HAL
open science

Les antibiotiques en médecine générale : une étude qualitative auprès d'une population de patients âgés entre 50 à 65 ans

Sébastien Tronel

To cite this version:

Sébastien Tronel. Les antibiotiques en médecine générale : une étude qualitative auprès d'une population de patients âgés entre 50 à 65 ans. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02141880

HAL Id: dumas-02141880

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02141880v1

Submitted on 28 May 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.

N° d'ordre :

ANNÉE 2018

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Sébastien Tronel

Né le 29 octobre 1986 à Saint-Malo

Les antibiotiques en médecine générale : une étude qualitative auprès d'une population de patients âgés entre 50 à 65 ans

Thèse soutenue à Rennes le 06 juin 2018

devant le jury composé de :

Matthieu REVEST
Professeur des Universités – Praticien hospitalier
Service des Maladies Infectieuses CHU de Rennes / *Président*

Olivier DECAUX
Professeur des Universités – Praticien hospitalier
Service de Médecine Interne CHU de Rennes / *Juge*

Françoise TATTEVIN
Professeur associé en médecine générale
Université de Rennes 1 / *Juge*

Fréderic BEUNEUX
Médecin généraliste / *Directeur de thèse*

N° d'ordre :

ANNÉE 2018

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Sébastien Tronel

Né le 29 octobre 1986 à Saint-Malo

Les antibiotiques en médecine générale : une étude qualitative auprès d'une population de patients âgés entre 50 à 65 ans

Thèse soutenue à Rennes le 06 juin 2018

devant le jury composé de :

Matthieu REVEST
Professeur des Universités – Praticien hospitalier
Service des Maladies Infectieuses CHU de Rennes / *Président*

Olivier DECAUX
Professeur des Universités – Praticien hospitalier
Service de Médecine Interne CHU de Rennes / *Juge*

Françoise TATTEVIN
Professeur associé en médecine générale
Université de Rennes 1 / *Juge*

Fréderic BEUNEUX
Médecin généraliste / *Directeur de thèse*

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence ; addictologie
Professeur des Universités	
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick	Biophysique et médecine nucléaire
Professeur des Universités	
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités	
BRISSOT Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités	
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard	Rhumatologie
Professeur des Universités	
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Cardiologie
Professeur des Universités Emérite	
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités en surnombre + Consultanat	
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Nom Prénom	Sous-section CNU
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude	Parasitologie et mycologie
Professeur des Universités Emérite	
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUSSON Jean-Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Professeur des Universités Emérite	
HUTEN Denis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Professeur des Universités Emérite	
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick	Médecine légale et droit de la santé
Professeur des Universités en surnombre + consultanat	
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Professeur des Universités Emérite	
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Professeur des Universités Emérite	
MENER Eric	Médecine générale
(Professeur associé)	
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
Professeur des Universités en surnombre	
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Epistémologie clinique

Nom Prénom	Sous-section CNU
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillisement; addictologie
SOULAT Louis	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel	Médecine générale
(Maître de conférence associé des universités de MG)	
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMI Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie	Médecine générale
(Maître de conférence associé des universités de MG)	
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINE Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure	Médecine générale
(Maître de conférence associé des universités de MG)	
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAULT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric	Médecine générale
(maître de conférence associé des universités de MG)	
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Matthieu REVEST,
Vous me faites l'honneur de présider ce Jury de thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Olivier DECAUX,
Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

A Madame la Professeure Françoise TATTEVIN,
Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
Soyez assuré de mes remerciements et de tout mon respect.

A Monsieur le Docteur Frédéric BEUNEUX,
Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse en binôme.
Merci pour votre accompagnement, votre soutien et votre disponibilité.

A Marine, pour ton énergie, ta patience, ton soutien et ta bonne humeur permanente. Merci !!

A Gaspard mon fils, merci pour toute la joie et le bonheur que tu nous apportes chaque jour.

A mes parents et mon frère, qui ont fait de moi la personne que je suis devenue aujourd'hui.

A Catherine, Thierry, Anne-Laure et JP, Jean-Charles et Bastien, vous êtes devenus ma deuxième famille. Et à tous les autres membres de ma belle-famille que je n'oublie pas.

A tous mes amis, pour m'avoir soutenu, subi ou juste accompagné pendant mes études de médecine, Virginie et Benoit, Sophie et Ludovic, Riri, Monia, Carole et Marco, Elodie et Xavier, Cindy et Adel, Agnès et Arthur, Fanette et Damien, Sarah et Matthieu, Marie-Charlotte et Nicolas, Guillaume, Kekeal et à tous ceux que j'aurai pu oublier, Merci !

