



HAL
open science

Évolution des représentations sur les antibiotiques après remise d'une fiche d'information de la sécurité sociale en consultation générale en Picardie

Anne-Charlotte Thulliez

► To cite this version:

Anne-Charlotte Thulliez. Évolution des représentations sur les antibiotiques après remise d'une fiche d'information de la sécurité sociale en consultation générale en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-02086865>

HAL Id: dumas-02086865

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02086865v1>

Submitted on 1 Apr 2019

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.



HAL Authorization

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

ANNÉE 2018

N°2018- 101

**Evolution des représentations sur les antibiotiques après
remise d'une fiche d'information de la sécurité sociale en
consultation de médecine générale en Picardie.**

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Médecine Générale**

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2018

Par

Madame THULLIEZ Anne-Charlotte

Président de Jury : **Monsieur le Professeur SCHMIT Jean-Luc**

Juges : **Monsieur le Professeur DESABLENS Bernard**
Madame le Professeur CASTELAIN Sandrine
Monsieur le Professeur DERVAUX Alain

Le directeur de thèse : **Monsieur le Docteur ARIZA Matthieu**

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider le jury pour la soutenance de ma thèse,

Soyez assuré de l'expression de mon profond respect

Et de ma sincère reconnaissance.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des universités – Praticien hospitalier

(Hématologie – Transfusion)

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse,

Après avoir été l'un de mes professeurs à la faculté.

Soyez assuré de mes remerciements

Et de ma profonde reconnaissance.

A mon juge,

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)

Laboratoire de Bactériologie et Virologie

Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Psychiatrie Adultes)

*Vous avez accepté de juger ce travail.
Très sensible à cet honneur, je vous témoigne toute ma reconnaissance.*

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Matthieu ARIZA

Chef de clinique des universités

(Médecine générale)

*Merci de m'avoir guidé tout au long de cette thèse,
De m'avoir apporté toute la disponibilité,
Les connaissances et le soutien dont j'avais besoin.*

A mes parents, pour m'avoir appris à travailler, pour votre soutien sans faille et pour tout l'amour que vous m'avez donné. Je vous aime.

A mes frères, Nicolas et Mathieu, pour votre humour, votre bienveillance, votre soutien et tous ces bons moments ensemble. Ne changez pas.

A mes belles-sœurs, Anne-Sophie et Marion, pour votre présence, votre soutien et pour tous les bons moments ensemble.

A mes neveux et nièces, Lili, Gabin, Louis, Léa, Lise et Charles. Mes petits rayons de soleil. A votre joie de vivre, qui fait vite oublier les petits tracas de la vie. Je vous adore.

A mes grands-mères, pour tous ces excellents souvenirs passés en votre compagnie.

A mes grands-pères, que je n'ai pas eu la chance de connaître.

A mes cousins et cousines, à mes oncles et tantes, que la vie, bon gré mal gré, sépare mais à laquelle, il reste accroché des souvenirs.

A Coralie, Laura, Hélène et Aurore, pour votre amitié précieuse, votre soutien, pour tous ces bons moments passés ensemble et pour tous ceux qui suivront !

Au Docteur In, pour avoir accepté de m'aider à recruter les patients et pour votre amitié.

A mes Chefs de gériatrie : Guillaume et Olivier ; à mes maîtres de stage : le Dr Desmet, le Dr Fricoteaux, le Dr Bilbault ; à mes chefs de médecine polyvalente : le Dr Yemmi, le Dr Amirat, le Dr El Achkar. Merci pour m'avoir appris votre savoir-faire et votre savoir-être.

A mes co-internes : Charlotte, Mouna, Mickaël, Simon, Gaëtan, Alexandra, Agathe, Elisa, Pauline, Anne-Lise, Jean-Charles, Valérian, David, Anaïs... .

Aux patients, qui ont accepté de me consacrer un peu de leur temps pour réaliser les entretiens et à ceux rencontrés lors de mes différents stages pour lesquels je garde une pensée.

A tous ceux qui m'ont donné la main pour avancer.

« Et puis il y a ceux que l'on croise, que l'on connaît à peine, qui vous disent un mot, une phrase, vous accordent une minute, une demi-heure et changent le cours de votre vie. »

Victor Hugo

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS : Agence Régionale de la Santé
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
CISS : Collectif Inter-associatif Sur la Santé
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DGS : Direction Générale de la Santé
D : Domicile
ECDC : European Center for Disease Prevention and Control
EFSA : Autorité Européenne de Sécurité des Aliments
ERERC : Espace de Réflexion Ethique Région Centre
F : Féminin
M : Masculin
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAAIR : Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires
PIB : Produit Intérieur Brut
RCGP : Royal College of General Practitioners
SFMG : Société Française de Médecine Générale
T : Téléphone
UE : Union Européenne

TABLE DES MATIÈRES

<u>I.</u>	<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>18</u>
<u>II.</u>	<u>MATERIEL ET METHODE</u>	<u>22</u>
A.	La recherche bibliographique	22
B.	Le type d'étude	22
C.	Le recrutement de l'échantillon.....	22
D.	Le guide d'entretien.....	23
E.	Le recueil des données	24
F.	L'analyse des entretiens	25
G.	Les critères de scientificité	25
H.	Le Comité de Protection des Personnes	26
<u>III.</u>	<u>RESULTATS</u>	<u>26</u>
A.	Caractéristiques de la population interrogée	26
B.	Résultats de l'analyse qualitative des données des entretiens semi-dirigés	28
1.	Les antibiotiques du point de vue du patient	28
a)	Les représentations sur les antibiotiques.....	28
(1)	Une image positive	28
(2)	Une image négative	30
b)	L'impact des campagnes publicitaires	32
c)	Les indications aux antibiotiques.....	33
2.	Le patient	35
a)	La maladie.....	35
(1)	Son évolution.....	35
(2)	Son vécu	36
(3)	Ses répercussions sur le quotidien	37
b)	Ses connaissances	38
(1)	L'antibiorésistance.....	38
(2)	Les bactéries	39
(3)	Les virus	40
3.	La fiche de non-prescription du point de vue du patient	41
a)	Implication et responsabilisation du patient face à sa santé.....	41
b)	Ses points négatifs.....	41
c)	Ses points positifs	42

4.	La non-prescription.....	45
a)	Les attentes du patient.....	45
b)	Les explications du médecin concomitantes à la remise de la fiche.....	46
c)	Le rôle du médecin.....	46
d)	Un cheminement entre croyance et réalité.....	47
e)	Les facteurs gênants de la non-prescription.....	48
f)	Une source de conflit médecin-patient.....	49
g)	Une mauvaise compréhension de l'objectif de la fiche.....	49
5.	L'avis du patient pour améliorer l'information des patients sur les antibiotiques	50
a)	Par des actions directes auprès des acteurs de la consommation d'antibiotiques..	50
b)	Par l'éducation et la communication.....	51
c)	Par support papier	51
d)	Par la télévision et la radio.....	52
IV.	<u>DISCUSSION.....</u>	53
A.	Le travail de thèse réalisé	53
1.	Les Forces.....	53
2.	Les limites et les biais.....	53
a)	Le recrutement	53
b)	Les entretiens	55
c)	L'analyse des résultats	55
B.	Discussion des principaux résultats et comparaison avec la littérature.....	55
1.	Fiche d'information : moyen de mettre le patient en conflit avec ses propres représentations	55
2.	Fiche : peu d'apports de connaissances sur l'antibiorésistance et risques d'amalgames	57
3.	Fiche : appréciée pour son descriptif réaliste des maladies.....	59
C.	Analyse des actions et perspectives soumises par les patients	60
D.	Impact de la fiche sur les prescriptions d'antibiotiques.....	62
V.	<u>CONCLUSION.....</u>	64
VI.	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	66
VII.	<u>ANNEXES.....</u>	73
	Annexe 1 : La fiche d'information de la sécurité sociale	73
	Annexe 2 : Les entretiens de P1 à P17 (fournis sur le CD-ROM joint à la thèse)	73

I. INTRODUCTION

Les antibiotiques, de la panacée au cauchemar.

Les antibiotiques découverts au début du XXe siècle, ont créé une véritable révolution thérapeutique, en faisant diminuer de façon considérable la mortalité par maladies infectieuses (1).

L'utilisation massive et inappropriée des antibiotiques à la fin du XXème siècle a fait apparaître au contraire des phénomènes de résistance par la capacité des bactéries à s'adapter et à s'accroître en présence d'antibiotiques (2). Cette résistance aux antibiotiques progressait et il n'y avait guère de perspectives de mise au point de nouvelles classes d'antibiotiques à court terme (3).

Dans les années 2010, l'antibiorésistance était devenue une menace pour la santé publique en Europe et dans le monde (4). On estimait que le développement de l'antibiorésistance serait à l'origine du décès de plus de 300 millions de personnes d'ici 2050 (5).

Ce phénomène avait également un coût : une étude du Groupe de la Banque Mondiale publiée en septembre 2016, a estimé que les infections résistantes aux traitements antimicrobiens pourraient entraîner des dommages économiques d'une ampleur au moins comparable à ceux provoqués par la crise financière de 2008 (6). En effet, cette étude envisageait dans le pire des cas, à l'horizon 2050, une chute de plus de 5 % du Produit Intérieur Brut (PIB) dans les pays à faible revenu et une précipitation de près de 28 millions de personnes dans la pauvreté, principalement dans les pays en développement (6). A la différence, qu'il n'y aurait pas de possibilité de reprise cyclique à moyen terme en raison de la persistance de cet impact sur l'économie.

Devant cette menace grandissante, de nombreux plans de lutte ont été mis en place à l'échelle nationale et internationale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2014, le tout premier rapport de la résistance aux antimicrobiens à l'échelle mondiale (7). Ce rapport faisait l'état d'une situation préoccupante comme le soulignaient les propos tenus par le Dr Keiji Fukuda, Sous-Directeur général de l'OMS pour la sécurité sanitaire : « *À moins que les nombreux acteurs concernés agissent d'urgence, de manière coordonnée, le monde s'achemine vers une ère post-antibiotiques, où des infections courantes et des blessures mineures qui ont été soignées depuis des décennies pourraient à nouveau tuer* » (8). De cette sonnette d'alarme, a découlé un plan d'action mondial publié en 2016 et basé sur cinq objectifs dont le but principal

était d'assurer le traitement et la prévention des maladies infectieuses à l'aide de médicaments sûrs et efficaces, dont la qualité était garantie (9).

Au niveau Européen, les infections causées par des bactéries résistantes aux antimicrobiens entraînaient environ 25 000 décès chaque année dans l'UE (10). Le commissaire européen chargé de la santé et de la sécurité alimentaire, Vytenis Andriukaitis, avait déclaré: « *La résistance aux antimicrobiens est une menace alarmante qui met en danger la santé humaine et animale. Nous avons déployé des efforts considérables pour enrayer son essor, mais cela ne suffit pas. Nous devons être plus rapides, plus forts et agir sur plusieurs fronts* » (11). L'ECDC (European Center for Disease Prevention and Control) dans son rapport de Février 2017, avait souligné la menace sérieuse que la résistance aux antibiotiques représentait pour la santé publique et avait proposé, en conséquence, des lignes directrices de l'UE sur l'utilisation prudente des antimicrobiens en médecine humaine (12).

Problématisation

En France, depuis une dizaine d'années, la prescription d'antibiotiques s'inscrivait à la hausse et particulièrement en médecine de ville où plus de 90% des antibiotiques y étaient consommés. La France en 2015 se classait au 4^e rang des pays européens les plus consommateurs d'antibiotiques en médecine de ville (13).

Les Hauts de France en 2016, restaient la région où la prescription d'antibiotiques chez les 16 à 65 ans sans affection de longue durée était la plus forte avec 45,7 prescriptions pour 100 habitants (pour une moyenne nationale de 38,6 prescriptions pour 100 habitants).

Il existait une importante discordance entre les recommandations élaborées en fonction du niveau de preuve scientifique et les pratiques des médecins généralistes en France. Les infections respiratoires présumées d'origine virale (rhinopharyngites aiguës, trachéites, bronchites aiguës, gripes) ne nécessitent pas de prescription d'antibiotiques en première intention (14). Pourtant, les résultats de toutes les enquêtes réalisées en France ont confirmé que les antibiotiques étaient prescrits dans 40 % des rhino-pharyngites et dans 80 % des bronchites (15).

Le mauvais usage des antibiotiques pouvait s'expliquer en partie par la difficulté de la non-prescription d'une ordonnance (16). Deux thèses qualitatives menées auprès de médecins généralistes et de patients se sont intéressées à la problématique « *Pourquoi prescrire est-il si difficile ?* ». Il s'est avéré que la difficulté reposait sur la représentation du médecin généraliste et du patient à se passer d'ordonnance. Pour le patient, la prescription avait un pouvoir

symbolique fort (rituel de fin de consultation, reconnaissance du patient en tant que malade, accès à la guérison, preuve de la sollicitude du médecin, de son empathie, de sa compétence à trouver un traitement, à soigner...) (17). Pour le médecin, la prescription avait un aspect positif (objet transitionnel permettant de synthétiser, clore la consultation et de transférer le pouvoir de guérison, diminuer l'impression d'incertitude ou d'impuissance) et présentait aussi des difficultés (par la capacité à dire non, changer les habitudes, par le manque de temps, par la pression ressentie à agir et guérir vite) (18). La prescription s'inscrivait donc surtout dans une démarche de rassurance du médecin et du patient. Des études avaient pourtant montré que les médecins généralistes surestimaient le désir des patients de recevoir une ordonnance, alors que ceux-ci attendaient surtout d'être rassurés (19,20).

Pour dépasser ces représentations, certains médecins ont proposé d'investir « l'effet médecin », en considérant que le médecin lui-même, était un instrument thérapeutique à travers ses compétences et la relation médecin-malade (21). Dans le cadre de la non-prescription d'antibiotiques, il fallait par conséquent, favoriser l'autonomie du patient, à travers l'éducation à la santé, en l'informant notamment sur l'évolution naturelle de certaines maladies infectieuses, et sur la possibilité de traitements non médicamenteux. Le médecin pouvait ainsi, après avoir identifié les attentes du patient, apporter une réponse adaptée et parvenir à une décision médicale partagée (22).

Toutefois, les patients étaient de plus en plus soucieux de leur santé et certains comprenaient l'intérêt de réagir face à la menace grandissante de l'antibiorésistance comme le montrait l'Union nationale des associations agréées du système de santé quand elle concluait *“Jouons collectif ! Chacun de nous peut aider son médecin à prendre conscience de la gravité de la situation : la prescription d'antibiotiques est un acte médicalement lourd, tous les patients doivent maintenant en être convaincus pour contribuer à la juste prescription.”* (23)

Justification

Pour lutter contre le mauvais usage des antibiotiques, le Ministère chargé de la santé avait publié en 2011, son troisième plan national de maîtrise et de rationalisation des antibiotiques (24). De ce plan, était né le rapport « *Tous ensemble, sauvons les antibiotiques* », élaboré par un groupe spécial de travail, présidé par le Docteur Jean CARLET (président de l'Alliance Mondiale Contre la Résistance aux Antibiotiques).

Ce rapport ministériel recommandait l'utilisation par les prescripteurs d'un « pack communication ». Ainsi, en cas d'infection ne nécessitant pas d'antibiotique, il était recommandé que le médecin remette à son patient une « ordonnance de non-prescription ». Il

s'agissait d'une fiche d'information, présentée sous la forme d'un carnet d'ordonnances ou éditée sur un logiciel métier, sur laquelle étaient expliquées les raisons pour lesquelles le professionnel de santé ne prescrivait pas d'antibiotiques (25).

Ce modèle s'inspirait de celui élaboré aux Etats-Unis par le CDC (Centers for Disease Control and Prevention) dans le cadre du programme *Get Smart*, une campagne nationale visant à améliorer la prescription et l'utilisation des antibiotiques en milieu ambulatoire (26). Le Royaume-Uni a également mis à disposition des médecins généralistes ce type de fiche. Elle était accessible sur le site du RCGP (Royal College of General Practitioners) et disponible en plusieurs langues dont le français. (27)

La DGS française (Direction Générale de la Santé) et la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) ont rédigé ce document, disponible sur le site Améli.fr. Cette fiche reprend principalement les infections courantes de médecine générale, à savoir la rhinopharyngite, la grippe, l'angine virale, la bronchite aiguë et l'otite aiguë (28). Elle décrit les symptômes attendus dans ces pathologies et explique que les antibiotiques ne sont d'aucune aide. Le praticien coche la pathologie diagnostiquée en consultation et remet le document à son patient.

La création de l'ordonnance de « non-prescription » s'inscrit dans une démarche d'accompagnement, pour permettre de réduire cette pression exercée par le patient sur le médecin, qui remet bien une « ordonnance » et de responsabiliser le patient (25).

