médical purement rationnel car elle résultait d'un ensemble de contraintes ou de besoins des médecins et de leurs patients.

Sur le plan théorique, l'importance d'une prescription appropriée d'antibiotiques dans

l'évolution de l'antibiorésistance en ambulatoire était une donnée largement partagée au sein du panel d'informateurs interrogés. Parmi eux, les jeunes médecins y étaient particulièrement sensibilisés dans la mesure où l'enseignement facultaire a intégré cette montée des résistances (30). Ce concept d'antibiorésistance était cependant difficile à transposer en pratique clinique et n'entraînait qu'exceptionnellement en ligne de compte dans l'acte de prescription. L'antibiorésistance était essentiellement perçue au travers d'échecs cliniques dont le diagnostic était basé sur des données parfois subjectives de l'examen physique. Les seules preuves objectives, représentées par le retour des antibiogrammes (réalisés essentiellement au cours des infections urinaires), étaient rares. En conséquence, l'augmentation des résistances en ambulatoire n'était pas ressentie par la majorité des médecins généralistes interrogés comme une problématique importante dans leur pratique quotidienne. Ce point était en accord avec les publications d'autres auteurs sur ce sujet (31). Comparées aux résistances bactériennes hospitalières, les résistances bactériennes ambulatoires sont considérées comme moins fréquentes mais également moins problématiques, l'arsenal thérapeutique permettant dans la très grande majorité des cas de réaliser le traitement antibiotique en ambulatoire.

L'impact des conditions matérielles de consultation dans la décision de prescrire ou non un antibiotique est retrouvé dans la littérature (32) (33). Cette notion est réaffirmée par plusieurs informateurs interrogés, le planning de consultation étant parfois difficilement compatible avec l'explication chronophage délivrée à un patient demandeur en cas de non-prescription antibiotique. Dans ces cas, la prescription d'antibiotique pouvait être considérée comme une solution (inadaptée) pour couper court à la conversation et gagner du temps sur le planning de consultation. Cette démarche crée un cercle vicieux de médicalisation inappropriée de pathologies probablement virales et donc spontanément résolutive ; les patients demandeurs ont alors tendance, en présence de symptômes similaires, à consulter à nouveau dans l'espoir de se voir prescrire une antibiothérapie (34) (20). La prescription antibiotique était également favorisée en fin de semaine, en raison de la non-disponibilité des examens paracliniques et de l'impossibilité de revoir le patient à temps pour une éventuelle réévaluation clinique.

En accord avec d'autres auteurs (12), les consultations répétées du patient pour le même motif, constituaient un déterminant de la prescription d'antibiotique. Même si ces nouvelles consultations étaient motivées par une persistance de la symptomatologie, leur pertinence restait discutable pour certains informateurs, compte tenu du fait que l'évolution naturelle de la pathologie n'avait pas été explicitée au patient, celui-ci reconsultant alors trop prématurément. Chaque nouvelle consultation, pour qu'elle puisse se solder par une non-prescription d'antibiotiques, nécessitait, de la part du médecin, à la fois un renouvellement des explications

délivrées au patient mais également la proposition de nouvelles alternatives thérapeutiques. L'épuisement de l'argumentaire médical et le manque d'efficacité des traitements symptomatiques proposés par le médecin rendaient rapidement la prescription d'une antibiothérapie inéluctable. La guérison du patient sous antibiotiques pour une pathologie qui s'avère en réalité virale amplifie ainsi la croyance du patient dans le caractère efficace de l'antibiotique.