A Marine, Anne-Laure, Laurène, Aurore et Sophie pour leur aide, leurs conseils et le temps qu'elles ont consacré à relire cette thèse.

A Constance, mon binôme, pour cette belle rencontre au hasard d'une fiche de thèse, merci de m'avoir permis de partager cette expérience avec toi.

Je remercie enfin toutes les personnes rencontrées aux cours de mes entretiens pour leur disponibilité et leurs réponses, riches d'enseignements.

Table des matières

1. INTRODUCTION ..... - 9 -

2. MATERIEL ET METHODE ..... - 11 -

2.1 TYPE D'ETUDE ..... - 11 -
2.2 CONSTITUTION DES ECHANTILLONS ..... - 11 -
2.3 ETUDE PARALLELE POUR COMPARER DEUX GENERATIONS ..... - 12 -
2.4 ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN ..... - 12 -
2.5 GUIDE D'ENTRETIEN (ANNEXE 1) ..... - 12 -
2.6 RECUEIL DES DONNEES ..... - 13 -

3. RESULTATS ..... - 14 -

3.1 CONNAISSANCES GENERALES SUR LES ANTIBIOTIQUES ..... - 15 -
3.1.1 A quoi servent-ils ? ..... - 15 -
3.1.2 Quelles sont leurs cibles ? ..... - 15 -
3.1.3 Dans quelles maladies prescrit-on des antibiotiques ? ..... - 15 -
3.1.4 Notion de familles d'antibiotiques ..... - 16 -
3.1.5 Confusion avec d'autres médicaments ..... - 16 -
3.2 REPRESENTATIONS ET PERCEPTIONS DES PATIENTS CONCERNANT LES ANTIBIOTIQUES ..... - 16 -
3.2.1 Une consommation d'antibiotiques perçue comme faible ..... - 16 -
3.2.2 L'antibiotique, un médicament perçu comme efficace… ..... - 17 -
3.2.3 …qui permet une guérison rapide… ..... - 17 -
3.2.4 …ciblé sur certaines pathologies… ..... - 17 -
3.2.5 …indiqué dans des infections importantes. ..... - 17 -
3.2.6 …mais présentant aussi des risques ..... - 17 -
3.3 LES DETERMINANTS DE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES ..... - 18 -
3.3.1 La durée des symptômes conduit les patients à consulter ..... - 18 -
3.3.2 La durée des symptômes oriente vers une infection bactérienne ..... - 18 -
3.3.3 Les douleurs orientent vers une infection bactérienne ..... - 19 -
3.3.4 La fièvre oriente vers une infection bactérienne…grave ? ..... - 19 -
3.3.5 La couleur des sécrétions oriente vers une infection bactérienne ..... - 19 -
3.3.6 Autres déterminants ..... - 19 -
3.4 ATTENTES DES PATIENTS VIS-A-VIS DES ANTIBIOTIQUES ET DE LEURS MEDECINS ..... - 20 -
3.4.1 Ils consultent rarement le médecin ..... - 20 -
3.4.2 La relation de confiance avec leur médecin ..... - 20 -
3.4.3 Leurs attentes chez le médecin ..... - 20 -
3.4.3.1 Des conseils et des explications ..... - 20 -
3.4.3.2 Une expertise médicale ..... - 21 -
3.4.3.3 Un traitement (hors antibiotiques) ..... - 21 -
3.4.3.4 Un traitement antibiotique ..... - 21 -
3.4.3.5 Ecoute et réassurance ..... - 21 -
3.4.3.6 Disponibilité ..... - 22 -
3.4.4 Le rôle du pharmacien ..... - 22 -
3.4.5 Leurs comportements face à une prescription d'antibiotiques ..... - 22 -
3.4.6 L'automédication ..... - 23 -
3.4.6.1 Automédication avec les antibiotiques ..... - 23 -
3.4.6.2 Automédication avec des médicaments sans ordonnances ..... - 23 -
3.4.7 Craintes vis-à-vis des antibiotiques et des médicaments en général ..... - 24 -
3.5 SURCONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES : A QUI LA FAUTE ? ..... - 25 -
3.5.1 La faute des patients ? ..... - 25 -
3.5.1.1 Influence du patient sur le prescripteur ? ..... - 25 -
3.5.1.2 Consultation = ordonnance ? ..... - 25 -
3.5.1.3 Surconsommation d'actes médicaux ? ..... - 25 -