Une première étude quantitative a permis d'explorer l'impact de la fiche sur la quantité d'antibiotiques prescrits par un médecin. Cette étude, réalisée en parallèle à celle-ci, par Mme Rondeau, n'a pas montré de changement significatif sur la proportion d'ordonnances d'antibiotiques chez les médecins généralistes (29). Cependant, la fiche n'a pas montré un grand intérêt vis-à-vis des médecins généralistes. D'ailleurs, parmi les médecins inclus, certains ont même avoué ne pas s'être servis de la fiche.

Suite à ce résultat, il nous a paru intéressant par la réalisation de notre étude qualitative, d'évaluer son impact sur les représentations des patients concernant les affections virales et les antibiotiques. En effet, une telle étude qualitative favorable permettrait de convaincre les médecins de son intérêt et de la pertinence de son utilisation en termes d'éducation thérapeutique.

II. MATERIEL ET METHODE

A. La recherche bibliographique

Nous avons effectué notre recherche à partir de termes français tels que « antibiorésistance », « patient », « médecine générale », « non-prescription d'antibiotiques », « fiche d'information patient », « bon usage des antibiotiques » ou de termes anglais tels que « antibiotic resistance », « general practice ». Nous avons complété en faisant des recherches à partir des mêmes mots clés par le biais du moteur de recherche « google.fr ». Les autres sources utilisées ont été « Science Direct », « Cochrane », « Pubmed », « Prescrire », « Exercer ». Les bibliographies d'articles et de thèses en lien avec l'antibiorésistance et la non-prescription ont également été des sources d'information. Nous avons également consulté les sites d'institutions telles que l'OMS, l'ANSM, l'ECDC, le Ministère de la santé et l'ARS.

B. Le type d'étude

Pour répondre à l'objectif de notre étude, nous avons choisi la méthode qualitative. Le but de cette méthode est d'étudier les mécanismes d'actions, les schémas de pensées et les représentations de la personne interrogée. Elle nous a donc paru la plus appropriée pour comprendre et analyser comment la délivrance de l'ordonnance de non prescription pourrait amener le patient à modifier ses représentations sur l'utilisation des antibiotiques.

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés, basés sur une grille de questions qui n'était pas figée. Ce mode d'entretien nous a paru le plus adéquat pour permettre à la personne interrogée de s'exprimer librement grâce à des questions ouvertes. L'enquêteur avait la possibilité de poser des questions qui n'étaient pas prévues initialement si cela contribuait à enrichir le travail.

C. Le recrutement de l'échantillon

La population était constituée de patients vivants en Picardie et vus en consultation ou à domicile pour une maladie infectieuse de type rhinopharyngite, grippe, angine virale, bronchite aiguë ou otite aiguë, ne nécessitant pas d'antibiotique. Les médecins traitants qui remettaient l'ordonnance de non-prescription d'antibiotiques, avaient été recrutés en Picardie, par connaissance directe, mails ou rencontre et en fonction de leur localisation, pour plus de commodité, afin de faciliter la réalisation des entretiens. Les médecins avaient reçu pour

consigne de donner la fiche aux patients chez qui ils ressentait une réticence à ne pas prescrire d'antibiotiques, exprimée de vive voix par le patient ou ressenti par le médecin. Après remise de l'ordonnance de non-prescription, le médecin traitant demandait au patient si celui-ci voulait bien lui remettre ses coordonnées téléphoniques. En cas d'acceptation, le patient était rappelé par l'interne dans les 3 à 21 jours suivant la consultation. Après explication de la démarche, un rendez-vous était proposé au patient afin de réaliser l'entretien.

Les patients ayant une incapacité de comprendre le questionnaire et d'y répondre, en raison par exemple, d'une altération des fonctions cognitives (connue dans le dossier médical du médecin traitant ou par un MMS < 24/30) ou d'une pathologie psychiatrique lourde étaient exclus de l'étude.

Pour les patients âgés de moins de 16 ans, l'entretien était proposé aux parents. La limite d'âge de 16 ans a été choisi car les patients en-dessous de cette limite d'âge étaient considérés comme moins matures et potentiellement à l'origine d'une moins bonne qualité de réponses aux questions de l'entretien.

Au moins 15 interrogatoires anonymisés étaient prévus. Nous nous sommes arrêtés lorsque le phénomène de saturation théorique des données a pu être observé.

D. Le guide d'entretien

Il a été élaboré à partir de questions ouvertes, formulées en veillant à ne pas juger ou influencer les réponses de la personne interrogée. Un premier entretien exploratoire a été réalisé au préalable, afin de permettre à l'enquêteur de tester son aisance et de modifier le questionnaire lorsque les questions n'étaient pas assez claires ou pas assez ouvertes. Une double lecture avec le directeur de thèse pour les premiers entretiens était prévue. Au fur et à mesure des entretiens, nous avons prévus également d'apporter quelques modifications au guide si cela s'avérait nécessaire.

Les premières questions de l'entretien étaient fermées puisqu'elles reprenaient les données sociodémographiques des patients (âge, sexe, niveau d'étude, situation familiale, milieu de vie). Les questions suivantes étaient ouvertes afin de laisser le patient s'exprimer librement. Des relances étaient prévues en cas de difficulté du patient à répondre :

- La première question ouverte servait d'accroche en remémorant au patient les raisons l'ayant amené à consulter son médecin : « *Pourquoi consultez-vous votre médecin le jour où il vous a remis cette fiche d'information ?* ».

- La seconde cherchait à comprendre les attentes du patient en venant consulter son médecin traitant : « *Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de votre médecin traitant en termes de prise en charge ?* ». Relance prévue en cas de question mal comprise : « *Qu'est-ce que vous attendiez de lui ?* »
- La troisième, faisait appel à la compréhension et à la connaissance du patient : « *Qu'avez-vous appris de cette fiche ?* ». Des questions de relances étaient prédéterminées : « *Pour vous, quelle est la différence entre les virus et les bactéries ?* » ; « *Qu'est-ce qu'un virus ?* » ; « *Qu'est-ce qu'une bactérie ?* » ; « *La résistance aux antibiotiques, c'est quoi ?* ».
- La quatrième question visait à vérifier que le patient avait compris le but de la fiche : « *Selon vous, quel est le but de cette fiche ?* ».
- La cinquième question recherchait à savoir si le patient était satisfait de la remise de la fiche : « *Avez-vous apprécié le fait que votre médecin vous remette cette fiche ? Si oui, en quoi cette fiche a-t-elle été utile ? Si non, expliquez-moi pourquoi ?* »
- La sixième question, visait à connaître l'opinion du patient : « *Quel est suite à cette fiche, votre opinion sur les antibiotiques ?* »
- La septième question cherchait à connaître l'évolution de la maladie : « *Au final, comment s'est résolue la maladie ?* »
- La huitième et dernière question cherchait l'avis du patient pour améliorer leur apport d'information sur le sujet des antibiotiques : « *Selon vous, que devrions-nous faire pour améliorer l'information des patients sur les antibiotiques ?* »

E. Le recueil des données

Le premier contact avec le patient a été réalisé par un appel téléphonique où l'interne commençait par se présenter brièvement. Ensuite, elle expliquait au patient le souhait de s'entretenir avec lui, afin de lui poser des questions sur la fiche remise par le médecin traitant. Le second contact a eu lieu au moment des entretiens. L'interne a commencé par se présenter auprès de la personne interrogée et lui a exposée en quelques mots le principe de son étude. Elle demandait ensuite au patient de se présenter à son tour. Les entretiens ont été enregistrés avec accord du participant, puis retranscrits mot à mot, sans modification ni reformulation. Les pauses et les expressions non-verbales ont été notées entre parenthèses. Afin de garantir l'anonymat, les participants ont été identifiés par la lettre P suivi d'un chiffre. Un premier

entretien exploratoire a été réalisé au préalable, afin de permettre à l'enquêteur de tester son aisance et de modifier le questionnaire lorsque les questions n'étaient pas assez claires ou assez ouvertes. Une double lecture avec le directeur de thèse pour les premiers entretiens a été réalisée. Au fur et à mesure des entretiens, nous avons également apporté quelques modifications au guide.

F. L'analyse des entretiens

A la suite de chaque enregistrement, l'entretien était rapidement retranscrit sur Word®, afin de modifier, si nécessaire, le guide d'entretien.

Après plusieurs lectures, le contenu des entretiens a été codé à l'aide du logiciel N-VIVO® version 11. Cette opération consiste à découper le contenu des entretiens en unités d'analyse (mots, phrases, thèmes...) et à les intégrer au sein de catégories sélectionnées en fonction de l'objet de recherche. Les unités d'analyse choisies ont été les phrases et/ou paragraphes. Le logiciel permet en effet d'importer les documents, de définir des mots clés («nœuds»), puis d'affecter des phrases ou paragraphes des documents à un ou plusieurs de ces mots clés. Les nœuds sont ensuite analysés et mis en relation entre eux pour en ressortir les réponses à l'objectif de l'étude. (30,31)

G. Les critères de scientificité

Les critères de scientificité sont ceux de la recherche qualitative, qui diffèrent de ceux de la recherche quantitative du fait de la nature même de ce type d'étude.

L'analyse des entretiens comportait une triangulation des données par double lecture et double codage, par le thésard et son directeur de thèse.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données (la saturation des données correspondant au fait de ne pas retrouver de nouveaux codes après plusieurs entretiens). Cette saturation a été obtenue au bout du 17^e entretien.

L'hétérogénéité des sources a été recherchée dans cette étude afin d'en garantir sa validité.

H. Le Comité de Protection des Personnes

Cette recherche a été validée par le Comité de Protection des Personnes (CPP) de Saint-Germain-en-Laye, le 12 septembre 2017 et enregistrée sous le numéro d'ID-RCB : 2017-A01511-52.

Avant le début de l'entretien, chaque participant se voyait remettre une feuille d'information sur l'étude. Après en avoir pris connaissance, ils étaient invités à signer une feuille de consentement en guise d'approbation à la participation de l'étude. Les patients disposaient d'un mois de rétractation après réalisation de l'entretien.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population interrogée

Au total, 21 patients ont reçu la feuille. Il y a eu 17 entretiens analysés. 4 patients n'ont pas pu être inclus : 1 patient n'a jamais répondu au téléphone malgré plusieurs tentatives, à des heures et des jours différents ; 1 patient n'a pas souhaité réaliser l'entretien par manque de temps ; 2 patients ont souhaités que je les rappelle mais ils ne m'ont plus répondu par la suite.

L'échantillon est issu de deux patientèles de médecin dont l'un exerce dans l'Oise et l'autre dans la Somme. Il est composé de 9 femmes et de 8 hommes, avec une moyenne d'âge de 50 ans. Sur les 17 entretiens, 11 ont été réalisés au domicile des patients et 6 par téléphones. La durée moyenne des entretiens était d'environ 15 minutes. (cf. Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients interrogés)

Patients	Age	Sexe	Domicile (D) ou Téléphone (T)	Diagnostic du médecin	Durée des Entretiens	Niveau d'Etude	Profession	Situation Familiale	Milieu de Vie	Département
P1	57	M	D	Bronchite	14 : 03	Non Renseigné (NR)	Cadre Technique	Marié 4 enfants	Montataire (urbain)	60
P2	70	F	D	Bronchite	12 : 29	Brevet des collèges	Retraitée	Mariée 2 enfants	Montataire (urbain)	60
P3	61	M	T	Bronchite	13 : 52	NR	En invalidité	NR	Montataire (urbain)	60
P4	45	M	D	Rhinopharyngite	09 : 01	Bac +4	Directeur adjoint d'un collège	Marié 2 enfants	Doullens (urbain)	80
P5	34	M	D	Rhinopharyngite	06 :47	CAP	Confectionneur chez Dunlop	Pacsé 1 enfant	Authieule (rurale)	80
P6	60	F	T	Rhinopharyngite	09 : 40	Pas de niveau	Retraitée (ouvrière)	Mariée 2 enfants	Doullens (urbain)	60
P7	66	F	D	Bronchite	22 : 00	CAP	Retraitée (secrétaire)	Marié 1 enfant	Montataire (urbain)	60
P8	28	F	D	Rhinopharyngite	12 : 43	Bac	Mère au foyer	Mariée 3 enfants	Montataire (urbain)	60
P9	51	F	D	Rhinopharyngite	14 : 30	Bac	Auditrice Asile	Divorcée 1 enfant	Maysele (rurale)	60
P10	71	M	D	Rhinopharyngite	26 : 18	Bac	Retraité	Marié 1 enfant	Montataire (urbain)	60
P11	63	F	T	Angine	12 : 30	Bac	Retraitée	Marié 3 enfants	Montataire (urbain)	60
P12	31	M	T	Bronchite	09 : 54	BEP	NR	Pacsé 2 enfants	Montataire (urbain)	60
P13	40	F	T	Bronchite	14 : 56	BTS	CAP pâtisserie en cours	Pacsé	Montataire (urbain)	60
P14	39	M	D	Bronchite	19 : 46	Brevet des collèges	Pompier professionnel	Marié 5 enfants	Doullens (urbain)	80
P15	49	M	D	Grippe	24 : 38	CAP	Plaquiste	Marié 1 enfant	Longuevillette (rurale)	80
P16	38	F	D	Grippe	13 : 50	BEP service à la personne	Mère au foyer	Séparée 1 enfant	Bernaville (urbain)	80
P17	59	F	T	Bronchite	10 : 42	Niveau collège (3°)	En invalidité	Marié 3 enfants	Thiverny (rurale)	60

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients interrogés

B. Résultats de l'analyse qualitative des données des entretiens semi-dirigés

1. Les antibiotiques du point de vue du patient

a) Les représentations sur les antibiotiques

(1) Une image positive

Pour certains patients, les antibiotiques avaient une **image plutôt positive**, quoi que nuancé par une touche d'humour.

[P1, homme de 57 ans] « *J'ai dit non pas du tout puisque moi les antibiotiques, j'aime bien. [Rire] Fin, j'aime bien... j'aime bien discuter de ce sujet-là. »*

[P8, femme de 28 ans] « *Moi, j'aime bien l'antibiotique, ha ha ha ha ha... »*

Les antibiotiques étaient appréciés pour leurs **efficacités**. Ils étaient perçus comme un **remède miracle** possédant des propriétés magiques. Ils permettaient un retour rapide vers l'état de bonne santé.

[P3, homme de 61 ans] « *Bon, pour..., pour moi, c'est..., c'est un médicament qui est très très efficace à tout, pour moi. » ; « Ça restera toujours un bon remède »*

[P4, homme de 45 ans] « *Mais de temps en temps, on a besoin d'un remède de cheval » ; « c'est pour moi, un médicament très efficace » ; « Il faut une potion magique et puis le lendemain on a plus rien. »*

Cette notion de **rapidité de guérison** allouée aux antibiotiques était retrouvée chez la majorité des patients. Les patients étaient convaincus que les antibiotiques permettaient de faire disparaître leurs symptômes plus vite. Bien que la fiche reprenait à deux reprises la phrase « *Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérerez pas plus vite* », on ressentait de la part des patients une difficulté à accepter cet état de fait.

[P4, homme de 45 ans] « *Les antibiotiques, c'est quelque chose qui est plus rapide »*

[P7, femme de 66 ans] « *Ça été long à passer » ; « Mais euh... c'est plus long, hein ? »*

[P9, femme de 51 ans] « *Je pense qu'avec l'antibiotique, euh, ça aurait été beaucoup plus vite. » ; « J pense que j'aurais récupéré ma voix plus rapidement » ; « J pense que... les symptômes auraient disparu au bout de 48h puisqu'il faut..., qu'le..., le temps que l'antibiotique fasse..., fasse effet. »*

Dans cette idée de guérison rapide sous antibiotiques, les patients leurs conféraient une image positive par l'avantage qu'ils pensaient en tirer. En effet, certains patients pensaient qu'en prenant des antibiotiques, ils pourraient ainsi **continuer à travailler** et **éviter les arrêts de travail**.

[P4, homme de 45 ans] « *Parce que malheureusement le boulot continu et ... même si les cimetières sont remplis de gens indispensables, il y a des moments où on ne peut pas faire sans nous. Il faut qu'on y soit.* »

[P15, homme de 49 ans] « *Je lui ai dit « bé donnez-moi des antibiotiques euh... comme ça, ça sera plus vite fini quoi. Parce que bon, j'aime pas trop arrêter le boulot non plus quoi.* »

Certains patients pensaient également que **l'efficacité des antibiotiques** sur leur organisme était en lien avec **une prise rare du médicament**.