L'argumentaire de non-prescription du médecin se basait sur plusieurs outils. Les recommandations nationales émanant en particulier de la SPILF étaient souvent citées par les informateurs. Intégrées dans des logiciels d'aide à la prescription facilement utilisables en consultation, elles constituaient une aide de choix pour le médecin généraliste. Il en était de même des avis infectieux téléphoniques, en particulier lorsque ces derniers étaient rapidement disponibles ; dans ce cas, l'avis expert permettait de légitimer la position du médecin généraliste et de rassurer le patient. Les centres régionaux de conseil en antibiothérapie (MEDQUAL pour l'ouest (35) et ANTIBIOLOR pour l'est (36)) développés en réponse aux plans nationaux antibiotiques, poursuivent la sensibilisation des professionnels de santé sur des données de terrain. D'autres projets comme le projet GRIVE (Généralistes Référents en Infectio Vigilance Extrahospitalière (37)) dans la région Occitanie rejoignent ses perspectives.

La disponibilité de certains tests utilisables en consultation comme le TDR permettait de renforcer la décision médicale, leur nature objective permettant d'apporter un crédit diagnostique important auprès de la patientèle. Les généralistes interrogés accordaient une importance moindre aux examens paracliniques (biologiques, radiologiques) en raison de leur valeur non discriminante. Ces derniers étaient parfois prescrits à visée de réassurance du patient lorsqu'il existait une certitude de la nature virale de l'infection.

La nature de la prescription était parfois influencée par des données issues d'expériences négatives tirées de propre expérience professionnelle ou de celle de confrère. Il est probable, que l'expérience clinique faisant, les médecins généralistes les plus âgés soient plus souvent confrontés à cette problématique que les jeunes médecins (33) (22).

La ROSP n'avait pas ou peu d'effets sur les attitudes de prescription des généralistes interrogés ; il lui est reproché le fait de vouloir standardiser des pratiques médicales très disparates en termes de patientèle et de se baser sur des prérogatives plus économiques qu'écologiques. Les objectifs actuels de la ROSP peuvent apparaître peu restrictifs au vu du mésusage des antibiotiques et devraient être réévalués.

Il existe peu de données dans la littérature scientifique concernant l'évolution des pratiques de prescription d'antibiotique au cours de la carrière professionnelle des médecins généralistes.

Cette étude a permis de démontrer que la prescription d'antibiotique était basée initialement sur des prérequis hiérarchiques, les internes de médecine générale s'adaptant aux pratiques de prescription de leurs maîtres de stage en ambulatoire. Cette notion a également été rapportée en secteur hospitalier par Charani et *al.* (38). Au fur et à mesure de son avancée professionnelle, le médecin généraliste bénéficiait d'une autonomie décisionnelle croissante dans la prescription antibiotique. L'installation constituait probablement un 'tournant' dans la carrière professionnelle car elle présupposait l'éducation d'une nouvelle patientèle en matière de prescription d'antibiotique. Cette éducation était un exercice de longue haleine et nécessitait de déconstruire des modes de pensée profanes inadaptés dont l'existence était pérennisée par les pratiques médicales moins strictes du prédécesseur.

3. Déterminants relatifs à la relation médecin-patient

L'analyse des entretiens réalisés au cours de cette étude a permis de constater que les antibiotiques constituaient bien plus qu'une simple classe thérapeutique. L'antibiothérapie était perçue comme un élément central de la relation qui lie les patients à leur médecin. La réputation de ce dernier pouvait être en partie établie sur sa propension à plus ou moins prescrire les antibiotiques ; les médecins étaient ainsi catégorisés par les patients en 'petit' ou 'gros' prescripteurs. Ces modalités de prescription d'antibiotiques constituaient une des raisons pour lesquels les patients choisissaient ou quittaient un médecin.