3.5.2 La faute des médecins ? - 26 -
3.5.2.1 Habitudes de prescription ? - 26 -
3.5.2.2 Fragilité de certaines populations ? - 26 -
3.5.2.3 Surcharge de travail ? - 26 -
3.5.2.4 Mauvaise formation des médecins ? - 27 -
3.5.2.5 Satisfaire le patient-client - 27 -
3.5.2.6 Incertitude diagnostique - 27 -
3.5.2 La faute des laboratoires pharmaceutiques ? - 27 -
3.6 L'ANTIBIORESISTANCE - 28 -
3.6.1 Un terme méconnu - 28 -
3.6.2 Une définition vague - 28 -
3.6.3 Des conséquences bien perçues - 28 -
3.6.4 Les patients se sentent-il concernés par ce problème ? - 29 -
3.7 COMMENT FAIRE CHANGER LES COMPORTEMENTS ET EVITER L'ANTIBIORESISTANCE ? - 29 -
3.7.1 Les patients se sentent-ils bien informés sur les antibiotiques ? - 29 -
3.7.2 Quelles mesures pour diminuer la surconsommation d'antibiotiques ? - 29 -
3.7.2.1 Réitérer les campagnes d'informations grand public - 29 -
3.7.2.2 Le médecin comme acteur clé dans l'éducation du patient - 30 -
3.7.2.3 Améliorer la formation des professionnels de santé - 31 -
3.7.2.4 Renforcer le conseil auprès des professionnels de santé - 31 -
3.7.2.4 Délivrance à l'unité ? - 32 -
3.7.2.5 Autres idées - 32 -
4. DISCUSSION - 33 -
4.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE - 33 -
4.1.1 Forces de l'étude - 33 -
4.1.2 Limites - 33 -
4.2 DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE - 33 -
4.2.1 Les « séniors », entre connaissances médiocres et perceptions fantasmées - 33 -
4.2.2 L'échange patient-médecin, au centre des attentes du patient - 34 -
4.2.3 Les comportements de santé des « séniors » - 35 -
4.2.4 Le mésusage des antibiotiques, une faute partagée entre patients et médecins - 36 -
4.2.5 Les « séniors » et l'antibiorésistance : un enjeu mal connu - 38 -
4.2.6 Antibiorésistance : les axes d'amélioration - 39 -
4.3 COMPARAISON AVEC LES RESULTATS DE LA THESE DE C. LAMBERT - 40 -
5. CONCLUSION - 43 -
6. BIBLIOGRAPHIE - 45 -
7. ANNEXES - 50 -
7.1 ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN - 50 -
7.2 ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - 52 -
7.3 ANNEXE 3 : LETTRE D'INFORMATION - 52 -

1. INTRODUCTION

Le 26 juin 1945 dans le New York Times, Alexander Fleming, biologiste écossais, qui découvrit à son insu, en 1928, la pénicilline, lance un avertissement prémonitoire qui, soixante-dix ans plus tard, renvoie l'Homme à ses responsabilités : « Ceux qui abuseront de la pénicilline seront moralement responsable de la mort des patients qui succomberont aux germes résistants, j'espère que ce fléau pourra être évité ».

L'antibiorésistance, mise en évidence dès 1942, est actuellement un sujet de préoccupation mondiale puisqu'elle tue environ 25.000 personnes par an en Europe [1] et 12.500 en France [2]. A l'horizon 2050, si aucune découverte scientifique majeure ne vient changer la donne, l'antibiorésistance dans le monde, pourrait provoquer un mort toutes les trois secondes, soit autour dix millions de personnes par an, autant que le cancer aujourd'hui [3].

La France reste parmi les pays les plus gros consommateurs européens d'antibiotiques avec une consommation 30% plus élevée que la moyenne européenne, trois fois plus que des voisins plus vertueux tel que les pays scandinaves, l'Allemagne ou les Pays-Bas [4]. Si les campagnes publiques de sensibilisation au bon usage des antibiotiques *« les antibiotiques c'est pas automatique »* en 2002 puis *« les antibiotiques, utilisés à tort, ils deviendront moins forts »* en 2010 ont fait baisser la consommation entre 2000 et 2015 (-11,4%) [5], elle repart aujourd'hui à la hausse depuis 2010 (+5,4%) [5].

Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs d'antibiotiques puisqu'ils sont responsables de sept prescriptions d'antibiotiques sur dix [5] où deux prescriptions sur trois [5] concernent des affections ORL et des affections des voies respiratoires basses.