[P11, femme de 63 ans] « *C'est p'être pour ça que c'est efficace parce que j'en prends rarement.* »

[P15, homme de 49 ans] « *On en prend déjà pas beaucoup donc quand on en prend un, ça fait effet tout de suite quoi.* »

Malgré tout, quelques patients reconnaissaient qu'il y avait un **abus de consommation d'antibiotiques**.

[P6, femme de 60 ans] « *Ben, y a certaines personnes qui s'en abusent.* »

[P14, homme de 39 ans] « *C'est vrai qu'on prend beaucoup d'antibiotiques.* »

Les habitudes et les idées reçues exprimées au nom de l'avis général, restaient bien ancrées dans l'esprit des patients et étaient difficiles à faire changer.

[P6, femme de 60 ans] « *Ils pensent que s'ils ne prennent pas d'antibiotiques, ils ne vont pas guérir.* »

[P10, homme de 71 ans] « *Oui, quand on a quelque chose dans la tête, c'est vrai que... difficile de... faire changer d'avis quoi. Ha ha ha... .»*

[P16, femme de 38 ans] « *Tout le monde croit que les antibiotiques c'est ce qui euh... est le plus important euh..., c'est grâce à ça, qu'on est soigné mais euh... voilà.* » ; « *Mais, il y a des gens ils ont..., dans leurs têtes, les antibiotiques, que ça. Parce que... avant, on était soigné que comme ça. Avant on ne savait pas forcément les deux sortes de virus ou bactéries, on ne savait pas. Maintenant, on le sait donc euh... . Enfin, certaines personnes le savent et..., ouai après y a des..., des personnes qui..., qui y croient pas* »

Certains patients se disaient issus de la « **Génération Antibiotique** » considérée comme une période où l'on consommait les antibiotiques devant la moindre maladie.

[P9, femme de 51 ans] « *parce que je suis née..., j'suis issue d'une génération... à antibiotiques* » ; « *Mais euh..., comme je vous dis, moi, je suis d'une génération où..., on nous a donné des antibiotiques euh..., pour tout et n'importe quoi* » ; « *Donc voilà mais ça change d'une génération à une autre* » ; « *on nous a trop nourrit aux antibiotiques* » ; « *Et on les..., on les prenait pour rien... des fois, par moments.* »

[P10, homme de 71 ans] « *C'est vrai qu'on a tellement été habitué à ces antibiotiques, hein ?* »

D'autres, leurs conféraient une image positive en **défendant** les antibiotiques mais à juste titre et de façon raisonnée.

[P14, homme de 39 ans] « *Donc euh..., les antibiotiques, si c'est une avancée, il faut..., faut arrêter de... comment dire ? De dénigrer les antibiotiques mais il faut les utiliser à bonne escient et puis c'est tout.* »

De même quand ce patient soulignait une des principales caractéristiques des antibiotiques qui les a rendus aussi populaire : « **permettre de sauver des vies** ».

[P14, homme de 39 ans] « *Je pense que ça doit sauver des vies.* » ; « *Ça doit sauver des vies les antibiotiques. Parce qu'il y a des maladies, retournez 50 ans en arrière, il n'y avait pas d'antibiotiques, ben, les gens, ils en mourraient, que maintenant avec ça euh...* » ; « *Ah bah, oui. Je pense que ça permet de soigner beaucoup de vie.* »

(2) Une image négative

Cependant, on retrouvait dans les paroles de certains patients, **quelques opinions négatives** qui sont cependant à nuancer. En effet, certains propos semblaient disproportionnés et donnaient parfois l'impression de fournir une réponse dans le but de plaire à l'intervieweur. Le but n'était bien sûr pas d' « être contre » ou d' « aimer les antibiotiques » mais de se rendre compte que les antibiotiques devaient être utilisés à bon escient.

[P2, femme de 70 ans] « *Ah, ben non ! hein ? Moi, je suis contre !* » ; « *Moi, j'suis pas pour, hein ?* »

[P11, femme de 63 ans] « *Ben moi, j'aime pas trop les antibiotiques, hein ?* »

Certains patients admettaient que les antibiotiques **ne constituaient pas « le remède idéal »**. Cette prise de conscience venait parfois de l'**expérience personnelle**, qui a pu montrer que la maladie ne guérissait pas malgré la prise d'antibiotiques et pour d'autres de leur **expérience au contact de la fiche**.

[P2, femme de 70 ans] « *Pis des fois, ça m'dégage pas complètement, hein ? Des fois, ça m'dégage... oui, ça sert à rien du tout, hein ? Ça m'dégage pas... . Oh nen !* »

[P3, homme de 61 ans] « *L'antibiotique, il n'est pas non plus... il ne résout pas non plus tout le problème quoi ?* » ; « *le traitement c'est pas..., c'est pas seulement l'antibiotique. On peut soigner, on peut aussi soigner avec...euh... d'autres médicaments.* »

[P10, homme de 71 ans] « *C'est sûr qu'les antibiotiques, c'est pas la panacée.* »

D'autres, les considéraient comme étant **nocifs pour l'organisme**.

[P2, femme de 70 ans] « *Ça joue sur... ça joue sur... sur le corps* » ; « *ça joue sur le plan...santé. C'est vrai que quand... euh...ça joue même sur notre...euh... organisme.* »

[P17, femme de 59 ans] « *Ça abime quand même le corps* ».

Par ailleurs, plusieurs patients ont pu reconnaître ou prendre conscience de l'existence **d'effets indésirables** des antibiotiques par le biais de la fiche.

[P2, femme de 70 ans] « *L'antibiotique n'est pas toujours non plus...bon à prendre, hein ?* » ; « *Il faut faire attention avec les... les antibiotiques.* »

[P3, homme de 61 ans] « *Bon, j'ai appris que... l'antibiotique... euh..., y peut... y avoir des effets secondaires, quoi ? C'est-à-dire... après le traitement y peut y avoir un retour... autres complications.* »

[P7, femme de 66 ans] « *"Peuvent être responsables d'effets indésirables". Ah ! Ah ouai !*]

D'autres, en ont conscience par leur expérience personnelle par laquelle ils ont été face à des **réactions allergiques** ou des **troubles digestifs** [P11, 7]

[P11, femme de 63 ans] « *Je suis allergique* »

[P7, femme de 66 ans] « *Et..., et puis ça peut faire des diarrhées* »

Certains patients leurs conféraient d'autres **effets indésirables** comme la fatigue ou bien encore l'accoutumance, que P15 et P16 semblaient confondre avec la notion d'antibiorésistance.

[P2, femme de 70 ans] « *Ça fatigue* »

[P15, homme de 49 ans] « *Parce qu'après le corps, c'est pareille, le corps il s'habitue, il s'habitue..., pis..., après, on a du mal à le soigner je pense.* »

[P16, femme de 68 ans] « *Mais bon, les antibiotiques euh..., le moins possible pour moi, je dis. Parce qu'après euh..., ben..., on s'habitue aussi à tout ça. Il y a des médicaments auxquels je suis habituée et ça ne me fait plus rien. Pour les douleurs, tout ça, euh..., tout ce qui est paracétamol, tout ça euh..., ce n'est plus la peine que j'en prenne ça ne me fait plus d'effet.* »

Une patiente atteinte d'une maladie chronique a évoqué, de par son expérience personnelle, les **interactions médicamenteuses** liées à la prise d'antibiotiques avec son traitement habituel.

[P16, femme de 38 ans] « *Pis après, y a des interactions avec les autres... . C'est pareille, nous, avec les antibiotiques, on a certains trucs, qu'on ne peut pas prendre par rapport aux autres médicaments quoi.* »

Les antibiotiques sont prescrits par les médecins aux patients mais sont également présents dans notre **alimentation** comme ont pu le soulever certains patients.

[P10, homme de 71 ans] « *Et on en bouffe beaucoup dans l'alimentation, ha ha... .* »

[P14, homme de 39 ans] « *Est-ce que c'est pas dû aussi à ce qu'on mange ? Parce que quand vous mangez euh... du cochon, ils sont bourrés d'antibiotiques. Quand le cochon, il arrive, il a déjà une dose d'antibiotique pour le transport. Après, c'est quasiment toutes les semaines ou tous les quinze jours. Donc euh..., les antibiotiques, on les..., si on veut pas les..., si on les prend pas quand on est malade, on les prend quand on mange.* »

b) **L'impact des campagnes publicitaires**

La majorité des patients ont fait allusion au slogan des campagnes publicitaires : « **Les antibiotiques, c'est pas automatique !** ». Il a marqué l'esprit des patients.

[P4, homme de 45 ans] « *C'est de faire prendre conscience que les antibiotiques, c'est pas automatique. J'ai bien retenu la publicité* » ; « *Je trouvais que la campagne de publicité avait été euh... est quelque chose qui euh... marquant. Le... le slogan est plutôt bien tourné.* »

[P9, femme de 51 ans] « Y a eu ce fameux slogan « Les antibiotiques, c'est pas automatiques ! », que tout le monde reprend hein ? » ; « C'est impressionnant parce que moi quand euh..., je suis retournée lundi au travail, on m'a dit « Alors, on t'as donné des antibiotiques ? ». J'ai dit « Non » et tout de suite, j'ai eu le slogan « oh, bé c'est pas automatique ».

Un patient s'était également remémoré la publicité mettant en scène trois collègues de travail dans un ascenseur (32) dont le dialogue commençait ainsi : [« **Dis donc t'as l'air malade ?** » « **Oui, j'ai été chez le médecin, j'ai une angine.** » « **T'es sous antibiotiques ?** » « **Non.** » « **Donc t'es pas malade.** » « **Si, j'ai une angine.** » « **Alors, t'es sous antibiotiques ?!** » [...]]

Ce slogan permettait aussi au patient de faire changer les mentalités en faisant prendre conscience que la maladie ne s'associait pas forcément à la nécessité d'une prise d'antibiotique.

[P14, homme de 39 ans] « Comme la pub qu'il y avait un moment-là. « t'as des antibiotiques ? » « Non » « bah, t'es pas malade » ; « C'est vrai que c'est pas parce que l'on ne prend pas d'antibiotiques qu'on ne peut pas être malade. »

c) Les indications aux antibiotiques

Les antibiotiques seraient indiqués pour certains, **en cas d'absence d'amélioration** de la maladie suite à la prise d'un traitement symptomatique.

[P2, femme de 70 ans] « Avant, on démarre avec ça et si ça va pas... on démarre, après antibiotiques »

[P14, homme de 39 ans] « Faut vraiment euh..., les prendre en dernier recours. »

Pour P12, **la répétition des consultations** ainsi que **la persistance des symptômes** justifieraient la prescription d'antibiotique.

[P12, homme de 31 ans] « Donc c'est pour ça, la troisième fois, j'ai demandé... d'avoir quand même des antibiotiques. » ; « j'avais... quand même réclamé... parce que je voyais que ça ne passait pas. »

Il y a eu une prise de conscience que les antibiotiques étaient indiqués uniquement **lorsqu'ils étaient nécessaires** et **selon la maladie diagnostiquée par le médecin**.

[P3, homme de 61 ans] « *Mais, seulement si c'est nécessaire. Tu vois ? Le médecin y donne seulement si c'est nécessaire.* »

[P16, femme de 38 ans] « *Qui ne font pas d'ailleurs toujours effet pour certaines, certains, certaines maladies en fait.* » ; « *C'est pas forcément euh... un antibiotique va pas forcément soigner euh... toutes les maladies.* » ; « *Ça dépend des infections qu'on a* »

Des patients admettaient et prenaient conscience que **certaines pathologies ne nécessitent pas la prise d'antibiotiques**.

[P9, femme de 51 ans] « *C'est pas parce qu'on a une grippe ou une rhinopharyngite, euh, que l'on va forcément avoir des antibiotiques.* »

[P10, homme de 71 ans] « *Bon sur les angines, je savais..., je savais que certaines c'était nécessaire, pas pour d'autres.* » ; « *Oui, la grippe je savais qu'il n'y a avait pas besoin d'antibiotiques pour la grippe.* » ; « *Bah, peut-être pour l'otite aigue.* » ; « *Alors pour l'otite, oui j'me disais tient..., j'pensais bien qu'il fallait quand même euh...* » ; « *J'vous dis, l'otite, je savais pas, je pensais qu'un antibiotique était important.* »

[P12, homme de 31 ans] « *J'ai compris que c'était peut-être pas obligatoire pour un petit rhume ou une bronchite de prendre des antibiotiques.* »

Pour P1, **l'indication des antibiotiques restait peu évidente**. Il avait un discours dissonant notamment par rapport à l'indication des antibiotiques dans la bronchite. Quant à l'otite, il était persuadé que cette affection nécessitait des antibiotiques dans tous les cas.

[P1, homme de 57 ans] « *Mais sincèrement, les antibiotiques à un moment, il faut les donner. Quand un enfant, il a une bronchite ici (désigne le haut de poitrine), que ça commence à tousser et que les parents le savent, moins que d'habitude... . Quand ça arrive là et que le médecin ne donne pas d'antibiotiques, ça me fait rire. Parce que une semaine après, je retourne chez le médecin et il donne des antibiotiques.* » « *Nen, mais parce que avant c'était pas descendu. Maintenant, c'est descendu.* » « *Donc, le bénéfice, il est où ?* »

« *Ça par contre (en désignant l'otite), ça et ça (en désignant les deux colonnes de la case otite), j'en suis certain qu'ils donnent des antibiotiques dans l'otite.* »

« *Après, je parle pas de la bronchite ou de la grippe. Ça, je suis d'accord, hein ? Ça, pour ça je suis complètement d'accord. La rhino, ça c'est pareille. Ça (désigne avec son doigt la rhino), ça (désigne avec son doigt la grippe), je suis d'accord.* »

2. Le patient

a) La maladie

(1) Son évolution

Pour un bon nombre de patients, une **guérison complète** a pu être constatée et faire admettre aux patients qu'ils n'avaient pas besoin de recourir aux antibiotiques.

[P1, homme de 57 ans] « *Ben oui, on l'a écouté. On lui a juste acheté euh... même pas, du doliprane, des trucs comme ça. On a fait attention à la fièvre et c'est terminé.* » ; « *Ça s'est bien passé.* »

[P4, homme de 45 ans] « *Dimanche, ça allait un peu mieux. Lundi mieux, mercredi mieux, et puis aujourd'hui tout va bien quoi.* »

[P8, femme de 28 ans] « *C'est bon. Après c'est bon, c'est passé de toute façon.* » ; « *Ouai, sans antibiotiques ça c'est bien passée* »

Pour d'autres, l'évolution était **favorable avec persistance de quelques symptômes**. La toux était notamment un des symptômes persistants parmi les plus cités par les patients. Il est souvent plus long et plus difficile à soigner. Il peut être pourvoyeur de doute dans l'esprit du patient quant à la nécessité ou non d'un traitement par antibiotique. La fiche peut trouver son utilité en donnant au patient un repère de temps approximatif sur la durée normale d'une toux dans une pathologie virale.

[P7, femme de 66 ans] « *Donc, ça commence à... à aller mieux, hein ? C'est sûr. Le rhume, c'est fini mais la toux... je tousse encore un petit peu avec... [Se tourne vers son mari] Hein ? Ce matin, j'avais du mal à... ça restait coincé. Faut qu'je crache après, quand j'arrive à cracher ça va mieux.* » ; « *Mais là, ça..., non, ça c'est bien passé.* »

[P9, femme de 51 ans] « *J'ai ma voix qui revient, j'ai plus de fièvre, j'tousse encore un p'tit peu. Euh, j'mouche euh, que le matin. Toutes..., toutes les sécrétions commencent à..., ça commence à partir.* »

Deux patients ont constaté une **amélioration mais pensent tout de même retourner voir leur médecin traitant devant la persistance de symptômes** mais sans forcément avoir les antibiotiques en arrière-pensée.

[P5, homme de 34 ans] « *Ben, oui je vais le rappeler. Je vais le rappeler pour euh... qu'il me redonne un truc pour la gorge quand même. Et... . Bon le nez, ça va un peu mieux. La fièvre, c'est bon c'est passée. Et pis, la gastro, euh... bon c'était pas des antibiotiques, c'était TIORFAN, donc c'est passé. Il me reste la gorge... c'est un peu gonflée en fait.* »

[P13, femme de 40 ans] « *Alors là euh... j'ai encore mal à la gorge... mais un peu moins. Par contre, j'ai encore les poumons qui sont écrasés et ... j'ai encore du mal à respirer et... quand je rigole, ben ça fait mal aux poumons. Je ris un p'tit peu plus par rapport au début où je ne pouvais pas du tout. Mais c'est pas encore ça. Là, on va voir mais je pense que la semaine prochaine je vais revoir le médecin. Je sens que je suis compressée.* » ; « *Là, ça m'inquiète, j'me dis : « purée si... d'ici une semaine, j pense que... la VENTOLINE®, elle va... elle va être là.* »

Le médecin traitant de P11 avait diagnostiqué une angine virale. Devant l'insistance, de la patiente, il lui a prescrit des antibiotiques avec pour recommandation de les prendre uniquement en l'absence d'amélioration au bout de 48h mais elle **n'a pas respecté ce délai**.