Toute non-prescription d'antibiotiques dans un contexte de demande d'antibiotique formulée par le patient laissait présager une consultation souvent longue et difficile à mener. Cette pression du patient était mentionnée par l'ensemble des médecins interrogés et précipitait la majorité des prescriptions inappropriées d'antibiotiques. La pression du patient est largement documentée dans plusieurs études s'intéressant à la prescription d'antibiotiques en secteur ambulatoire (39). Souvent ressentie par le médecin généraliste dès le début de la consultation, cette pression pouvait être explicite ou implicite en fonction de l'expression de la demande du patient en termes de prescription d'antibiotique. Certains médecins généralistes interrogés ont évoqué l'intérêt de faire reformuler au patient ses attentes en termes de thérapeutique en cas de pression implicite. Cette dernière est souvent mal interprétée par le médecin généraliste qui la considère comme une demande à demi-mots de prescription d'antibiotique. Plusieurs études ont cependant démontré que cette pression implicite devait être perçue comme une demande du patient d'être écouté, rassuré et correctement traité, la demande d'antibiotiques n'entrant pas forcément en ligne de compte (40) (41). Ce qui déclenche la prescription d'antibiotique ne serait

donc pas tant l'attente du patient à l'égard d'un médicament mais plutôt la perception erronée que le médecin a de cette attente.

Le médecin devait mettre en œuvre, au cours de la consultation, un certain nombre d'habiletés communicationnelles visant à déconstruire le mode de pensée profane et à imposer son raisonnement scientifique. Le médecin s'imposait à suivre des étapes. L'interrogatoire devait, par l'intermédiaire d'un discours clair et intelligible, tenter d'explicitier les attentes du patient tout en évitant un 'affrontement verbal' au sujet de la prescription d'antibiotique. L'examen physique devait être ritualisé et les conclusions de l'examen des différents organes explicitées verbalement au patient. La synthèse clinique devait reprendre les données de l'interrogatoire et de l'examen physique et aboutir à une décision thérapeutique cohérente. L'effet des traitements proposés sur l'intensité et la durée des symptômes devait permettre de convaincre définitivement le patient. Les considérations théoriques concernant l'antibiorésistance n'avaient que peu de poids dans l'argumentaire du médecin. Plusieurs investigateurs ont insisté sur le fait que la construction de cet argumentaire relevait d'une pratique 'de terrain' qui s'améliorait au fur et à mesure des années d'exercice.

Les conclusions d'une consultation au cours de laquelle une demande inappropriée d'antibiotiques était formulée par le patient étaient variables. La prescription d'un traitement symptomatique d'échange était une solution perçue par la majorité des médecins comme à la fois scientifiquement acceptable et pratiquement réalisable. Elle posait cependant la question de l'utilité des traitements symptomatiques prescrits en termes de service médical rendu, notamment pour ce qui concerne la sphère ORL et respiratoire (antitussifs, expectorants, décongestionnants nasaux). La diminution des défenses immunitaires secondaire à la prescription de certains traitements symptomatiques radicaux (corticothérapie orale) obligeait parfois les médecins à la prescription d'une antibioprofylaxie de 'couverture'. L'absence de prescription médicamenteuse était considérée comme la solution la plus scientifiquement pertinente mais elle était difficile à mettre en pratique pour la majorité des médecins interrogés, en particulier ceux nouvellement installés. Ceci vient probablement de la demande du patient dont les attentes ne pouvaient être totalement comblées par une 'simple' ordonnance de non-prescription. L'attitude expectative (seconde consultation et prescription d'exams paracliniques) était considérée comme scientifiquement pertinente. Sa mise en place en pratique pouvait néanmoins être limitée par des facteurs organisationnels (consultation de fin de semaine) et la mise en avant d'impératif professionnel et récréatif par le patient (souhait d'une guérison rapide). La prescription différée d'antibiotique était parfois utilisée au sein d'un cadre clinique relativement strict : doute diagnostique, facteur organisationnel rendant impossible une

nouvelle consultation, fiabilité du patient ou de ses représentants légaux. Elle était le plus souvent prescrite au cours des otalgies fébriles de l'enfant (otite séromuqueuse cliniquement très symptomatique, doute entre otite séromuqueuse et otite moyenne aiguë). Ce cadre de prescription rejoint les conclusions de l'étude de Ghez et Marc (42). La pertinence clinique de cette prescription différée restait contestée par certains informateurs, qui lui reprochait d'être une manière pour le médecin de se décharger de sa responsabilité éthique à juste prescrire.