Si la prescription d'antibiotiques est influencée par des facteurs microbiologiques, épidémiologiques, démographiques et structurels (le système libéral à l'acte), des déterminants socio-culturels [6-8] non cliniques majorent la pression de prescription d'antibiotiques. L'interaction entre le médecin et son patient est déterminante dans la décision de prescription d'antibiotiques, chacun ayant ses représentations et ses attentes spécifiques [8].

Il apparaît donc important pour tout médecin d'appréhender les connaissances, les représentations et les attentes des patients concernant les antibiotiques.

Ainsi, plusieurs études [9-13] s'y sont intéressées et montrent que les Français ont une connaissance globalement faible sur les antibiotiques et le risque d'antibiorésistance. Plusieurs études françaises [9,11,12,14] et étrangères [15-17] suggèrent que les populations jeunes (définies par un âge entre 18 et 25 ans ou inférieur à 30 ans selon les études) ont une moins bonne connaissance globale sur les antibiotiques. La population spécifique des parents d'enfants en bas âge, se situant en grande partie dans la classe d'âge des 26-46 ans, a déjà été ciblée par plusieurs études quantitatives [18], qualitatives [19-20] et revues de la littérature [21] sur ce sujet qui suggèrent que la présence d'enfant(s) en bas âge est associée à une meilleure connaissance des antibiotiques. Cependant, peu d'études [22] ciblent les « séniors » au-delà de 50 ans.

Face à ce constat, l'objectif de cette étude est alors d'explorer les représentations d'une génération de patients âgés de 50 à 65 ans concernant les antibiotiques, de comprendre leurs comportements

face à une prescription d'antibiotiques et d'étudier leurs attentes et leurs propositions en matière d'information sur les antibiotiques. La décision d'exclure les sujets d'âge supérieur à 65 ans vient du fait que cette population présente plus de comorbidités et semble être plus exposée à la prescription d'antibiotiques [23].

Ce travail de thèse est mené en parallèle avec l'étude de Constance Lambert qui explore les représentations concernant les antibiotiques d'une génération de patients âgés de 18 à 25 ans ; Nous avons choisi de nous intéresser à deux populations issues de générations distinctes afin de rechercher et de comprendre les différences de représentations entre ces générations concernant les antibiotiques.

Le but de cette double étude est d'envisager des pistes pour améliorer l'information des patients sur les risques de l'antibiorésistance en ciblant la communication en fonction des générations.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée d'octobre 2017 à février 2018. Les entretiens individuels ont été préférés aux groupes de discussion, afin de ne pas biaiser les résultats par un effet de groupe. Le choix de la méthode qualitative a permis un travail original, exploratoire, à la recherche du ressenti des patients concernant les antibiotiques.

Le but était d'explorer les représentations, perceptions et attentes des patients afin d'identifier des déterminants pouvant orienter le médecin dans l'éducation du patient en consultation, et de sensibiliser les patients aux risques de la surconsommation d'antibiotiques et d'optimiser leur usage.

2.2 Constitution des échantillons

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre âgé de 50 à 65 ans
- De sexe féminin ou masculin
- Etre volontaire et disponible pour l'étude

Les critères d'exclusion étaient :

- Etudes ou professions médicales
- Avoir des enfants en bas âge à charge (population déjà étudiée lors de précédentes études qualitatives [20-21])
- Patients poly-pathologiques avec comorbidités pouvant exposer à des traitements antibiotiques répétés

Un échantillonnage raisonné en recherche de variation maximale a été réalisé selon les critères suivants pour chacun des échantillons : sexe, catégorie socio-professionnelle, lieu de vie, l'âge, le nombre d'années de suivi avec le médecin traitant et l'exposition aux antibiotiques (évaluée sur une échelle numérique de 0 à 10).

Le recrutement a été réalisé par l'aide de personnes intermédiaires dans l'entourage de l'enquêteur, qui étaient alors chargées de recruter chacune plusieurs personnes. Les participants étaient recrutés par téléphone, avec une explication brève du sujet de l'entretien. Un rendez-vous était ensuite fixé, dans le lieu de leur choix. L'investigateur se présentait comme un étudiant en fin de cursus réalisant un travail de thèse et non comme un médecin généraliste afin de limiter un biais de discours dans les réponses des participants.

La taille de l'échantillon n'était pas définie au préalable mais soumise au principe de saturation des données évalué par l'absence de nouvelle notion exploitable lors de l'analyse des entretiens.

L'étude n'a pas été soumise au Comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire, car les données étaient collectées de façon anonyme et ne pouvaient porter préjudice à la personne rencontrée.