[P11, femme de 63 ans] « *Il m'a dit d'attendre 48h avant d'avoir beaucoup de fièvre et tout ça. Mais j'ai pas..., j'ai avancé un peu les 48h parce que j'étais vraiment trop trop mal.* » ; « *J'ai pris les antibiotiques. Ça m'a énormément soulagé. Et... bah ça n'a pas empiré dans mon cas. Ça m'a enrayé tout de suite. Ça m'évite de retourner 48h après chez le médecin, de reconsulter et ... voilà.* »

(2) **Son vécu**

Plusieurs patients se réfèrent également à leur **passé** et aux **souvenirs qu'ils ont d'avoir été traité par antibiotiques**. En effet, P7, atteinte d'une insuffisance mitrale, se souvient d'avoir été traité de façon systématique par antibiotiques devant la moindre bronchite et sur les conseils de son cardiologue. D'autres comme P9 et P17, se rappelaient également avoir été mis sous antibiotiques par leur ancien médecin traitant devant des symptômes similaires à ceux pour lesquels ils ont consulté leur nouveau médecin. P16 expliquait cette modification de pratique par l'acquisition de nouvelles connaissances médicales, en particulier la distinction entre infection virale et bactérienne.

[P7, femme de 66 ans] « *Et le Dr D., le ... le cardiologue, ça fait une dizaine d'années de ça, il m'avait dit quand, quand vous avez un problème comme ça, il vaut mieux que votre médecin vous donne des antibiotiques parce que avec votre problème, euh, vous risquez... euh... ça peut pas aller, hein ?* » ; « *j'étais avec le Dr X. et à chaque fois que j'avais une bronchite, il ne voulait pas savoir si c'était viral, il me donnait systématiquement des antibiotiques.* »

[P9, femme de 51 ans] « *Moi, quand j'étais plus jeune, que j'avais exactement les mêmes symptômes, mon médecin, y m'donnait des antibiotiques.* »

[P16, femme de 38 ans] « *Parce que... avant on était soigné que comme ça. Avant on ne savait pas forcément les deux sortes de virus ou bactéries, on ne savait pas.* »

[P17, femme de 59 ans] « *Oui, moi, je lui en ai parlé parce que mon ancien médecin, c'est ce qu'il faisait. C'est ce qu'il me donnait, en fait, quoi.* »

(3) Ses répercussions sur le quotidien

La maladie était également à l'origine d'une **perturbation sur la vie quotidienne** des patients comme le travail, le sommeil, la vie personnelle, le sport... qui pouvait dans certains cas et toujours dans cette logique de guérir plus vite, mettre à mal l'idée d'un recours aux antibiotiques.

[P4, homme de 45 ans] « *On est souvent pressé que ça s'arrête parce qu'on est dans le travail, parce que on a pas le temps d'être malade* »

[P12, homme de 31 ans] « *Franchement, je ne sais plus. J'étais fatigué, je revenais du travail. J'avais pas dormi parce que j'avais les p'tites..., enfin voilà.* » ; « *Donc c'est pas facile.* »

[P13, femme de 40 ans] « *Et pis en plus, il m'a dit « pas de sport » ; « cette semaine, je ne fais aucune activité » ; « tous mes rendez-vous ont été annulés.* »

[P14, homme de 39 ans] « *Pour pas euh..., manquer trop le travail.* » ; « *Pour dormir. Parce que quand on est enrhumé, c'est pas évident de ... pour dormir.* »

b) **Ses connaissances**

(1) **L'antibiorésistance**

L'antibiorésistance était définie par certains patients comme **l'absence d'effet des antibiotiques en présence des bactéries**.

[P7, femme de 66 ans] « Ça veut dire que les antibiotiques ne vont pas faire effet. » ; « Même si on prend un antibiotique, peut-être que la bactérie ne, ne va, euh, ne va pas, euh..., se..., se détériorer. » ; « On va pas la combattre, même si on a..., on prend des antibiotiques. »

[P9, femme de 51 ans] « C'est quand on vous donne un traitement antibiotiques et que... la maladie se..., comment dirais-je ? Euh..., au lieu de..., de, de se..., fin..., de diminuer la maladie, euh..., elle reste euh..., elle est résistance, résistante à l'antibiotique, c'est-à-dire qu'elle..., le médicament, il fait rien. »

[P11, femme de 63 ans] « C'est quand on prend des antibiotiques et qu'ils sont inefficaces » ; « La bactérie est beaucoup plus forte que... que le traitement. »

Les patients définissaient l'antibiorésistance comme **l'inaction des antibiotiques face aux bactéries** et cela **en lien avec un abus de consommation d'antibiotiques**. Bien, que l'idée n'était pas fautive et qu'elle était également reprise dans les informations dispensées par la fiche, elle donnait parfois l'impression que **le problème était pris à l'échelle individuelle et non collective**. Cette information laissait à penser que seuls les individus qui consommaient trop d'antibiotiques allaient développer une résistance aux antibiotiques.

[P4, homme de 45 ans] « Qu'il ne faut pas trop en prendre parce que plus on en prend, plus les..., plus les bactéries qu'on va avoir vont être résistantes. »

[P6, femme de 60 ans] « Ben, si on en prend trop souvent, ben ça fait plus effet. » ; « Ben, pas exagérer des antibiotiques [blanc] sinon ça ne fera plus rien. »

[P8, femme de 28 ans] « Par contre si on utilise plusieurs, plusieurs fois, les bactéries ça va revenir parce qu'il va l'habituer l'antibiotique. »

[P10, homme de 71 ans] « A force de prendre trop d'antibiotique, effectivement, les antibiotiques finissent par ne plus réagir. »

La notion d'**antibiorésistance** restait **floue** dans l'esprit des patients et pour certains c'était une notion **inconnue**.

[P2, femme de 70 ans] « Ben, pas trop, hein ? Parce que j'ai du mal, hein ? Des fois... pas trop. Non, hein ? Non...non, non. »

[P5, homme de 34 ans] « *Jamais entendu parler* »

[P8, femme de 28 ans] « *Les gens y ont dit les antibiotiques tout le temps, c'est pas bon. Les médecins. Et si on utilise beaucoup, c'est pas bien. Pas une, deux fois. Mais je sais pas pourquoi c'est pas bien, je comprends pas ça aussi.* »

[P13, femme de 40 ans] « *Non. Non, non. C'est la première fois que j'en entend parler* »

(2) Les bactéries

Plusieurs patients avaient bien en tête **qu'une bactérie se traitait par un antibiotique.**

[P7, femme de 66 ans] « *Une bactérie, on va la traiter avec un antibiotique* »

[P8, femme de 28 ans] « *Si y a une bactérie ça marche très bien.* »

[P10, homme de 71 ans] « *Et de la bactérie, il faut de l'antibiotique.* »

Certaines **idées** concernant les bactéries restaient **confuses** dans l'esprit des patients. En effet, pour P3 et P7, la notion d'infection ne serait en lien qu'avec la présence de bactérie. Ce qui sous-entend qu'une maladie virale ne serait pas infectieuse. Pour P10, les bactéries ne se transmettraient pas contrairement aux virus.

[P3, homme de 61 ans] « *Mais... les bactéries, c'est quelque chose qui est infectée, par exemple, non ? C'est quelque chose qui est infectée, non ?* » ; « *Bah, c'est-à-dire quelque chose qui..., qui rend une maladie infectieuse.* »

[P7, femme de 66 ans] « *Une bactérie, c'est plutôt infectieux. [comparé aux virus]* » ; « *Ca veut dire que euh... la bactérie euh..., il y a une infection quelque part on va dire.* »

[P10, homme de 39 ans] « *J pense qu'un virus, on peut le transmettre. Une bactérie, j pense pas.* »

Les bactéries étaient perçues comme étant des **micro-organismes plus puissants que les virus.** Elles étaient par conséquent plus difficiles à traiter et plus dangereuses.

[P4, homme de 45 ans] « *Une bactérie, je pense que c'est quelque chose de plus résistant qu'un virus* »

[P9, femme de 51 ans] « *Une bactérie ça se colle quelque part et ça peut faire des dégâts. Non ?* »

[P11, femme de 63 ans] « *La bactérie, c'est plus important* »

[P15, homme de 49 ans] « *Une bactérie, c'est plus..., ça accroche plus, j pense.* »

(3) Les virus

La notion qu'un virus **ne se traitait pas par antibiotiques** était acquise par plusieurs patients.

[P4, homme de 45 ans] « *Virus, c'est quelque chose..., euh, voilà, ... qui passe... sans l'intervention d'antibiotiques.* »

[P13, femme de 40 ans] « *Euh... le... le virus, on peut pas..., bah, on peut pas mettre des antibiotiques* » ; « *ça ne servirait à rien* »

[P16, femme de 38 ans] « *Après euh..., quand c'est viral, les antibiotiques ils ne servent à rien.* »

Les virus étaient associés à la notion d'**infection furtive** et de **guérison spontanée**.

[P1, homme de 57 ans] « *C'est quelque chose qui arrive soudainement, qui apparaît soudainement, là, au niveau national ou au niveau... et ça disparaît aussi vite que ça apparaît.* »

[P15, homme de 49 ans] « *Ben, un virus, ça vient et ça repart.* » ; « *La grippe, tout le monde sait que c'est deux-trois jours point barre quoi. Après, vous ne l'avez plus. Vous voyez ce que je vais dire ?* »

Les infections virales étaient perçues comme des **infections se propageant avec plus de facilité** qu'une infection bactérienne.

[P3, homme de 61 ans] « *On a des virus qui contaminent tout le monde, qui..., qui contaminent tout le monde.* »

[P11, femme de 63 ans] « *Enfin, le virus pour moi, vous savez c'est quelque chose qu'on se refile un p'tit peu tous* »

Pour deux patients, les termes de virus et de bactéries, ainsi que leurs différences restaient **difficiles à expliquer**. Ils paraissaient n'avoir **aucune notion**.

[P5, homme de 34 ans] « *Euh, non franchement non.* »

[P6, femme de 60 ans] « *Hen... ! J'y connais rien.* » ; « *Bah, un virus euh... . Hen ! Qu'est-ce que je peux vous dire ? Euh... . Nen, je sais pas.* »

3. La fiche de non-prescription du point de vue du patient

a) Implication et responsabilisation du patient face à sa santé

Il existait de la part de certain patient, un **intérêt variable** vis-à-vis de la fiche de non-prescription.

Certains patients n'avaient pas pris la peine de la lire, d'autres n'avaient lu que la partie concernant la maladie diagnostiquée par leur médecin. Certains encore ne l'avaient pas gardé.

[P12, homme de 31 ans] « *J'vais être franc, je ne l'ai pas lu.* »

[P14, homme de 39 ans] « *Après, la fiche, je l'ai plus.* »

[P15, homme de 49 ans] « *J'ai lu le petit paragraphe là. « Fièvre, courbatures : 2-4 jours » mais après j'ai rien lu... .* »

Au contraire, d'autres patients avaient, quant à eux, montré un intérêt pour la fiche et ainsi leur **implication face à leur santé.**

[P1, homme de 57 ans] « *Votre feuille, j'ai regardé.* »

[P2, femme de 70 ans] « *Moi, j'ai bien lu.* »

[P16, femme de 38 ans] « *Ouai, si, il me l'a donné, j'ai lu* »

b) Ses points négatifs

Elle était jugée sur certains aspects comme n'apportant **pas de nouvelles connaissances** au patient. Pour P1, les conseils donnés par la fiche pour soulager les symptômes semblaient lui paraître absurdes par le ton ironique qu'il utilisait. Les propos de P4 et P16 amenaient à penser que dans leur cas, la fiche était inutile car ils se considéraient déjà au courant de l'ensemble des informations dispensées par la fiche.

[P1, homme de 57 ans] « *Des informations supplémentaires mais c'est des trucs que je connaissais.* » ; « *Mais ça tous les parents le savent : « Buvez », « adaptez votre activité physique ». Quand vous avez de la fièvre, allez faire du sport !* »

[P4, homme de 45 ans] « *C'est quelque chose que je connais déjà sur la..., le, le fait ou non de prendre des antibiotiques.* »

[P16, femme de 38 ans] « *Ben moi je connaissais donc après euh..., je savais déjà euh... . Je l'ai lu mais je savais déjà* »

Par ailleurs, la fiche **laissait également planer des doutes** par certaines informations qui pouvaient parfois la décrédibiliser. En effet, pour P1 et P10, certains termes employés comme « *le plus souvent* », « *quasiment* », « *reconsulter* » étaient des termes pourvoyeurs d'incertitude et qui pouvaient laisser le patient perplexe quant à la véritable absence d'une nécessité d'antibiotiques. D'autre part, P1 a fait remarquer que la fiche provenait de la sécurité sociale, ce qui semblait mettre le comble à sa méfiance envers la fiche. En effet, il allait jusqu'à employer le terme péjoratif de « *propagande* » pour définir l'action de la sécurité sociale.

[P1, homme de 57 ans] « *Quand on dit « le plus souvent », c'est qu'il y a déjà un doute.* » ; « *vous devez REconsulter votre médecin* » ; « *Votre feuille, j'ai regardé. Ça, c'est de la belle propagande de la sécurité sociale.* »

[P10, homme de 71 ans] « *Je me mets à la place du français moyen qui lit ça. « Ah, angine virale, en principe, il n'y en a pas besoin. Hein ? Mais, ah..., mais euh..., quand même il peut y en avoir quand même. Hein ? Ha ha... Voyez ? »*

« *C'est pour les trois derniers, où le patient peut se dire « oui, mais, est-ce-que mon cas euh... », voilà.* »

c) **Ses points positifs**

Si pour certains, la fiche n'apportait pas de nouvelles connaissances, elle était au contraire pour d'autres, une source d'information permettant **l'acquisition du savoir**.

[P3, homme de 61 ans] « *Satisfait de savoir. Ce qu'il faut faire ou ce qu'il ne faut pas faire.* » ; « *Oui. Parce que j'ai appris quelque chose que je ne connais pas.* »

[P17, femme de 59 ans] « *Bah, si, ça peut servir. Parce qu'on ne sait pas tout.* »

Elle était **représentative de la réalité** dans la description des maladies et de l'information principale qu'elle délivrait, l'absence de nécessité d'antibiotiques.

[P5, homme de 34 ans] « *Bah... que euh... bah, en fait tout ce qui est lu là – en désignant la feuille- c'est un peu vrai quoi.* »

[P6, femme de 60 ans] « *Ben, c'est, c'est vrai.* » ; « *Si on a un p'tit rhume, c'est pas nécessaire d'en prendre, c'est pas la peine.* »

[P9, femme de 51 ans] « *Et donc, ben j'ai compris que, ben sur cette fiche, euh, j'allais avoir de la "fièvre pendant 2-3 jours", chose que j'ai eu, le "nez qui coule" et que j'allais avoir une "toux" euh, fin tout était décrit quoi.* » ; « *c'est le descriptif de la grippe quoi.* »

Elle permettait de **mieux intégrer la notion de temps pour obtenir la guérison**. Dans une société où le temps a une très grande importance, accompagner chaque maladie d'une durée approximative pour la guérison de chaque symptôme était appréciée par les patients et semblait bien corrélée à la réalité de durée de leurs propres symptômes. Cette notion de temps permettait aussi aux patients de relativiser la maladie et d'être rassurer.

[P4, homme de 45 ans] « *On pouvait avoir de la fièvre pendant 3 jours, que le nez coulait et qu'on pouvait avoir une toux qui pouvait aller de 1 à 3 semaine(s) mais que voilà, il n'y avait rien de bien grave* »

[P9, femme de 51 ans] « *Fallait pas que j'm'inquiète parce que j'avais une toux qui durait euh, plus longtemps que prévu euh, une à trois semaines* »

[P14, homme de 39 ans] « *C'était marqué que je pouvais avoir une toux euh..., jusqu'à deux..., pendant deux ou trois semaines* » ; « *Au bout de quinze jours, ça s'est calmé.* » ; « *C'est vraiment euh..., la fiche explicative, elle était bien parce que c'était vraiment dit pendant quinze jours ou trois semaines, vous pouvez encore avoir une toux.* » ; « *je savais pas que c'était entre deux et trois semaines.* »

La fiche permettait aux patients de mieux **comprendre la maladie**, par la description des symptômes qui lui étaient associés et son évolution naturelle.