La prescription immédiate d'antibiotique était parfois considérée comme la seule solution thérapeutique envisageable dans des situations cliniques au cours desquelles le médecin était mis en difficulté : elle avait alors pour finalité de rassurer le médecin et/ou de satisfaire le patient. Comme l'ont montré Henriksen et al. (43), cette prescription entretenait chez les médecins un sentiment de malaise et d'inconfort lié au fait que leur action était en désaccord avec leurs connaissances médicales et thérapeutiques. Certains informateurs justifiaient parfois leur prescription immédiate d'antibiotique en mettant en avant le fait qu'elle permettait de renforcer (de manière inappropriée) l'observance du patient en resoudant le lien thérapeutique entre les deux acteurs. La pérennisation de ce type de prescription risque de favoriser un cercle vicieux de médicalisation inappropriée de pathologies probablement virales et donc spontanément résolutive : les patients demanderont à nouveau un antibiotique pour les mêmes symptômes (34) (21) (44). Ce risque est d'autant plus accru chez les médecins ayant une conception très libérale de leur activité (important volume de consultation journalier, durée courte de consultation) (32) (33).

L'évolution des connaissances de la population parallèle au phénomène dramatique du mésusage des antibiotiques dessine un caractère complexe à la relation au cours d'une consultation médicale. L'attitude du médecin face au patient va stimuler les affects du patient et ainsi orienter la décision thérapeutique vers une prescription ou non-prescription d'antibiotiques. Le rapport de l'académie nationale de médecine de 2004 avait mis en avant quatre profils de patients (impliqués, déférents, ignorés et critiqués) qui participaient à la conclusion finale de la consultation à problématique infectiologique (45).

L'étude menée ici met en évidence le poids inconditionnel de la communication dans la décision thérapeutique et l'ensemble des parades de non-prescription que les médecins utilisent pour la compréhension et l'adhésion du patient à la décision thérapeutique.

Les médecins informateurs ont soulevé le fait que la sensibilisation de la population devrait peut-être passer par une responsabilisation morale (le patient doit prendre conscience que les pathologies ne sont pas toutes placées à la même échelle), par une responsabilisation financière des thérapeutiques et par la communication de données objectives sur le mésusage des

antibiotiques qui résonneraient chez le patient.

**TITRE : Déterminants de la prescription des antibiotiques en médecine générale :
analyse qualitative dans la région du Centre Hospitalier Annecy Genevois.**

CONCLUSION

L'augmentation croissante des résistances bactériennes est directement liée au mésusage des antibiotiques, à la fois en termes de volume de prescription (dose définie journalière) et d'utilisation d'antibiotiques à large spectre. Malgré les différents programmes de sensibilisation à la maîtrise de l'antibiothérapie menés sur le plan national, la France se caractérise par un niveau important de prescription d'antibiotique surtout dans le secteur ambulatoire en médecine générale. Ces prescriptions sont inappropriées dans pratiquement la moitié des cas ; il existe paradoxalement peu d'études françaises ayant évalué les déterminants de la prescription d'antibiotique en médecine générale ambulatoire.

En utilisant une approche d'analyse qualitative, l'objectif de notre étude était d'évaluer les déterminants de la prescription des antibiotiques par l'intermédiaire d'entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes exerçant une activité ambulatoire dans la région du Centre Hospitalier Annecy Genevois. La saturation des données a été obtenue après treize entretiens.

Des déterminants relatifs aux patients, aux médecins généralistes et à la relation médecin/patient ont ainsi pu être individualisés. Au cours de chaque consultation relevant d'une problématique infectiologique, médecins et patients tiennent un jeu de rôle visant à l'acquisition d'un sentiment respectif de satisfaction : respect de sa pratique pour le médecin et réponse à une attente pour le patient. Certains facteurs liés au patient (plaintes fonctionnelles, connaissances, émotions et exigences) vont se lier ou se confronter aux connaissances théoriques et à l'examen clinique du médecin. Des traits plus matériels peuvent également intervenir. L'interaction de tous ces facteurs va orienter la note finale de la consultation, à savoir la prescription ou la non prescription de l'antibiotique.