2.3 Etude parallèle pour comparer deux générations

Une étude parallèle a été réalisée par Constance Lambert avec une méthodologie identique mais auprès d'une population de sujets âgés de 18 à 25 ans dont les résultats ont été analysés séparément puis ensemble pour comparer les représentations, les perceptions et les attentes des patients des deux générations.

La décision d'exclure les sujets de 25-50 ans vient du fait que la tranche d'âge 25-50 ans ainsi que la présence d'enfant(s) au foyer semblent avoir une influence sur une meilleure connaissance des antibiotiques corrélée à une plus grande exposition aux antibiotiques [12]. La décision d'exclure les sujets d'âge supérieur à 65 ans vient du fait que cette population présente plus de comorbidités et semble être plus exposée à la prescription d'antibiotiques [23].

2.4 Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 1) a été élaboré conjointement par les deux chercheurs en se basant sur les données de la littérature française [24-26] et étrangère [27-29]. L'ordre des questions a été étudié dans le but de mettre le participant dans une démarche d'approfondissement de ses réponses, et afin d'aborder tous les axes de perception des antibiotiques. Les questions étaient ouvertes et non orientées pour ne pas influencer les réponses et permettre l'élaboration d'une réponse construite et réfléchie.

Les entretiens ont été menés suivant le guide d'entretien semi directif, en individuel, dans le lieu proposé par la personne rencontrée. Ils étaient recueillis par double enregistrement via un enregistreur numérique, anonymement, après accord écrit des participants. L'investigateur gardait une attitude neutre au cours des entretiens, s'efforçant d'approfondir les réponses. Les entretiens prenaient fin après confirmation de l'absence d'éléments complémentaires à ajouter de la part du participant et après validation des réponses à l'ensemble des questions de la part de l'investigateur.

2.5 Guide d'entretien (Annexe 1)

Il débute par une évaluation subjective de l'exposition aux antibiotiques des participants au cours de leur vie sur une échelle numérique.

Puis le guide s'articule autour de cinq thèmes :

- Les connaissances générales et représentations des traitements antibiotiques
- Les comportements face à une prescription d'antibiotiques
- Les attentes lors d'une consultation pour une maladie infectieuse aigüe
- Les connaissances, avis sur l'antibiorésistance
- L'information sur les antibiotiques

Quatre entretiens exploratoires (deux entretiens par chercheurs) ont été réalisés pour tester et valider ce guide d'entretien avant de débuter l'étude. Ce guide a évolué au cours des entretiens afin de pouvoir recueillir au mieux le ressenti des personnes interrogées.

2.6 Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone après accord des participants et anonymisés, puis retranscrits sous Word ® en verbatims, en intégralité, mot pour mot, avec note complémentaire concernant les éléments non verbaux. L'anonymat a été respecté. Chaque participant a signé un formulaire de consentement écrit de participation à l'étude (annexe 3) après avoir reçu une information écrite (annexe 3).

L'analyse a été faite par codage axial des verbatims puis catégorisation (regroupement en sous-thèmes puis grands thèmes) de manière indépendante par les deux chercheurs. Puis une triangulation a eu lieu pour rechercher les points de désaccord concernant l'interprétation des données. Cette analyse permet d'évaluer la validité interne des données, à savoir leurs capacités à décrire correctement le phénomène étudié.

3. RESULTATS

Seize personnes ont été incluses dans l'étude (annexe 2). Le recrutement a été arrêté après saturation des données. Les entretiens se sont déroulés en majorité au domicile des patients.

Huit femmes et huit hommes ont participé à l'étude. L'âge moyen était de 55,6 ans (de 50 à 63 ans). Leur lieu d'habitation était à prédominance urbain. Quatre personnes habitaient en milieu rural et deux personnes en milieu semi rural. Sept patients sont suivis par leur médecin traitant depuis au moins 10 ans, quatre patients depuis 5-10 ans et cinq patients depuis moins de 5 ans. Une échelle visuelle analogique permettait aux patients d'estimer leur consommation d'antibiotiques sur toute leur vie. Elle était en moyenne à 3,3/10 (de 1/10 à 7/10). Les entretiens ont duré en moyenne 40 min 36 sec (de 6 à 67 min).

La saturation des données a été obtenue au douzième entretien. Quatre entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la suffisance des données.