[P9, femme de 51 ans] « *Elle vous explique bien euh..., en gros euh..., les principaux symptômes que vous allez avoir et la durée.* »

[P13, femme de 40 ans] « *Tandis que là, bon ben je comprends mieux... ben ce que j'avais.* » ; « *c'est de faire mieux comprendre aux personnes ce qu'ils ont* » ; « *Mettre des mots sur ..., moi je trouve que c'est important parce que... "bah, qu'est-ce que t'as ?" "Bah, oui, j'ai ça" "et puis quoi" "et puis..." bah voilà.* » ; « *Ca..., ça m'était des réponses à ce que l'on avait.* »

[P14, homme de 39 ans] « *"Evolution naturelle de la maladie". Bé, c'est..., c'est bien de..., parce que..., quand la maladie elle est guérit, et ben c'est vrai qu'on a des crachats* » ; « *Ça permet de ..., de... de voir évoluer la maladie quoi.* »

La fiche était un moyen pour le patient de **prendre conscience qu'il n'avait pas besoin de recourir systématiquement aux antibiotiques** pour se soigner.

[P10, homme de 71 ans] « *C'est vrai que depuis, j'en prends plus.* » ; « *Mais, c'est vrai que ça permet de voir que..., finalement, vaut mieux au départ ne pas se lancer là-dedans. Hein ?* »

[P15, homme de 49 ans] « *Je trouve que bé ça explique bien, ben la grippe, pourquoi on a pas besoin d'antibiotiques* » ; « *Ça te fait bien voir que t'en a pas besoin quoi.* »

[P16, femme de 38 ans] « Ben de nous expliquer que... on est pas obligé de prendre des antibiotiques pour être soigné et pis que... y a différentes façon de..., y a différentes façons quoi. »

[P17, femme de 59 ans] « Bah..., c'est d'éviter de donner des antibiotiques inutilement certainement, qu'on peut soigner par autre chose, sans antibiotiques. »

L'information qu'elle délivrait, venait **compléter et appuyer** celle délivrée par le médecin. Elle permettait une **meilleure compréhension de l'absence de prescription d'antibiotiques**.

[P10, homme de 71 ans] « Oui parce que si le médecin n'a pas le temps de t'expliquer si c'est viral ou pas, tu te dis bon, il n'a pas voulu s'embêter, il ne m'a pas donné de cachet quoi. Que là, avec ça, tu comprends pourquoi, il n'a pas voulu t'en donner. »

[P16, femme de 38 ans] « Pour les gens qui ne sont pas au courant, c'est vrai que même si euh... on leur dit "bah c'est viral ça ne sert à rien de prendre des antibiotiques puisque ça..., ça..., ça ne soignera pas", [...] ils comprennent peut-être plus facilement pourquoi on ne donne pas, pourquoi le médecin il ne donne pas forcément toujours des antibiotiques. »

[P17, femme de 59 ans] « J'vous dis, moi, la feuille, si je ne l'avais pas eu..., on sait pas entre les bactéries, les virus et tout ça... . Est-ce qu'on doit prendre des antibiotiques ou pas ? »

Elle était reconnue par certains patients comme étant **détaillée, claire, explicative, rapide à lire, complète et utile**.

[P4, homme de 45 ans] « Elle est très explicative »

[P7, femme de 66 ans] « Oui. Oui, c'était claire. »

[P9, femme de 51 ans] « Bah, j'trouve qu'elle est complète. »

[P13, femme de 40 ans] « J'ai trouvé que la fiche était très bien détaillée »

[P14, homme de 39 ans] « Ça m'a servi. »

[P17, femme de 59 ans] « En plus, ça va vite à lire » ; « Je vous dis, ça prend 5 minutes à la lire. »

D'autres patients la trouvaient **rassurante**.

[P4, homme de 45 ans] « Là de se dire, bon ben c'est une rhinopharyngite, on sait que ça peut durer 2-3 jours, que... voilà. Mais y a rien de bien grave. »

[P9, femme de 51 ans] « La toux pendant un..., fallait pas que j'm'inquiète parce que j'avais une toux qui durait euh, plus longtemps que prévu euh, une à trois semaines »

[P10, homme de 71 ans] « *Si je..., si jamais ça m'arrive, je saurais que bon, après tout, faut pas que je m'inquiète.* »

La plupart des patients étaient **satisfaits** de la fiche de non-prescription. Elle a été **appréciée** des patients.

[P3, homme de 61 ans] « *Je suis satisfaite de cette feuille.* »

[P13, femme de 40 ans] « *Et moi, j'ai trouvé ça super !* » ; « *Ah oui, moi j'aime beaucoup.* »

[P14, homme de 39 ans] « *C'est vraiment euh..., la fiche explicative, elle était bien* » ; « *Très bien ! C'est très bien* ».

4. La non-prescription

a) Les attentes du patient

Les patients attendaient **d'être soigné** et par conséquent d'obtenir du médecin, un **traitement curatif**.

[P4, homme de 45 ans] « *Bah, qu'il me donne le traitement nécessaire pour que ça..., ça s'arrête* »

[P15, homme de 49 ans] « *Moi, du moment que je suis soigné, après je m'en fou si vous voulez. Que se soient antibiotiques ou autres choses. Moi, du moment que ça me soigne, je m'en fou de ce qu'il me donne en fait. Voyez ? Du moment que ça me soulage, moi je suis soulagé, après..., voilà, tout le monde est content. Quoi ? Tout ce qu'on demande, nous les patients, c'est de ne plus avoir mal quoi.* »

Certains patients ont avoué spontanément qu'ils avaient **réclamé des antibiotiques** auprès de leur médecin traitant.

[P3, homme de 61 ans] « *Voilà et pis... . Bon, j'ai... j'ai... pour moi, c'est... moi, j'avais demandé quoi ? J'avais demandé qu'il m'ait mis antibiotiques* »

[P8, femme de 28 ans] « *Je lui ai demandé antibiotiques* » ; « *J'ai forcé, forcé.* » ; « *Euh..., le médecin, il dit que moi je veux beaucoup... ha, ha... d'antibiotiques* »

[P9, femme de 51 ans] « *Et j'ai dit « mais attendez, vous m'avez pas d'antibiotique ?! »*

[P15, homme de 49 ans] « *Je lui ai dit « bé donnez-moi des antibiotiques* » ; « *c'est moi qui lui avait demandé s'il pouvait me mettre des antibiotiques.* »

b) Les explications du médecin concomitantes à la remise de la fiche

La remise de la fiche s'était **accompagnée d'informations de la part du médecin traitant**. Ses explications portaient sur **l'absence de nécessité d'antibiotiques** devant une maladie que le médecin avait diagnostiquée comme étant **virale** et qui se soignait par un simple **traitement symptomatique**.

[P7, femme de 66 ans] « *Il m'a dit : « Madame T, je ne vous donne pas d'antibiotiques, c'est viral. Vous prenez du DOLIPRANE® ».* »

[P13, femme de 40 ans] « *Il m'a expliqué aussi par rapport aux antibiotiques euh... ils ne sont pas systématiques par rapport à ce que l'on a.* »

Les explications du médecin à la remise de la fiche reprenaient également **l'évolution naturelle de la maladie** et notamment la notion de **temps pour guérir**. Il expliquait aux patients que la persistance ou l'aggravation des symptômes devaient les amener à reconsulter.

[P3, homme de 61 ans] « *Et que... c'est long à passer, quoi ? Hein ? ... Prendre ça pendant à peu près quatorze jours, après ça va passer, c'est ce qu'il m'a dit.* »

[P5, homme de 34 ans] « *Il m'a donné quelques euh.... médicaments et il m'a dit que si ça n'allait pas dans trois jours, il fallait que je consulte.* »

[P7, femme de 66 ans] « *Le Docteur Y. m'avait dit : « Si ça empire, vous revenez me voir. Si par exemple, ça tombe sur les bronches, vous avez du mal à respirer ». Là, il m'avait dit, « Revenez me voir, on reverra ».* »

c) Le rôle du médecin

Les patients **mettaient en cause les médecins** en rappelant que **les prescripteurs d'antibiotiques** étaient les médecins et que dans ce cas, **c'était à eux de trancher sur l'origine virale ou bactérienne** et par conséquent de décider de la prescription ou non d'antibiotiques. Parmi ces patients, figurait notamment P7 et P15 qui ont avoué d'eux même avoir réclamé des antibiotiques à leur médecin.

[P7, femme de 66 ans] « *Il faut vraiment avoir l'avis du médecin qui nous dit si c'est viral ou si c'est ..., parce que nous, on peut pas le savoir si c'est viral ou si c'est infectieux.* »

« Ben, tout ça c'est par rapport aux médecins ! C'est les médecins qui donnent des antibiotiques. Donc c'est à eux de..., de..., de dire à leurs patients : "bon, ben là, vous...". Comme le Docteur Y. à fait l'autre jour. C'est au médecin de dire aux patients : "Bon, ben là, c'est viral donc vous n'avez pas à prendre d'antibiotiques et vous revenez me voir si ça..., si ça..., si ça continu" »

[P15, homme de 49 ans] « J'vais pas..., c'est lui le médecin, c'est pas moi. J'y connais rien donc euh... » ; « Ils ne sont pas médecins. C'est le médecin qui donne ça point barre. Tu le prends et pis basta. » ; « Nous on y connaît rien donc euh... . Nous, on est là pour euh..., justement on fait confiance au médecin, pour faire confiance au médecin. Ils sont là pour nous soigner quoi. Ils ne sont pas là pour euh... » ; « Ils sont là pour nous soigner, ils sont pas là pour justement nous mettre la tête sous l'eau quoi. »

d) Un cheminement entre croyance et réalité

La non-prescription s'était avérée être une source de **stupéfaction** [P9], parfois **difficile à accepter** par peur de ne pas guérir [P2].

[P2, femme de 70 ans] « Parce que moi au début j'avais du mal, hein ? Je vous dis, y me donne pas d'antibiotiques, ça va pas me...dégager, hein ? » ;

[P9, femme de 51 ans] « Faut pas se ...voiler la face donc quand y m'a..., euh... donné ma prescription, j'étais super étonnée par rapport aux antibiotiques. » ; « Et j'lui ai dit « mais attendez, vous m' donnez pas d'antibiotiques ?! » »

La plupart des patients, malgré une certaine perplexité du départ, **se sont pliés à la décision de leur médecin** sans essayer de le contredire.

[P7, femme de 66 ans] « Ben, moi, il m'a dit que, ben il ne fallait pas d'antibiotiques, puisque c'était viral. Voilà. Pis, je l'ai bien compris. J'ai dit bon, ben j'insiste pas, hein ? Mais quand même, j'y allée en... en pensant avoir des antibiotiques. »

[P12, homme de 31 ans] « Voilà, après, quand vous voyez vos p'tites comme ça, vous vous dites « bon..., après trois fois, elles n'ont pas d'antibiotiques... ? » ; « J'ai rien dit, j'ai compris. Hein ? » ; « Après je comprends aussi sa position »

[P15, homme de 49 ans] « Mais après, j'ai respecté son traitement quoi. Ce qui est normal. » ; « Le gars y me dit : "vous prenez ça, vous prenez ça", point barre, je ne discute pas quoi. »

Cependant, bien qu'au départ la plupart des patients avaient fait preuve de compliance sur fond de scepticisme, il y a eu pour la plupart **une prise de conscience** d'une réelle absence de nécessité d'antibiotiques.

[P2, femme de 70 ans] « *Il vaut mieux qu'il nous traite avec ça trois jours, que de... prendre...euh... huit jours des antibiotiques, hein ?* » ; « *Non, non, c'est bien c'que... il a fait même.* »

[P3, homme de 61 ans] « *Le traitement c'est pas..., c'est pas seulement l'antibiotique. On peut soigner, on peut aussi soigner avec...euh... d'autres médicaments.* » ; « *on peut soigner sans antibiotiques* »

[P6, femme de 60 ans] « *Ben, qu'il avait raison de prévenir les patients qu'il ne faut pas en abuser.* »

En général, les patients qui avaient bien accepté la prescription médicale avaient **une relation basée sur la confiance** avec leur médecin traitant. Ils l'apprécient et savent qu'ils peuvent compter sur lui.

[P3, homme de 61 ans] « *J'ai fait confiance en lui.* » ; « *Dès que..., si j'ai un problème euh..., je peux compter sur lui* »

[P8, femme de 28 ans] « *Mais j'aime bien mon médecin traitant, il est très gentil.* »

[P15, homme de 49 ans] « *En plus, j'ai confiance. J'ai totalement confiance en lui.* »

« *Lui, s'il me dit que c'est mieux de me donner ce traitement-là, bon moi, je lui fais confiance quoi. Je ne vais pas chercher..., il m'a dit de prendre ça, je prends ça c'est tout.* ».

e) **Les facteurs gênants de la non-prescription**

La non-prescription pouvait occasionner un sentiment de frustration avec le **sentiment de consulter pour rien et de payer malgré tout** la consultation.

[P1, homme de 57 ans] « *C'était ma femme qui avait voulu donné 22 euros au médecin.... 25 maintenant.* »

[P7, femme de 66 ans] « *On peut pas savoir si c'est infectieux euh... . C'est embêtant de..., d'aller chez le médecin à cause de ça.* » ; « *Et pis, surtout qu'il ne m'a donné que du DOLIPRANE® et pis c'est tout.* » ; « *Il m'a dit : « Madame T., je ne vous donne pas d'antibiotiques, c'est viral. Vous prenez du DOLIPRANE® ».* ».

[P12, homme de 31 ans] « *Ça faisait la deuxième ou troisième fois que je les emmené au médecin pour la même chose.* » ; « *Surtout qu'après il faut payer, euh... .* »

f) Une source de conflit médecin-patient

Pour d'autres, **la décision thérapeutique** de leur médecin **n'a pas toujours été comprise ou acceptée**. Certains patients **mettaient en doute le diagnostic** du médecin. Pour P1, il semblait penser que son médecin était de connivence avec la sécurité sociale.

[P1, homme de 57 ans] « *Quand ça arrive là et que le médecin ne donne pas d'antibiotiques, ça me fait rire* » ; « *Peut-être qu'il a senti en moi, euh... je sais pas... une réticence à son diagnostic peut-être.* » ; « *Sincèrement ma fille, elle me fait une otite, sincèrement, elle me fait une otite et le médecin ne lui donne pas d'antibiotiques... euh... je trouverais vraiment bizarre.* » ; « *« Mon expérience. Votre feuille, j'ai regardé. Ça, c'est de la belle propagande de la sécurité sociale. Ça, c'est pour tous nos... les médecins qui nous... hein ? Ça, ça leur permet de les formater pour qu'ils rentrent dans un beau profil. Et Mr X. est en plein dedans. Et j'ai pas eu encore l'occasion de lui dire mais je vais lui dire. Ça bientôt je vais lui dire.* »

[P11, femme de 63 ans] « *Donc j'ai contre dit. [...] Ben..., ça décision.* »

Les cas où la relation avec le médecin traitant était plus difficile pouvaient s'expliquer par **l'installation récente** du nouveau médecin auquel ils n'ont **pas encore l'habitude**.

[P1, homme de 57 ans] « *Il a pas dit grand-chose.* » ; « *Il est encore un peu... euh... brute de...euh...* » ; « *il lui manque un peu de savoir-faire.* » ; « *Et de savoir être aussi.* »

[P11, femme de 63 ans] « *On se connaît peu, du coup...* »

g) Une mauvaise compréhension de l'objectif de la fiche

Pour trois patients, il y a eu une **incompréhension de la démarche et de l'enjeu de la fiche**.

[P3, P5, P11].

Pour P3, on ressentait une ambivalence de raisonnement entre l'impression d'avoir compris la démarche du médecin traitant avec la fiche et de considérer l'antibiotique comme « le remède absolu ». Ce patient donnait l'impression de croire que le but des médecins était de supprimer toutes les prescriptions d'antibiotiques.

Quant à P5, la démarche n'avait absolument pas été comprise. Le patient pensait que l'interne allait le contacter pour convenir avec lui d'un rendez-vous afin de lui prescrire des antibiotiques.

Devant la réticence de P11 à la décision du médecin de ne pas mettre d'antibiotiques, le médecin traitant a voulu trouver un terrain d'entente, en prescrivant à la patiente une ordonnance à part de l'antibiotique et en lui demandant de ne prendre ce traitement qu'après un délai de 48h sans amélioration, ce qu'elle n'a pas respecté.