L'alliance thérapeutique entre médecin et patient s'avère primordiale afin d'éviter tout écart de prescription précipitée par l'émotivité de chacun. Le patient doit retrouver confiance en son médecin, dans une société actuelle où l'exigence domine et où les individus sont de plus en plus revendicateurs. Les efforts de sensibilisation de la population doivent se poursuivre au travers de messages simples des autorités de santé à l'échelle nationale, relayés par une explication

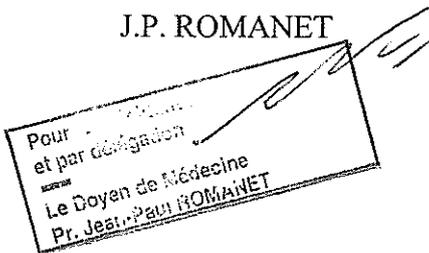
personnalisée du médecin généraliste à son patient. Les différents déterminants de la prescription d'antibiotique mis en évidence dans notre étude pourraient constituer des pistes de réflexion pour l'éducation des patients et la formation des médecins en matière d'antibiothérapie.

Prescrire une antibiothérapie est un acte plurifactoriel et optimiser sa prescription sera exigeant en termes de propositions afin de maîtriser un problème de santé publique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 26/06/17

LE DOYEN
J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE
PROFESSEUR Patrick IMBERT

Annexe 1

Guide d'entretien

Le guide d'entretien ne constituait qu'un simple support pour relancer éventuellement l'entretien avec les médecins informateurs et n'était pas utilisé comme un véritable questionnaire. Le guide d'entretien a évolué au cours de l'étude à travers des reformulations de questions, l'ajout de nouvelles thématiques ou le retrait de thématiques jugées non pertinentes.

L'investigateur était susceptible de rebondir sur des points intéressants dévoilés par l'informateur au cours de l'entretien, ce qui faisait émerger de nouvelles thématiques.

1. Comment percevez-vous la prescription des antibiotiques dans votre pratique quotidienne ?
2. Dans les situations de doute diagnostique entre origine virale et bactérienne, quels sont les éléments qui vous feront tendre à la prescription d'un antibiotique ?
3. Quels sont les arguments que vous mettez en avant lors de situations de non-prescription d'antibiotiques ? Adoptez-vous la même attitude devant un patient demandeur ou non demandeur d'antibiotiques dans ces situations ?
4. Comment décrivez-vous les patients demandeurs d'antibiotique à chaque consultation ?
5. Ressentez-vous un retentissement des contraintes organisationnelles sur vos prescriptions ?
6. Etes-vous satisfait (e) des recommandations proposées sur l'antibiothérapie ?
7. Pensez-vous que l'incitation financière au bon usage des antibiotiques, stipulée dans la ROSP peut être un moyen pour diminuer le mésusage des antibiotiques ?
8. Comment percevez l'antibiorésistance et est-elle illustrée pour les patients ?