Tableau 1 : données sociologiques des participants de l'étude

	AGE	SEXE	CATEGORIES SOCIO-PROFESIONNELLES	LIEU DE VIE	MALADIES CHRONIQUES	ANNEES DE SUIVI PAR MT[1]	EVA (DE 0 à 10)	DUREE DE L'ENTRETIEN
E01	54 ans	F	Secrétaire médicale	Semi-rural	Non	> 10 ans	1	36 min
E02	56 ans	H	Agriculteur	Rural	HTA	1-5 ans	1	19 min
E03	55 ans	F	Secrétaire de mairie	Rural	Dysthyroïdie	1-5 ans	7	47 min
E04	63 ans	H	Routier retraité	Urbain	Coronaropathie	1-5 ans	5	67 min
E05	63 ans	H	Policier retraité	Urbain	Non	5-10 ans	1	48 min
E06	65 ans	F	Professeur retraitée	Urbain	Dyslipidémie	5-10 ans	5	55 min
E07	57 ans	H	Banquier	Rural	Hémochromatose	5-10 ans	1	67 min
E08	51 ans	H	Ingénieur statisticien	Urbain	Non	> 10 ans	3	24 min
E09	50 ans	F	Expert-Comptable	Urbain	HTA	> 10 ans	5	48 min
E10	51 ans	F	Technicien laboratoire	Urbain	Non	> 10 ans	4	48 min
E11	52 ans	H	Technicien EDF	Urbain	Non	> 10 ans	1	6 min
E12	56 ans	H	Commissaire de police	Urbain	Hématome sous-dural traumatique	1-5 ans	5	49 min
E13	54 ans	F	Agent immobilier	Urbain	Non	1-5 ans	2	40 min
E14	50 ans	F	Ouvrier en usine	Rural	Dysthyroïdie, allergie béta-lactamines	> 10 ans	7	24 min
E15	51 ans	H	Ingénieur télécom	Semi-rural	Non	> 10 ans	2	43 min
E16	62 ans	F	Fonctionnaire territoriale	Urbain	Non	5-10 ans	4	29 min

[1] MT : Médecin Traitant

3.1 Connaissances générales sur les antibiotiques

3.1.1 A quoi servent-ils ?

La population étudiée définit les antibiotiques comme permettant de *« guérir » (E03, E05, E09, E13)*, de *« soigner » (E2, E3, E4, E5, E13)*, de *« stopper » (E7, E14)*, de *« palier aux bactéries » (E10), de « tuer les bactéries » (E11)*, « d'évacuer des bactéries » (E15), de « combattre » (E16) ou de *« traiter les infections » (E2, E6, E8)*. La moitié des personnes interrogées précise que les antibiotiques sont indiqués pour traiter des *« infections » (8/16)* alors que les autres participants évoquent des termes plus vagues comme *« maladies »* (E3, E5, E7, E9, E13, E15) ou *« pathologies »* (E8, E13).

3.1.2 Quelles sont leurs cibles ?

La majorité des personnes interrogées (9/16) connait les cibles des antibiotiques et distingue bien virus et bactéries : *« le virus, on ne prend pas d'antibiotiques, et la bactérie tu prends un antibiotique » (E3).* Certains participants s'interrogent néanmoins sur l'indication d'antibiotiques dans des pathologies *« virale peut-être ? » (E15)* sans en être *« persuadé du tout » (E5)* car *« c'est assez flou dans ma tête » (E8)*. D'autres confondent infections *« virales ou bactériologiques » (E5).* Ils préconisent des antibiotiques pour *« stopper les virus » (E7)* notamment la *« grippe » (E16),* pour traiter *« tout ce qui est contagieux » (E7),* pour *« faire du préventif et de se soigner plus vite » (E4)* ou *« quand ça suffit pas les petits remèdes » (E14).*

3.1.3 Dans quelles maladies prescrit-on des antibiotiques ?

La majorité des personnes interrogées connaissent les principales indications des antibiotiques telles que les :

- Angines (10/16) (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E11, E13, E16) dont quatre participants connaissent les tests de dépistage rapide pour distinguer les virus des bactéries (E1, E5, E8, E9)
- Otites (4/16) (E2, E3, E4, E12)
- Cystites (5/16) (E3, E6, E9, E10, E12)
- Infections pulmonaires (4/16) (E3, E5, E6, E12) et coqueluche (E12)
- Sinusites (2/16 : E13, E14)
- Infections génitales (E4)
- Infections dentaires (E14)