[P3, homme de 61 ans] « *Voilà. C'est pour ça que pour moi, ça va être... le remède quoi. Mais, j'ai, j'ai, j'ai compris ce qu'il a ..., ce qui était écrit sur la... voilà.* » ; « *c'est pas un médicament qu'on ne peut éliminer complètement, pour moi.* » ; « *On peut pas prendre pour toutes les maladies mais on peut pas non plus... les mettre à côté.* »

[P5, homme de 34 ans] « *Ou alors, il m'aurait donné des antibiotiques et il m'aurait donné ça aussi (en désignant la fiche) euh..., ça aurait été bien.* »

[P11, femme de 63 ans] « *Mais j'ai pas..., j'ai avancé un peu les 48h parce que j'étais vraiment trop trop mal.* »

5. L'avis du patient pour améliorer l'information des patients sur les antibiotiques

a) Par des actions directes auprès des acteurs de la consommation d'antibiotiques

Pour P7, **c'était au médecin** d'agir et de décider du traitement approprié. Pour P14, il faudrait pouvoir agir sur plusieurs intervenants. D'une part, **les agriculteurs** qui donnent des antibiotiques à visée prophylactique aux animaux. D'autre part, **les pharmaciens** qui selon lui, devraient délivrer le nombre exacte de médicaments en fonction de la durée prescrite par le médecin. Ainsi, les patients ne seraient pas tentés par l'automédication en prenant les médicaments d'une ancienne prescription.

[P7, femme de 66 ans] « *Qu'est-ce-que vous pourriez faire ? Pour euh... prévenir la population quoi ? Pour pas que les gens prennent euh... ? Ben, tout ça c'est par rapport aux médecins ! C'est les médecins qui donnent des antibiotiques. Donc c'est à eux de..., de..., de dire à leurs patients : "bon, ben là, vous...". Comme le Docteur X. a fait l'autre jour. C'est au médecin de dire aux patients : "Bon, ben là, c'est viral donc vous n'avez pas à prendre d'antibiotiques et vous revenez me voir si ça..., si ça..., si ça continu." »*

[P14, homme de 39 ans] « *Mais il faudrait aussi le faire au niveau des agriculteurs. Arrêter de nous faire manger ce qu'il ne faut pas.* » ;

« *quand on va à la pharmacie, on donne trop de médicaments.* » ; « *On sait se raisonner quoi. Mais, euh..., c'est vrai que..., on est tenté de prendre des médicaments comme ça.* » ; « *Je ne sais pas ce que ça devient mais c'est du gaspillage. C'est du gaspillage.* » ; « *En plus, souvent, on ne finit pas le traitement euh... à la lettre quoi. Il en reste toujours.* » ; « *Pour ne pas être tenté d'en reprendre. Parce qu'il y en a beaucoup qui s'automédique. Bah, les gens, ils n'ont pas d'argent pour aller chez le médecin plusieurs fois donc euh..., "ah, ben, on va prendre le traitement euh..., c'est pareille, il y a les mêmes symptômes donc on va prendre la même chose".* »

b) **Par l'éducation et la communication**

Selon les patients, il y a un **manque de messages de prévention, d'explications, et d'informations** autour du sujet de la résistance aux antibiotiques.

[P4, homme de 45 ans] « *Euh..., je pense qu'il faut apprendre la patience* », « *la prévention surtout.* » ; « *Il y a eu une polémique là ces jours-ci sur euh... un médecin qui avait mis euh... à la porte de son... cabinet ou sur euh... sur euh..., fin "vous avez votre nez qui coule, c'est un rhume, pas besoin de me voir, vous repasserez", ect... et c'est bien, c'est bien.* » ;

[P11, femme de 63 ans] « *Pour être honnête, on nous... enfin on nous explique que plus ou moins.* » ; « *Nous répéter les antibiotiques c'est pas... obligatoire. J pense qu'ils devraient un peu plus détailler peut-être.* »

[P17, femme de 59 ans] « *Je sais pas euh... . Comment on dit là ? Faire des campagnes, c'est ça ? Prévenir les patients. Dire aux patients que euh..., que souvent on est malade et on se dit " ben, on va prendre des antibiotiques et ça va calmer". Alors que non. Ben, il faut prévenir.* »

c) **Par support papier**

Pour d'autres, ils seraient d'avis de **poursuivre la remise de la fiche** par les médecins traitants en l'accompagnant d'explications, de laisser des fiches dans **les salles d'attentes**, voire de **l'afficher** dans les cabinets médicaux.

[P10, homme de 71 ans] « *Bah, déjà de distribuer cette feuille-là, c'est quand même déjà pas mal. Hein ?* » ; « *Bah, déjà, si chaque médecin donne ça à son patient quand il vient le voir,*

euh... » ; « Après, il faut le commenter quoi. » ; « Il faut insister quand même sur euh..., oui votre cas c'est..., c'est celui-là... enfin, j'sais pas. Hein ? »

[P14, homme de 39 ans] *« Il faut continuer à la..., à la donner et puis euh..., en faire..., en faire de la pub comme vous faites. »*

[P15, homme de 49 ans] *« Des affiches comme ça dans..., dans tous les cabinets. Les gens, ils lisent quand même. » ; « J'pense que les salles d'attente, ça marcherait bien ça. Parce que les gens, ils vont voir ça, ils vont..., ils vont lire, automatiquement. Désengorger les..., les femmes actuelles. Ha ha »*

D'autres patients ont exprimés l'idée d'un support sous forme de **livret ludique**, tape à l'œil, avec un langage **adapté à la compréhension du patient**.

[P13, femme de 40 ans] *« Ce qui serait sympa aussi c'est... un p'tit livret en forme très simple mais avec des illustrations qui expliquent euh... le virus euh, les virus, les bactéries. Mais euh..., une forme euh... active, qu'on a envie..., qu'on a le plaisir de le lire avec des couleurs euh... qui attirent le regard. » ; « Oui, ça va être médical mais pas forcément...euh comment dire triste. Avec de la gaité donc quelque chose qui attire le regard. »*

[P16, femme de 38 ans] *« P't'être un livret avec plus d'explications, bien expliqué avec des mots simples peut-être. Parce que des fois, y a des mots qui sont compliqués et... les mots médicales, les gens, ils ne les comprennent pas forcément. » ; « Donner un p'tit livret et pis que le médecin, il donne ça quand..., quand les gens ils ne comprennent pas pourquoi on ne leur donne pas d'antibiotiques »*

d) **Par la télévision et la radio**

Certains patients expriment l'avis de **renforcer la diffusion d'informations par le biais des médias**.

[P9, femme de 51 ans] *« Bah, j'pense que... déjà on a des, quand même des pistes au niveau de la télé..., fin au niveau des informations. Euh, y a quand même des pubs, on a eu quand même pas mal de pubs. »*

[P15, homme de 49 ans] *« Après faire médiatiser, ça reviendrait trop cher? Faire des annonces radio? » ; « Les gens, ils écoutent les radios... France Bleu Picardie, tout ça. Recevoir des médecins et en parler au... au mec de radio France et pis passer des messages à droite à gauche comme ça. De temps en temps. »*

IV. DISCUSSION

A. Le travail de thèse réalisé

1. Les Forces

Le choix de la méthode qualitative était adapté à notre étude puisqu'il a permis l'analyse d'un phénomène social en questionnant les sujets dans leur environnement et leur contexte. Il a contribué à une meilleure compréhension du fonctionnement du sujet dans son intégralité.

Par ailleurs, le choix de cette étude était original. En effet, il n'y a pas à ma connaissance d'étude qualitative menée auprès des patients pour évaluer leurs représentations des antibiotiques après remise d'une feuille d'information.

La validité de l'étude a été contrôlée par saturation des données analysées au travers de 17 entretiens. De plus, une triangulation des données a été réalisée avec la vérification des codes par un second chercheur, le directeur de thèse, ce qui renforce la fiabilité de l'étude.

La technique d'enregistrement des entretiens a été très bien acceptée par l'ensemble des patients. Aucun n'a manifesté d'hésitations ou de réticences.

2. Les limites et les biais

a) Le recrutement

Il y a eu d'une part, le recrutement des médecins généralistes. Il s'est fait par connaissance directe, recrutement au sein d'une maison médicale, envoi de mails à partir de la fin du mois de septembre 2017. Le premier médecin recruté fut mon directeur de thèse, le second, par bouche à oreille avec rencontre d'un médecin traitant au sein de ma famille. Au final, seuls ces deux médecins ont été recrutés. Le premier exerçant dans l'Oise et le second dans la Somme. Bien que je m'étais déplacée au sein d'une maison médicale avec rencontre sur place de trois médecins généralistes qui avaient accepté de distribuer la fiche, je n'ai obtenu aucun recrutement de patients de leur part et cela malgré trois relances téléphoniques courant octobre, auprès de la secrétaire. Ceci peut s'expliquer, du moins seulement en parti, par la période de recrutement où les épidémies de virus n'étaient pas encore importantes. Des mails (environs une cinquantaine) ont également été envoyés à la fin du mois de septembre à destinations de médecins généralistes de l'Oise et de la Somme avec une relance à la fin du mois de novembre.

Sur tous les mails envoyés, trois médecins ont accepté de m'aider mais au final, aucun n'a recruté de patients.

Le sentiment que j'ai pu mettre en évidence par certains retours d'opinions était que les médecins n'en avaient pas trouvé l'utilité car ils n'avaient pas, parmi leur patientèle, de réticence à la prescription d'antibiotique. D'autres, parce qu'ils étaient plus sceptiques de son intérêt auprès des patients.

L'étude de Mme Rondeau, évaluant l'efficacité de l'ordonnance de non-prescription d'antibiotiques de la sécurité sociale sur la réduction des prescriptions d'antibiotiques en médecine générale, a interrogé à posteriori les médecins qui n'avaient pas accepté de participer à son étude. Ils avaient expliqué ne pas utiliser la fiche car ils donnaient à l'oral les informations contenues dans la fiche à leurs patients. Ils estimaient que leur patientèle était suffisamment éduquée aux indications des antibiotiques (29).

Le manque de médecin recruté entraîne un **biais de recrutement** à l'origine d'une sous-représentation d'une certaine proportion de la population. Ce biais diminue la validité de la recherche. Il peut également exister un « effet médecin », c'est-à-dire un rassemblement de patient ayant des caractéristiques communes par le choix de leur praticien.

Par ailleurs, un des médecins recrutés étant le directeur de thèse, il peut en ayant eu connaissance de la grille d'entretien, avoir involontairement influencé les patients dans ses explications.

Concernant le recrutement des patients, il a été donné comme consigne aux médecins d'inclure des patients pour lesquels ils ressentaient une réticence à la non-prescription d'antibiotiques, qu'elle soit exprimée de vive voix par le patient ou ressenti par le médecin. Aucune vérification n'a pu être faite concernant le respect des critères d'inclusions. Cependant, la plupart des entretiens font bien ressentir de la part du patient une demande ou un intérêt pour les antibiotiques. D'autre part, un des médecins recrutés étant le directeur de thèse, on peut être assuré du respect des critères d'inclusion.

b) Les entretiens

Dans la méthodologie initiale, il avait été prévu d'appeler les patients pour convenir d'un rendez-vous à leur domicile. Cependant, pour des raisons pratiques et par convenances des patients, certains entretiens ont dû être réalisés par téléphone. Cette modification de la méthodologie n'entraîne pas de biais mais une **perte de qualité et de validité de l'étude**.

Par ailleurs, l'expression des patients a pu être **influencée par ma présence**. En effet, étant étudiante en médecine, ils ont pu répondre de façon positive, allant dans le sens et l'intérêt des préoccupations médicales.

Une autre limite importante à cette étude concerne **la durée des entretiens**. La durée moyenne était de 15 minutes. Ce qui reste assez court dans le cadre d'une analyse qualitative.

c) L'analyse des résultats

Pour notre étude, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés. Bien que cette méthode fût la plus appropriée, elle entraîne nécessairement un **biais d'interprétation**. En effet, cette méthode d'analyse étant déductive, elle a pu être influencée par la subjectivité du chercheur.

Par ailleurs, elle nécessite une certaine expérience pour concevoir, conduire et interpréter les entretiens. Mon manque d'expérience a donc pu être un frein à cette étude, créant un **biais d'intervention**.

B. Discussion des principaux résultats et comparaison avec la littérature

1. Fiche d'information : moyen de mettre le patient en conflit avec ses propres représentations

Les antibiotiques gardent une image positive bâtie sur des années d'idées reçues. Certaines sont vraies comme dire que les antibiotiques permettent de sauver des vies, que les antibiotiques sont efficaces... mais ces qualités sont aujourd'hui mises en péril par le mauvais usage des antibiotiques.

Les témoignages de ces patients montrent que le problème des antibiotiques est incompris et sous-estimé. Chacun raisonne au nom d'un faux intérêt personnel comme « permettre la poursuite du travail » basé sur des croyances difficiles à faire changer comme « permettre de guérir plus vite ».

L'étude PAAIR, réalisée en 2004 a repérée 11 situations critiques dans la non-prescription d'antibiotiques dont un concerné les motifs de pression du malade pour obtenir des antibiotiques. Ils étaient d'ordre personnel (60 %), professionnel (35 %), familial (22 %), événementiel : voyage, examen (22 %) (33).

Pour comprendre cet état de fait, il faut comprendre ce que sont les représentations.

Elles sont définies comme un état de connaissances antérieur à un apprentissage systématique. Elles se construisent par des influences multiples : milieu culturel, social, familial, parcours scolaire, activité professionnelles, médias, perceptions directes... . La communication et les discours occupent beaucoup de place dans ce processus. L'origine de ces représentations est multiple et ces représentations vont varier selon les individus, les groupes. On comprend que par les processus en cours, les représentations se constituent de manière involontaire et inconsciente. Pour certains patients, leurs conceptions se sont élaborées par le biais de circonstances ayant pour eux une signification dramatique. Elles permettent aux patients de maîtriser leur environnement, de ramener l'étrange, l'inconnu au familier, de rendre l'abstrait plus concret et de faciliter la communication (34).

« Une personne progresse quand s'établit en elle un conflit entre une représentation sous la pression de laquelle elle est amenée à réorganiser l'ancienne pour intégrer les éléments apportés par la nouvelle » (CROIZIER 1993).

Ainsi, bien que les représentations des patients sur les antibiotiques sont difficiles à faire changer, la confrontation du patient avec la fiche a tout de même permis de faire ressortir des points négatifs comme les effets indésirables ou encore parfois l'absence d'efficacité. Ils sont notamment tirés pour la plupart de l'expérience personnelle des patients.

De même, le vécu d'une prescription d'antibiotique qui bien qu'elle puisse être justifiée ou basée sur un manque de connaissances médicales ou sur une prescription douteuse de l'intérêt d'un antibiotique, a une importance dans le conditionnement de pensée du patient. La fiche peut éventuellement prétendre à désamorcer ces schémas.

En effet, les patients qui se voient remettre la fiche, possèdent des croyances sur les antibiotiques, qui après être entrées en « conflit » avec la décision du médecin et sur appuis

supplémentaire de la fiche, se retrouvent en partie ébranlées. Cette fragilisation se fait de façon progressive jusqu'à ce que le patient constate qu'il peut guérir sans recourir aux antibiotiques. Ainsi la fiche peut contribuer à aider le médecin dans la non-prescription tout en modifiant et en faisant progresser le schéma de pensée du patient.

Parmi les nouvelles représentations qui peuvent mettre en conflit celles des patients, on peut citer le fameux slogan des campagnes publicitaires diffusé à la télévision à partir de 2002. Cette fiche a permis aux patients de se remémorer de façon spontanée ce slogan.

Le premier programme (2001-2006), associé à la campagne nationale d'assurance maladie « *Les antibiotiques ne sont pas automatiques* », qui ciblait la population générale, a entraîné une baisse de la consommation d'antibiotiques en France de 26,5%, la réduction la plus importante étant survenue chez les enfants (35, 36).

Cette approche a permis un premier point d'ancrage de la non-prescription dans les consciences des patients. Cependant, cette première fondation reste insuffisante et fragile puisqu'une tendance à la hausse est observée depuis 2010 (13). Il est donc important de poursuivre la diffusion de ce message. La fiche peut être un moyen de le perpétuer dans les consciences des patients.

2. Fiche : peu d'apports de connaissances sur l'antibiorésistance et risques d'amalgames

Bien que la notion d'antibiorésistance soit explicitement pour lutter contre la résistance aux antibiotiques, la plupart des patients n'arrivent pas à l'expliquer.

Par ailleurs, un des points sur lequel la fiche pourrait être critiquable serait sur la phrase : « *Ainsi, plus vous prenez des antibiotiques plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes.* » Cette information bien qu'elle ne soit pas fautive en soi, laisse à penser que seuls les individus qui consomment trop d'antibiotiques vont développer une résistance aux antibiotiques. Une enquête multi-pays de l'OMS réalisée en 2015 montrait que près de la moitié (44%) des personnes ayant participé à l'enquête pensaient que la résistance aux antibiotiques n'était un problème que pour les personnes qui prenaient régulièrement des antibiotiques. En réalité, n'importe qui peut à tout moment et dans n'importe quel pays être atteint d'une infection résistante aux antibiotiques (37). Cette information pourrait porter à confusion et faire que les patients ne se sentent pas concernés par le problème de

l'antibiorésistance. Cette confusion pourrait amener le patient à considérer le problème de l'antibiorésistance comme un problème communautaire mais sans pour autant qu'il se sente personnellement concerné (38). Ce sentiment était également partagé par un médecin britannique qui s'était exprimé lors d'une étude qualitative publiée dans le *British Medical Journal* en 1998 : « *D'une certaine manière, il serait préférable pour la communauté que les gens ne prennent pas d'antibiotiques, mais j'ai le sentiment que pour l'individu, il est préférable pour lui ou pour elle de prendre des antibiotiques.* » (39).