Références bibliographiques

1. ARLET Guillaume. Panorama épidémiologique des résistances aux antibiotiques en France et dans le monde = Epidemiological overview of antibiotic resistance in France and worldwide. Rev Prat. 2012; vol.62(7) : 962-7.
2. Adriaan Blommaert, Samuel Coenen, Birgit Gielen, Herman Goossens, Niel Hens, Philippe Beutels. Patient and prescriber determinants for the choice between amoxicillin and broader-spectrum antibiotics: a nationwide prescription-level analysis. J Antimicrob Chemother. 2013;(68 (10)) :2383-92.
3. Elifsu Sabuncu, Julie David, Claire Bernède-Bauduin, Sophie Pépin, Michel Leroy, Pierre-Yves Boëlle, et al. Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002–2007. 2 juin 2009.
4. L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000-2015, ANSM janvier 2017.
5. Consumption of Antibacterials For Systemic Use (ATC group J01) in the community (primary care sector) in Europe, reporting year 2015, European Centre For Disease Prevention and Control.
6. B Schlemmer. Are antibiotics still “automatic” in France? Bull World Health Organ. 2011 ;89:8–9.
7. Niels Adriaenssens, Samuel Coenen, Ann Versporten, Arno Muller, Girma Minalu, Christel Faes, et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe (1997–2009). J Antimicrob Chemother. 2011;66 (suppl_6): vi3-vi12.
8. Reginald Descheppera, Robert H Vander Sticheleb, Flora M Haaijer-Ruskamp. Cross-cultural differences in lay attitudes and utilisation of antibiotics in a Belgian and a Dutch city. nov 2002;161–169.
9. Petursson P. GP's reasons for « non-pharmacological » prescribing of antibiotics. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2005 ; 23 : 120-5.
10. Ingunn Björnsdottir, Ebba Holme Hansen. Intentions, strategies and uncertainty inherent in antibiotic prescribing. European Journal of General Practice. 2002;18-24.
11. Milan Čížman. The use and resistance to antibiotics in the community. International Journal of Antimicrobial Agents. avr 2003;297–307.
12. Claude Attali, Chantal Amade-Escot, Véronique Ghadi, Jean-Marie Cohen, Denis Pouchain, Dominique Huas et al. Infections respiratoires présumées virales Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. Rev Prat Médecine Générale. 2003 ; 17(601)

:155-60.

13. H. Faure, S. Mahya, A. Soudryc, M. Duonga, P. Chavaneta, L. Piroth. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. sept 2009;714–721.
14. Sophia Rosman. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays Bas. In 2009. p. 117-31.
15. P Paillé, A Mucchielli. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin ; 2012.
16. A Blanchet, A Gotman. L'entretien : L'enquête et ses méthodes. Armand Colin ; 2010.
17. Lejeune Christophe. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. 2014. (Méthodes en sciences humaines).
18. Allison Tong, Peter Sainsbury, Jonathan Craig. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007 ;349-57.
19. Brookes-Howell L, Elwyn G, Hood K, Wood F et al. « The body gets used to them' »: patients' interpretations of antibiotic resistance and the implications for containment strategies. Journal of General Internal Medicine 2011; 27(7): 766-72.
20. Trebaol E. , Haxaire C., Bail P. « Conceptions profanes de l'usage des antibiotiques et réception de la campagne de santé publique « les antibiotiques, c'est pas automatique ». Sociologie et Santé, 2011 ; 33, pp.127-148.
Conceptions profanes de l'usage des antibiotiques et réception de la campagne de santé publique « les antibiotiques, c'est pas automatique »
21. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not : a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. British Journal of General Practice 2007 ; 57: 971-8.
22. The McDonnell Norms Group. Antibiotic overuse : the influence of social norms. Journal of the American College of Surgeon 2008 ; 265-75.
23. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throat. British Medical Journal 1998 ; 317 : 637-42.
24. Annemiek E. Akkerman, Marijke M.Kuyvenhoven, Johannes C. van der Wouden, Theo J. M. Verheij. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. J Antimicrob Chemother 2005;56 (5): 930-936.
25. Coenen S, Michiels B, Van Royen P, Van der Auwera JC et al. Antibiotics for coughing in

general practice : a questionnaire study to quantify and condense the reasons for prescribing. *BMC Family Practice* 2002 ; 3 : 16.

26. Michael A. Borg. National cultural dimensions as drivers of inappropriate ambulatory care consumption of antibiotics in Europe and their relevance to awareness campaigns. *J Antimicrob Chemother* 2011.

27. John S. Hong, MD, MS, John T. Philbrick, MD, John B. Schorling, MD, MPH. Treatment of Upper Respiratory Infections: Do Patients Really Want Antibiotics? *Am J Med.* Novembre 1999; 107:511-515.