On retrouve à nouveau une confusion entre virus et bactéries. En effet, cinq patients préconisent des antibiotiques dans des infections virales comme les bronchites (E4, E9, E11) car quand *« ça tombe sur les bronches, il faut des antibiotiques » (E9)* ou la grippe (E7, E16) car c'est *« quand même que c'est une maladie assez importante, qui peut être grave » (E7).* En revanche, six patients reconnaissent *« qu'il n'y a pas besoin de mettre des antibiotiques » (E4)* pour les *« rhumes » (E1)* et pour les grippes (6/16) (E1, E4, E6, E8, E11, E12), *« parce que tout ce qui est d'origine virale »* comme *« la grippe, on a pas besoin d'antibiotiques » (E12).*

Quatre personnes interrogées mentionnent la prise d'antibiotiques pour les *« dents » (E13)* dans le cadre d'antibioprophylaxie pour des soins dentaires (E1, E2, E10, E13), lors *« de la pose d'implant dentaire » (E01)* où on est amené à en prendre sans être *« malade » (E2).*

3.1.4 Notion de familles d'antibiotiques

Certaines personnes interrogées distinguent des *« familles d'antibiotiques » (E1) comme les « pénicillines » (E9)*. Ainsi *« tous les antibiotiques ne sont pas équivalents » (E8)* et présentent « différents gradients » (E15) et différents *« spectres » (E10)* bactériens. Il incombe au médecin de *« trouver la molécule qui va pouvoir être efficace » (E1)* pour cibler « *telle ou telle maladie » (E8).* La plupart des participants ne connaissent pas de nom d'antibiotiques et le seul mentionné, par seulement quatre participants (E1, E4, E9, E10), est l'amoxicilline car *« c'est toujours l'amoxicilline, c'est toujours le même » (E10)*.

3.1.5 Confusion avec d'autres médicaments

On retrouve une confusion entre le terme « antibiotique » et des…

- …antalgiques pour des
  - Céphalées *« parce que j'avais mal à la tête » (E4).*
  - Douleurs articulaires *« au niveau de mes bras » (E14).*
  - Douleurs abdominales pour *« le mal de ventre » (E14) ou « des problèmes intestinaux » (E13).*
  - Douleurs dentaires : *« j'avais très mal aux dents une fois, et c'était un weekend, je ne savais plus quoi faire et donc j'ai pris des antibiotiques » (E4)* car *« je reconnaissais la douleur » (E4).*
- …antifongiques pour *« la mycose sur les ongles de pieds » (E16).*
- …anticoagulants car *« quand on sort d'opération, on nous fait des piqures là, c'est pas des antibiotiques ? (E16).*
- …antipyrétiques où l'antibiotique est prescrit *« pour la fièvre » (E7).*

3.2 Représentations et perceptions des patients concernant les antibiotiques

3.2.1 Une consommation d'antibiotiques perçue comme faible

La moitié des participants âgés de 50 à 65 ans (8/16) évalue son exposition aux antibiotiques comme faible avec une échelle visuelle analogique (EVA) inférieure ou égale à trois. L'EVA moyenne est d'ailleurs très légèrement supérieure à 3/10. Sept participants évaluent leur exposition aux antibiotiques comme moyenne (EVA 4-6). Seulement une personne exprime une exposition importante aux antibiotiques avec une EVA à 7.

3.2.2 L'antibiotique, un médicament perçu comme efficace…

L'antibiotique est perçu comme un médicament *« efficace » (E4, E7, E15)* et *« sérieux » (E15).* C'est ainsi une *« révolution extraordinaire qui a sauvé la médecine depuis un siècle » (E10).*

3.2.3 …qui permet une guérison rapide…

L'antibiotique est perçu comme un médicament efficace *« tout de suite » (E9)* permettant *« d'être soigné rapidement » (E4*), *« pour pouvoir être remis sur pied le plus rapidement possible » (E6)*, *« je serais vite sur pied » (E13) « en 2 jours » (E14).* Certains patients pensent que l'antibiotique accélère la guérison même en l'absence d'infection bactérienne. En effet, même si « *c'est psychologique » (E13), certains patients pensent que l'antibiotique va permettre de « guérir plus vite » (E13)*. D'ailleurs *« si j'ai pas d'antibiotiques, ça va pas guérir aussi vite » (E9) et « je préfère qu'il me donne carrément des antibiotiques et puis en 3 jours c'est à peu près bâclé, alors que sinon ça traine » (E14).* On entrevoit ici la notion d'effet placebo.

3.2.4 …ciblé sur certaines pathologies…

On retrouve dans les discours de certains participants, la notion d'utilisation « ciblée » (E7) selon la pathologie avec des « familles d'antibiotiques » (E1) possédant « différents gradients » (E15) et différents *« spectres » (E10)* bactériens permettant de traiter « *telle ou telle maladie » (E8) car « tous les antibiotiques ne sont pas équivalents » (E8).*

3.2.5 …indiqué dans des infections importantes.