Un autre point négatif, quoi qu'il n'ait été souligné qu'une seule fois, pourrait être le fait que la fiche provienne elle-même de l'assurance maladie. Le patient pourrait percevoir la réticence du médecin à ne pas prescrire d'antibiotiques et cette fiche comme un moyen pour le médecin d'économiser de l'argent sur le budget de la santé. On pourrait supposer qu'elle puisse ainsi entraver la relation entre le médecin et son malade. (40)

D'autre part, la fiche comporte des termes (« *le plus souvent* », « *quasiment* », « *reconsulter* ») qui peuvent laisser entendre un certain degré d'incertitude dans la véritable étiologie du diagnostic. L'incertitude diagnostic, comme le rappelle la Société Française de Médecine Générale (SFMG) dans son Manuel théorique de médecine générale, est constitutive de l'exercice du médecin généraliste. La gestion de l'incertitude fait partie des compétences à acquérir par le médecin. Il doit apprendre à « tolérer l'incertitude ». Pour cela, la SFMG propose de suivre plusieurs étapes : 1) Connaître / établir son propre niveau de tolérance à l'incertitude ; 2) Connaître les attentes du patient, sa raison de consulter ainsi que son rapport à l'incertitude ; 3) Renforcer la relation médecin-patient ; 4) Evaluer le problème de façon approfondie (effectuer une anamnèse et un examen minutieux) ; 5) Expliciter son analyse ; 6) Convenir ensemble d'un plan d'évaluation et de traitement ; 7) S'engager à réévaluer le problème. (41) Ainsi, la fiche ne peut pas à elle seule résoudre tout le problème de la nécessité ou non d'une prescription d'antibiotique lors de la consultation. Le médecin ne peut pas se substituer à son rôle d'éclaireur même face à l'incertitude. La fiche ne doit pas être remise au patient sans informations éclairées. Chaque patient est unique et nécessite pour chaque cas plus ou moins de temps et d'explications en complément de la fiche. Elle peut toutefois permettre de cibler les informations qui sont incomprises et de travailler sur ces points sensibles.

Les termes de virus et de bactéries bien qu'ils paraissent mieux assimilés que l'antibiorésistance présentent encore des lacunes auprès des patients. Ce résultat rejoint une étude qualitative

menée auprès des médecins et des patients pour comprendre la culture de l'antibiothérapie devant des maux de gorges. L'étude expliquait que la distinction entre la bactérie et le virus pourrait ne pas être aussi utile que certains le pensaient. Dans cette étude, les patients ont rapporté de la confusion, confirmant l'impression de certains médecins qu'ils ne comprennent pas toujours cette distinction. Elle concluait qu'expliquer le manque de réactivité des maux de gorge aux antibiotiques en général pouvait être plus utile. (39)

3. Fiche : appréciée pour son descriptif réaliste des maladies

Cette constatation est également retrouvée dans notre étude. La fiche a été globalement appréciée par les patients par la réalité de la description des maladies et de leurs évolutions naturelles qui rassurent le patient. Elle permet de prendre conscience que la plupart des infections pour lesquelles les patients consultent leur médecin traitant peuvent guérir sans recourir aux antibiotiques. D'ailleurs, la grande majorité des patients qui se sont vus remettre la feuille ont pu constater une évolution favorable de la maladie en l'absence de prescription d'antibiotique.

Ces données sont un repère de temps pour chaque patient. En effet, la persistance des symptômes peut semer des doutes dans l'esprit des patients quant à la nécessité de reconsulter. L'estimation de la durée des symptômes peut permettre aux patients d'éviter les consultations inutiles pour des symptômes évoluant dans un laps de temps considéré comme normal. La fiche favorise ainsi une meilleure autogestion de la maladie actuelle. On peut par conséquent penser qu'elle puisse permettre une meilleure autogestion des maladies virales à venir.

Par ailleurs, elle peut également profiter aux médecins. En effet, elle peut leur permettre de gagner du temps à la fois en délivrant de façon concises, par écrit, les données de durée des symptômes, importantes aux yeux des patients et d'éviter à l'avenir les consultations pour le même motif.

Une autre étude menée en 1997 et publiée dans le "*British Journal of General Practice*" concluait qu'informer auparavant les patients sur l'évolution naturelle des symptômes des infections respiratoires était une stratégie efficace pour réduire les reconsultations. Cette méthode bénéficiait à la fois au médecin et au patient. Elle était susceptible pour l'un de faire baisser les prescriptions d'antibiotiques et pour l'autre, les futures habitudes de consultation (42).

Dans cette étude, la plupart des patients se sont dit satisfaits de la fiche. Les rares personnes ayant eu des difficultés à accepter la non-prescription étaient des patients qui venaient de changer de médecin traitant et pour qui les représentations sur les antibiotiques pouvaient être plus difficiles à faire changer. Comme dit dans l'étude PAAIR, « *Si, à la plainte "infection respiratoire", la réponse habituelle était une prescription d'antibiotiques, il est facile de comprendre que tout changement de pratique pour se mettre en accord avec les données de la science soit source de conflit potentiel* » (33).

La fiche a été créée initialement dans le but d'aider le médecin à faire face à la pression exercée par le patient pour obtenir une prescription d'antibiotiques. Les résultats de l'étude suggèrent que la remise de la fiche pourrait tout aussi bien être élargie à l'ensemble des patients consultant pour une pathologie infectieuse diagnostiquée comme étant virale. Elle servirait ainsi d'outil à l'éducation thérapeutique des patients et permettrait de mieux les responsabiliser.

C. Analyse des actions et perspectives soumises par les patients

A la question « *Selon vous, que devrions-nous faire pour améliorer l'information des patients ?* », les réponses ont été riches. Cette question semble avoir donné aux patients le sentiment d'être pris en considération et de pouvoir influencer sur leur santé.

Pour certains, il faut agir auprès des acteurs à l'origine de la consommation d'antibiotique. Parmi ces acteurs, **les médecins** en général et non spécifiquement ceux impliqués dans l'étude, ont été nommés. Derrière la demande d'antibiotiques se cache des représentations reposant sur un manque de connaissances. L'étude a montré que certains patients qui réclament des antibiotiques sont disposés à accepter la décision du médecin mais que cela nécessite plus de communication. L'étude PAAIR n'apportait aucun doute sur le fait qu'une explication était indispensable à la non-prescription mais que seule, elle était insuffisante. Le médecin devait en plus proposer un traitement symptomatique, une surveillance à court et moyen terme ou encore une prescription différée (33). Ce qui fût également le cas dans notre étude. Par ailleurs, ce qui est souvent mis en avant dans le manque d'informations des patients est le sentiment des médecins de perdre leur temps ou d'en manquer (38, 39). Notre étude a montré que la remise de la fiche suivait un processus dans l'esprit du patient. Un cheminement se fait entre les croyances et le constat d'une réelle guérison sans le recours aux antibiotiques. Il se renforce par les explications de la fiche soutenu par le professionnel de santé.

La délivrance d'information peut prendre nécessairement du temps cependant, il est possible d'imaginer que les patients se montreront par la suite, moins demandeurs d'antibiotiques après avoir reçu l'information appropriée. Toutefois, la notion de temps est relative puisque la feuille fournissant déjà des informations, elle peut servir d'appui au médecin et lui permettre de gagner du temps sur les explications à donner. Quant au patient, elle lui sert de repère, d'aide-mémoire, de rassurance sur l'évolution de ses symptômes et lui permet de le sensibiliser aux problèmes de santé publique.

Les autres acteurs mentionnés par les patients sont **les pharmaciens**. Certains patients ont exprimé le souhait de recevoir moins de médicaments car ils soulignent le fait de ne jamais terminer la totalité de la boîte et avouent pouvoir être tenté de s'automédiquer par antibiotiques s'ils pensent en avoir besoin. Santé Publique France a publié en octobre 2017, « *Les bénéfices de la vente d'antibiotiques à l'unité* » (43). L'étude a été menée suite à la demande de l'état de menée l'expérience au sein de plusieurs pharmacies et sur constatation de la ministre de la santé de l'époque, Marisol Touraine, qu' « *un médicament sur deux n'était pas consommé* » (44). L'étude a montré une bonne acceptation, une meilleure observance du traitement et une réduction du nombre de comprimés vendus. Cependant, par manque de taille de l'étude, l'impact économique n'a pas pu être mesuré. Lors de la journée du bon usage du médicament en mars 2018, la nouvelle ministre de la santé, Agnès Buzin a expliqué que cette stratégie était encore à l'étude (45).

Les **agriculteurs** font également partis des acteurs de la consommation d'antibiotiques, cités par les patients. Dans le monde agricole, un premier plan de lutte intitulé « Ecoantibio » réalisé entre 2012 et 2016 a été mené et a permis une baisse de 37% d'antibiotiques vétérinaires sur 5 ans toutes filières confondues. Un second plan « Ecoantibio 2017-2021 » est en cours pour consolider ces résultats et poursuivre les efforts (46).

Les patients ont également exprimé leur **manque d'information au sujet de l'antibiorésistance**. Une enquête de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) menée en octobre 2017 pour le ministère de la santé, a révélé que deux tiers des français estimaient que les autorités publiques ne communiquaient pas assez sur le sujet de la résistance aux antibiotiques. Ce sondage a également montré que seul un Français sur deux connaît précisément ce terme, que 36% en ont déjà entendu parler mais ne savent pas vraiment de quoi il s'agit et que 13% n'en ont jamais entendu parler (47,48).

Les patients rapportent également que leurs dire « *les antibiotiques ne sont pas automatiques* » n'est pas suffisant. Ils sont demandeurs de plus d'explications. Un colloque organisé en

novembre 2017 par le gouvernement et s'intitulant « *Quelle communication sur l'antibiorésistance ?* » faisait le même constat (49).

Les patients souhaitent être informé. Ils sont en faveur d'une **distribution de la fiche par leur médecin traitant**. Ils sont aussi d'avis de mettre la fiche **à disposition des patients en salle d'attente** ou bien encore de **l'exposer sous forme d'affiche**.

Une thèse menée en 2015 montrait que l'affichage dans les salles d'attente était un outil de communication performant pour faire passer des messages de santé publique et que celle-ci couplée à une intervention du médecin pendant la consultation, augmentait son impact (50).

Certaines modifications de la fiche pourraient éventuellement être envisagée comme la suppression ou la reformulation de certaines phrases ou groupe de mots, des schémas explicatifs, une présentation repensée et attractive.

Les médias ont été évoqués par les patients comme source de communication pouvant faire évoluer les représentations. Ils ont eu un grand impact pour faire diffuser le fameux slogan que les patients ont encore en mémoire. Ils ont contribué à la diminution de la consommation d'antibiotiques jusqu'en 2010. « *La France a été un exemple entre 2002 et 2007 avec la campagne " les antibiotiques c'est pas automatique ! ". Malheureusement les campagnes suivantes, comme " Utilisés à tort, ils seront moins forts " n'ont pas eu le même impact, sûrement parce que notre message était trop négatif et culpabilisant* », a déploré le Professeur Christian Brun-Buisson, délégué ministériel à l'antibiorésistance au ministère de la Santé. Sur la base de ces constatations, le gouvernement travaille actuellement sur une nouvelle campagne de lutte contre l'antibiorésistance visant à mieux viser l'attention du public (51).

D. Impact de la fiche sur les prescriptions d'antibiotiques

Cette fiche d'information de la sécurité sociale a tout récemment fait l'objet d'une étude quantitative menée par Mme Rondeau (29). L'étude a permis de comparer les proportions d'ordonnances contenant des antibiotiques entre un groupe utilisant la fiche et un groupe témoin. Le critère de jugement principal était la diminution des proportions d'antibiotiques dans le groupe « Fiche ». Contre toute attente, l'étude n'a pas mis en évidence d'efficacité de la fiche sur la réduction des prescriptions d'antibiotiques. Cependant, l'étude comportait un biais non négligeable. En effet, les médecins qui avaient été sensibilisé au préalable à la fiche, n'ont pas pu être contrôlés quant à l'usage véritable de la fiche de non-prescription au cours de la

consultation. Après l'étude, ce doute sur l'utilisation de la fiche s'est confirmé puisque les médecins inclus dans l'étude ont avoué s'être peu servi de la fiche. Les causes invoquées étaient l'oubli ou bien parce qu'ils ne l'avaient pas jugé nécessaire.

Pourtant, la théorie de la charge cognitive stipule que la quantité de nouvelles informations qu'une personne est en mesure d'assimiler est limitée et que chacun des processeurs individuels de la mémoire de travail peut-être surchargé. Ainsi, il serait souhaitable d'éviter de transmettre toutes les informations par une seule et même source et combiner à la fois les informations orales et écrites. Il semblerait que cette façon de faire, améliore la mémorisation et la compréhension des informations. (52).

D'autres études ont également mis en avant l'importance d'une information écrite comme un « complément indispensable » à l'information orale du patient et permettant une amélioration de la qualité des soins en renforçant l'éducation thérapeutiques des patients (53-57).

Cette étude montre qu'il faut sensibiliser d'avantage les médecins à l'éducation thérapeutique et les motiver à utiliser cet outil.

Une métaanalyse publiée dans la revue *Exercer*, a exploré la perception par les médecins généralistes des techniques de communication enseignées pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques. Parmi ces techniques figurait l'utilisation d'outils papier. Dans un premier temps, les médecins généralistes ont exprimés des préjugés négatifs. Cette vision a ensuite été modifiée par les formations, vécues de façon très positive (58). De cette constatation, il pourrait être intéressant de proposer aux médecins des formations visant à améliorer l'éducation thérapeutique du patient sur les antibiotiques, tout en mettant en avant l'utilité de la fiche d'information de la sécurité sociale.

V. CONCLUSION

L'antibiorésistance est un problème majeur de santé publique (4). Le premier plan de lutte contre la résistance aux antibiotiques a permis une baisse significative de la consommation d'antibiotiques avec notamment le slogan « *Les antibiotiques, c'est pas automatique !* » (35,36). Il a contribué à un début de prise de conscience et de changement de comportement. Cependant, malgré d'autres plans successifs, la consommation d'antibiotiques est repartie à la hausse et notamment en médecine de ville. Ce sont d'ailleurs les Hauts de France qui portent la « triste distinction » de région où la prescription d'antibiotiques est la plus conséquente (13).

Plusieurs études ont essayé de comprendre ce phénomène. Parmi les facteurs pouvant influencer sur son augmentation, se trouvait la pression exercée par le patient sur le médecin (18, 25, 33). Une des solutions émise suite au plan de lutte contre l'antibiorésistance 2011-2016 (24) était la remise d'une ordonnance de non-prescription (25). C'est la sécurité sociale qui s'est chargée de réaliser cette ordonnance sous forme de fiche d'information intitulée : « *Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques* » (28).

Notre objectif était d'étudier l'évolution des représentations sur les antibiotiques après remise de cette fiche d'information en consultation de médecine générale en Picardie. Les résultats de cette étude suggèrent que la fiche peut être un bon moyen de lutter contre l'antibiorésistance en médecine de ville.

Bien qu'elle n'ait pas permis d'améliorer les connaissances des patients sur le terme d'antibiorésistance ou qu'au premier abord, elle laisse perplexe la plupart des patients, elle permet au terme d'un cheminement entre croyance et réalité, une prise de conscience de l'absence de nécessité d'antibiotiques. C'est notamment son descriptif de l'évolution naturelle des maladies et ses notions de temps pour guérir qui ont rassuré le patient et lui évite de reconsulter. C'est le conflit de représentations entre d'une part, le patient et ses croyances et d'autre part, le médecin soutenu par la fiche, qui peut contribuer à faire accepter la non-prescription.

Cette fiche a été globalement bien acceptée par les patients. Pour pouvoir confirmer son intérêt, il serait intéressant sur le long terme de comparer des patientèles entre un groupe ayant reçu la fiche et l'autre ne l'ayant par reçu. On pourrait ainsi confirmer l'impact de la fiche sur les

représentations des patients et par conséquent son intérêt dans la lutte contre l'antibiorésistance en médecine de ville.