28. Ralph Gonzales, MD, MSPH, Kitty Corbett, PhD, MPH. The Culture of Antibiotics. *Am J Med.* 1999;107:525–526.

29. Deschepper R, Vander Stichele RH, Haaijer-Ruskamp FM. Cross-cultural differences in lay attitudes and utilisation of antibiotics in a Belgian and a Dutch city. *Patient Education and Counseling* 2002; 48: 161-9.

30. Simpson SA, Wood F, Butler CC. General practitioners' perceptions of antimicrobial resistance: a qualitative study. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2007; 59: 292-6.

31. Pulcini C, Naqvi A, Gardella F, Dellamonica P et al. Résistance bactérienne et prescription antibiotique : perceptions, attitudes et connaissances d'un échantillon de médecins généralistes. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2010; 40: 703-9.

32. Björnsdottir I, Hansen EH. Intentions, strategies and uncertainty inherent in antibiotic prescribing. *European Journal of General Practice* 2002; 8: 18-24.

33. Kumar S, Little P, Britten N. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. *British Medical Journal* 2003; 326 (7381): 138.

34. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K et al. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *British Medical Journal* 2004; DOI :10.1136/bmj.38013.6440867C.

35. <http://www.medqual.fr/>, dernière consultation le 19/06/2017.

36. <http://www.antibiolor.org/>, dernière consultation le 19/06/2017.

37. https://www.cpias-nouvelleaquitaine.fr/wpcontent/uploads/2015/12/12_05_2016_Grive.pdf. dernière consultation le 19/06/2017.

38. Charani E, Castro-Sanchez E, Sevdalis N, Kyratsis Y et al. Understanding the determinants of antimicrobial prescribing within hospitals: the role of « prescribing etiquette ». *Clinical Infectious Disease* 2013; 57: 188-96.

39. Cole A. GPs feel pressurised to prescribe unnecessary antibiotics, survey finds. *British*

Medical Journal 2014; 349: g5238.

40. Coenen S, Michiels B, Renard D, Deneken J et al. Antibiotic prescribing for acute cough: the effect of perceived patient demand. *British Journal of General Practice* 2006; 56 : 183-90.

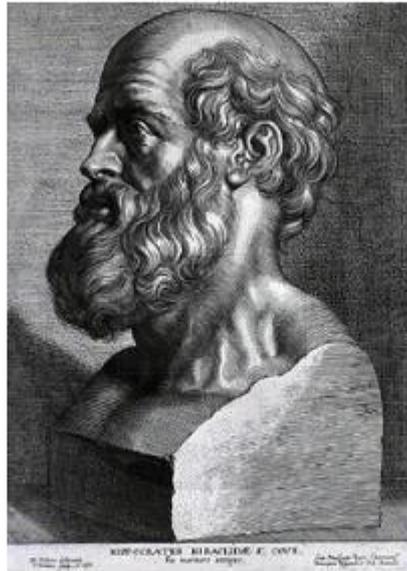
41. Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S et al. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2007; 60 : 638-44.

42. Adela GHEZ et Julien Marc. Analyse qualitative de la prescription différée d'antibiotiques par des médecins généralistes : Étude dans les infections respiratoires hautes et basses (en dehors de la pneumopathie) de l'enfant de plus de deux ans et de l'adulte sain. 2013. Thèse.

43. Henriksen K, Hansen EH. The threatened self: general practitioners' self-perception in relation to prescribing medicine. *Social science & medicine*, 2004. 59, Issue 1: 47-55.

44. Davey P, Pagliari C, Hayes A. The patient's role in the spread and control of bacterial resistance to antibiotics. *Clinical Microbiology and Infection* 2002; 8 (Suppl. 2) : 43-68.

45. Professeur Jean CAMBIER. *Bulletin de l'académie nationale de médecine* 2004 ; Tome 188 ; No 8 : 1257-1269.



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 donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais 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.