Cette étude qualitative et l'étude quantitative menée par Mme Rondeau ont cependant soulevées un problème : une mauvaise acceptation de la fiche auprès des médecins de ville. Il pourrait être intéressant de menée une étude qualitative auprès des médecins généralistes afin de mieux comprendre ce paradoxe.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Résistance aux antibiotiques. 2013. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/resistance-aux-antibiotiques>
- [2] Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS). Reproduire et comprendre l'évolution des bactéries dans un tube à essai. 2012. Disponible sur : <http://www2.cnrs.fr/presse/communique/2925.htm>
- [3] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Résistance aux antimicrobiens. 2016. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/fr/>
- [4] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), European Medicines Agency (EMA). The Bacterial Challenge : Time to React. Stockholm; 2009 sept p. 1-54. Disponible sur: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf
- [5] O'Neill J. Antimicrobiol Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. UK: HM government; 2014 déc p. 1-20. Disponible sur: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
- [6] The World Bank. Drug-Resistant Infections: A Threat to Our Economic Future. Washington; 2016 sept p. 1-132. Disponible sur: <http://pubdocs.worldbank.org/en/527731474225046104/AMR-Discussion-Draft-Sept18updated.pdf>
- [7] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Global Antimicrobial Resistance Surveillance System : Manual for Early Implementation. Genève: OMS; 2015 p. 1-44. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/188783/1/9789241549400_eng.pdf

[8] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Premier rapport de l'OMS sur la résistance aux antibiotiques: une menace grave d'ampleur mondiale. 2014. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/fr/>

[9] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Plan D'action Mondial Pour Combattre La Résistance Aux Antimicrobiens. Genève: OMS; 2016 p. 1-32. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249548/1/9789242509762-fre.pdf?ua=1>

[10] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Antimicrobial Resistance: Surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2017 janv p. 1-120. Disponible sur: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-europe-2015.pdf>

[11] Autorité Européenne de Sécurité des Aliments (EFSA). La résistance aux antimicrobiens demeure élevée, selon le rapport de l'UE. 2017. Disponible sur: <https://www.efsa.europa.eu/fr/press/news/170222>

[12] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Proposals for EU guidelines on the prudent use of antimicrobials in humans. Stockholm; 2017 févr p. 1-22. Disponible sur: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/EU-guidelines-prudent-use-antimicrobials.pdf>

[13] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Santé Publique France. Consommation d'Antibiotiques et Résistance Aux Antibiotiques En France. France; 2016 nov p. 1-20. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/bc1388c9d55292253ae0889fad2a54e9.pdf

[14] Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), Mousquès J., Renaud T., Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. 2003. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes70.pdf>

[15] Agence du médicament - Direction des Etudes et de l'Information Pharmaco-Economiques. Etude de la Prescription et de la Consommation d'Antibiotiques en Ambulatoire. Paris; 1998 mai p. 1-39. Disponible sur:

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/e9456a84ac84d7bf9aa8beb37cfada46.pdf

[16] Attali C, Rola S, Renard V, Roudot-Thoraval F, Montagne O, Le Corvoisier P, et al. Les situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et les stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires hautes et basses. *Exercer*. 2008;82:66-72.

[17] Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale: Etude qualitative à partir de 4 focus groups. [Lyon]: Claude Bernard Lyon 1; 2012. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/these_charra_elisa_non-prescription%20patients.pdf

[18] Hauvespre B. La non-prescription: Représentations et vécu des médecins généralistes_ Etude qualitative à partir des 13 entretiens. [Lyon]: Claude Bernard Lyon 1; 2012. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/these%20version%20finale-1.pdf>

[19] Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations—a questionnaire study. *BMJ*. 1997;315(7107):520-3.

[20] IPSOS Santé pour la Caisse Nationale. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. 2005. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf

[21] Balint. *Le médecin, son malade et la maladie*. 3e éd. 2003. 1-418 p. (Payot).

[22] Farge T, Charra E, Hauvespre B. La non-prescription d'une ordonnance : représentations de patients et de médecins généralistes. *Prescrire*. 2014;34(370):605.

[23] Paris M. Antibiotiques : soyons tous résistants ! Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS). 2015. Disponible sur: <http://www.leciss.org/espace-presse/communiqu%C3%A9s-de-presse/antibiotiques-soyons-tous-r%C3%A9sistants>

[24] Ministère chargé de la Santé. Plan National d'Alerte sur les antibiotiques 2011-2016 [Internet]. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011 nov p. 1-84. Report No.: 3. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf

- [25] Dr Carlet J., Le Coz P. Tous ensemble, sauvons les antibiotiques. Paris: Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes; 2015 juin p. 1-150. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf
- [26] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Antibiotic Resistance Threats in the United States-2013. US: US Department of Health and Human Services; 2013 avr p. 1-114. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf>
- [27] Royal College of General Practitioners. TARGET Antibiotic Toolkit. vs2018. Disponible sur: <http://www.rcgp.org.uk/TARGETantibiotics>
- [28] Ameli.fr. Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques. 2015. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ATB_bdef_stc.pdf
- [29] Rondeau M. Efficacité de l'ordonnance de non-prescription d'antibiotiques de la CNAMTS sur la réduction des prescriptions d'antibiotiques en médecine générale. [REIMS]: Université de Reims Faculté de médecine; 2018.
- [30] Deschenaux F., Bourdon S. Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR N'vivo 2.0. 2005.
- [31] Averseng C. Comment structurer la complexité sans renoncer à l'exhaustivité thématique d'un état de l'art en sciences de gestion ? Retour d'expérience sur l'apport méthodologique des outils de classification de données qualitatives. Management & Avenir. 2011;(41):369-86.
- [32] Caisse Nationale d'Assurance Maladie. L'ascenseur. 2011. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=6JdRuhZnZpw>
- [33] Attali C., MCU en médecine générale, UFR Paris-Créteil, Amade-Escot C., sciences de l'éducation, université P. Sabatier de Toulouse, Ghadi V., sociologue, Groupe Image (ENSP), Cohen, JM, épidémiologiste (Open Rome Paris). Infections respiratoires présumées virales _ Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. Rev Prat Med Gen. 10 févr 2003;17(601):155-60.
- [34] Centre d'Éducation du Patient a.s.b.l. Les représentations des patients. 2016. Disponible sur: <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/que-vit-le-patient/les-representations>

- [35] Sabuncu E., David J., Bernède-Bauduin C., Pépin S., Leroy M., Boëlle PY., et al. Réduction significative de l'utilisation des antibiotiques dans la communauté après une campagne nationale en France, 2002-2007. *PLOS*. juin 2009;10.
- [36] Huttner B., Goossens H., Verheij T. Caractéristiques et résultats des campagnes publiques visant à améliorer l'utilisation des antibiotiques chez les patients ambulatoires dans les pays à revenu élevé. *Lancet Infect Dis*. 2010;10(1):17-31.
- [37] OMS. Une enquête multipays de l'OMS révèle une large incompréhension de l'opinion publique à l'égard de la résistance aux antibiotiques. Genève; 2015 nov. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/detail/16-11-2015-who-multi-country-survey-reveals-widespread-public-misunderstanding-about-antibiotic-resistance>
- [38] P. Davey, C. Pagliari, A. Hayes. Le rôle du patient dans la propagation et le contrôle de la résistance bactérienne aux antibiotiques. *Clinical Microbiology and Infection*. 2002;8(Suppl 2):43-68.
- [39] Butler CC, Rollnick S, Roisin P, Maggs-Rapport F, Stott N. Comprendre la culture de la prescription: étude qualitative des perceptions des médecins généralistes et des patients sur les antibiotiques pour les maux de gorge. *BMJ*. 5 sept 1998;317(7159):637-42.
- [40] Howie JG. Quelques déterminants non bactériologiques et implications de l'utilisation d'antibiotiques dans la maladie des voies respiratoires supérieures. *Scand J Infect Dis*. 1983;39(Suppl.):68-72.
- [41] SFMG: Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. 2015. 208 p. (Le plaisir de comprendre).
- [42] Macfarlane JT., Holmes WF., Macfarlane RM. Reducing reconsultations for acute lower respiratory tract illness with an information leaflet: a randomized controlled study of patients in primary care. *Br J Gen Pract*. nov 1997;47(424):719-22.
- [43] Treibich C., Lescher S., Sagaon-Teyssier L., Ventelou B. The expected and unexpected benefits of dispensing the exact number of pills. *PLOS*. sept 2017; Disponible sur: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0184420>
- [44] Peyronnet C. L'État appelle les pharmacies à tester la délivrance de médicaments à l'unité. *Le figaro*. 2014; Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/08/21/20002->

20140821ARTFIG00189-l-etat-appelle-les-pharmacies-a-tester-la-delivrance-de-medicaments-a-l-unite.php

[45] Buzin A. Discours d'Agnès Buzin, ministre de la santé. Journée du bon usage du médicament. 2018. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180322_discours_-_journe_e_du_bon_usage_du_me_dicament.pdf

[46] Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt. Ecoantibio _ Plan national de réduction des risques d'antibiorésistance en médecine vétérinaire 2017-2021. 2017. Disponible sur: <http://www.franceagrimer.fr/content/download/51408/494337/file/250417-plan-ecoantibio.pdf>

[47] Ifop. Sondage Ifop pour le Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_etude_ifop_antibioresistance.pdf

[48] Coulomb D. L'autre paradoxe français : pourquoi les campagnes d'information sur le bon usage des antibiotiques ne fonctionnent plus. Le Quotidien du Médecin. 17 nov 2017; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/11/17/lautre-paradoxe-francais-pourquoi-les-campagnes-dinformation-sur-le-bon-usage-des-antibiotiques-ne-fonctionnent-plus_852508

[49] Colloque: « Quelle communication sur l'antibiorésistance ? ». 2017. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5_cintas_colloque_16_nov_17_presentation_magazine_parents.pdf

[50] Paita T. Campagnes d'affichage en cabinet de médecine générale : efficacité de l'affichage unique par rapport à l'affichage multiple. Étude observationnelle. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.

[51] Franc A. Un Français sur deux ne comprend pas ce que veut dire antibiorésistance. Le figaro. nov 2017; Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/un-francais-sur-deux-ne-comprend-ce-que-veut-dire-antibioresistance/>

[52] Académie Suisse des Sciences Médicales. La communication dans la médecine au quotidien _ Un guide pratique. 2013.

[53] Anstett J-P. Intérêt de l'information écrite des patients en Médecine Générale pour la prise en charge des gastro-entérites aiguës du nourrisson et de l'enfant en Meurthe et Moselle au cours de l'année 2010-2011. [Faculté de médecine de Nancy]: Université Henri Poincaré; 2011. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_ANSTETT_JEAN_PHILIPPE.pdf

[54] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. 2000. Disponible sur: <http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/pdf/infopat.pdf>

[55] Dunkelman H. Patients' knowledge of their condition and treatment: how it might be improved. *British Medical Journal*. 4 août 1979;311-4.

[56] Neant R. Effets indésirables des anti-inflammatoires non stéroïdiens et automédication : quel est l'impact dans le temps d'un outil d'information écrite sur les connaissances des patients ? Étude prospective auprès de 223 patients consultant en médecine générale au sein d'une maison de santé rurale bourguignonne. [Dijon]: Université de Bourgogne; 2017. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/f1965b04-fb84-4925-a748-311e63b133e8>

[57] Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale. Etude qualitative à partir de 4 focus groups. [Lyon 1]: Université Claude Bernard; 2012. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/these_charra_elisa_non-prescription%20patients.pdf

[58] Boudet F, Chaillous C, Lorrain M, Mesthé P, Oustric S, Escourrou E. Vécu par les médecins généralistes des techniques de communication enseignées pour limiter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques. *Exercer* 2018;144:280-6.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : La fiche d'information de la sécurité sociale






Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques.

DATE : / /	CACHET MÉDECIN
NOM DU PATIENT :	

Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ?

Le rhume (rhinopharyngite), la grippe, la bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines sont de nature virale et guérissent donc sans antibiotiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite. Le tableau ci-dessous vous indique la durée habituelle des symptômes de ces maladies (avec ou sans antibiotiques).

<input checked="" type="checkbox"/>	MALADIE	DURÉE HABITUELLE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES
<input type="checkbox"/>	 RHINOPHARYNGITE (RHUME) • Toujours virale.	• Fièvre : 2-3 jours. • Nez qui coule (sécrétions de couleur blanche, jaune ou verte), nez bouché : 7-12 jours. • Toux : 1 à 3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 GRIPPE • Infection virale.	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours. • Toux : 2-3 semaines. • Fatigue : plusieurs semaines.
<input type="checkbox"/>	 ANGINE VIRALE • Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif.	• Fièvre : 2-3 jours. • Mal à la gorge : 7 jours.
<input type="checkbox"/>	 BRONCHITE AIGUË • Quasiment toujours virale. • Les toux grasses avec des sécrétions jaunes ou verdâtres font partie de l'évolution naturelle de la maladie.	• Fièvre : 2-3 jours. • Toux : 2-3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 OTITE AIGUË • Après l'âge de 2 ans, guérit le plus souvent sans antibiotiques.	• Fièvre, douleur : 3-4 jours.

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

- Buvez suffisamment : vous ne devez pas avoir soif.
- Adaptez votre activité physique, cela aide votre corps à guérir.
- Il existe des médicaments contre la fièvre ou la douleur. Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.

Si vous avez de la fièvre (température > 38,5°C) durant plus de 3 jours, ou si d'autres symptômes apparaissent, ou que votre état de santé ne s'améliore pas, vous devez reconserver votre médecin.

Pourquoi faut-il prendre un antibiotique seulement quand c'est nécessaire ?

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables, comme les allergies ou la diarrhée.
- Les bactéries peuvent s'adapter et survivre en présence d'antibiotiques. Ainsi, plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes.
- Les bactéries résistantes aux antibiotiques peuvent être la cause d'infections difficiles à guérir, et vous pouvez aussi les transmettre à vos proches.

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.

 Ce document est adapté à votre cas. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite.



Annexe 2 : Les entretiens de P1 à P17 (fournis sur le CD-ROM joint à la thèse)

Evolution des représentations sur les antibiotiques après remise d'une fiche d'information de la sécurité sociale en consultation de médecine générale en Picardie.

INTRODUCTION : En France, la prescription d'antibiotiques en médecine de ville était en augmentation et particulièrement dans les Hauts de France. Un rapport ministériel mené dans le cadre du plan de lutte contre l'antibiorésistance 2011-2016 préconisait l'utilisation d'une ordonnance de non-prescription sous forme de fiche d'information. L'objectif de cette étude était d'étudier l'évolution des représentations sur les antibiotiques chez des patients consultant pour une grippe, une bronchite, une angine, une otite ou une rhinopharyngite après remise d'une fiche d'information réalisée par la sécurité sociale en consultation de médecine générale.

METHODE : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de deux patientèles de l'Oise et de la Somme. Les entretiens ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée.

RESULTATS : Dix-sept entretiens ont été réalisés. Les patients étaient satisfaits de la fiche et en demandaient le maintien comme support écrit aux conseils prodigués oralement. Elle a permis de rassurer le patient sur l'évolution naturelle des symptômes. Elle leur a fait prendre conscience qu'il était possible de guérir sans recourir aux antibiotiques, en améliorant l'acceptabilité de l'absence de prescription d'antibiotiques.

CONCLUSION : La fiche pourrait permettre de lutter contre l'antibiorésistance à moyen terme en faisant évoluer les représentations des patients. Un levier pour améliorer son efficacité serait d'augmenter sa diffusion auprès des médecins généralistes qui l'utilisent peu à ce jour.

Mots clés : médecine générale – patients – antibiorésistance – non-prescription

Evolution of representations about antibiotics after delivery a fact sheet of the social security in general medicine consultation in Picardy.

INTRODUCTION: In France, antibiotic prescription in city medicine was increasing and particularly in the Hauts de France. A ministerial report led within the framework of the plan to fight against the antibiorésistance 2011-2016 recommended the use of a non-prescription order in the form of a fact sheet. The objective of this study was to study the evolution of representations about antibiotics in patients consulting for influenza, bronchitis, angina, otitis or nasopharyngitis after delivery a fact sheet, in general medicine consultation.

METHOD: A qualitative study by semi-directed interviews was conducted with two roster of patients from Oise and Somme. The interviews were analyzed according to the method of anchored theorization.

RESULTS: Seventeen interviews were conducted. Patients were satisfied with the fact sheet and asked for it to be maintained as written support for oral advice. It reassured the patient about the natural course of symptoms. It made them aware that it was possible to cure without resorting to antibiotics, improving the acceptability of the absence of prescription antibiotics.

CONCLUSION: The fact sheet could help fight against antimicrobial resistance in the medium term by changing the representations of patients. A lever to improve its effectiveness would be to increase its dissemination to general practitioners who use little to date.

Keywords: general practice - patients - antimicrobial resistance - non-prescription