Les antibiotiques sont jugés utiles par certains patients uniquement dans des infections « importantes » (E6, E7, E12) ou « grave » (E7) comme des *« fortes angines » (E5),* voire dans des infections *« à répétition » (E12)*. On perçoit dans certains entretiens que le terme infection désigne une infection bactérienne et non virale *« ça a commencé par un virus et ça finit par une infection » (E9).*

3.2.6 …mais présentant aussi des risques

La moitié des personnes interrogées évoque les risques d'effets secondaires lors de l'exposition aux antibiotiques qui sont des *« produits chimiques » (E4)* et des *« corps étrangers » (E10)* qui peuvent être responsable *« d'effets secondaires » (E6, E10) « de tout genre » (E6).* Cette *« nocivité » (E4)* est d'ailleurs l'une des *« questions immédiates » (E6),* que se pose les patients *« quand je prends le traitement, je me dis, quels vont être les effets secondaires sur mon organisme » (E6) car « il y a des médicaments qui semblent simples et parfois il suffit d'avoir un des effets secondaires »* (E5).

Les manifestations digestives sont les effets indésirables les plus observées et recherchées par les patients *« la seule crainte que j'ai, c'est que ça me fasse mal à l'estomac » (E4)*, *« est-ce que je que je ne vais pas encore avoir des problèmes intestinaux ? » (E14), « ça me provoque facilement des diarrhées, des nausées » (E14)*. Certains patients évoquent d'autres effets indésirables comme les *« mycoses vaginales » (E10)* ou l'asthénie *« ça affaiblit les antibiotiques » (E2).* Certains patients évoquent le risque d'allergies suite à la prise antibiotiques où *« j'étais couverte de boutons, comme*

une salamandre » (E1). Certains participants expriment n'avoir *« jamais eu d'effets secondaires » (E9).*

Les craintes par rapport aux effets secondaires lors de la prescription d'antibiotiques sont atténuées par le fait que les médecins prescrivent souvent *« les mêmes antibiotiques, donc je les connais et donc je sais comment je réagis avec eux » (E4)*.

La majorité des personnes interrogées admet regarder les notices des médicaments (10/16). Certains lisent les notices « *avant le traitement » (E3)* pour y trouver un complément d'information concernant *« la posologie » (E15)* ou lorsqu'on « *change de médicaments » (E12)* au profit d'un traitement *« plus récent » (E2).* D'autres lisent les notices devant l'apparition d'un *« symptôme » (E3)* suspect, *« si j'ai mal quelque part » (E4), « si je me sens pas bien » (E4)* ou si j'ai des *« nausées » (E8), afin de « regarder si ça vient du médicament » (E3).*

Certains participants évoquent le versant angoissant de la notice où la *« liste des effets secondaires est tellement longue » (E5) avec « toutes les contre-indications » (E13).* Elle peut être amenée à faire douter les patients « *ça me met des doutes » (E5),* et même leur faire *« peur » (E13)* et ainsi faire remettre en cause l'observance des patients *« qu'est-ce que je fais ? Je continue ? » (E5)*. Aussi, certains patients conseillent « d'*éviter » (E6)* de lire « *les notices » (E6)* car *« c'est pire que tout ; on a l'impression qu'on va attraper tous les trucs les plus abominables qui soient » (E6).*

3.3 Les déterminants de prescription d'antibiotiques

3.3.1 La durée des symptômes conduit les patients à consulter

La majorité des patients avoue ne *« pas voir le médecin systématiquement pour un petit rhume » (E4*) car *« on se dit que ça va passer » (E5).* Ils admettent consulter quand *« ça traine » (E4, E14),* quand *« ça se prolonge » (E12),* quand *« ça ne passe pas rapidement » (E2),* quand *« les symptômes sont persistants et qu'il n'y a pas d'amélioration » (E1), quand « ça va commencer à s'aggraver » (E9)* ou quand *« c'est quelque chose de surprenant, là j'attends pas » (E5).* En revanche, ils consultent leur médecin quand « *ça va vraiment pas » (E5), « quand ça va pas mieux » (E16),* ou *« quand ça tergiverse » (E12).* Ils ne définissent pas de véritable délai au-delà duquel ils estiment qu'une consultation est nécessaire : certains estiment qu'il faut attendre *« 1 jour ou 2 » (E5), d'autres consultent « quand la fièvre dépasse 4 jours » (E1) ou encore quand les symptômes persistent « au-delà d'une semaine » (E12), « 8 jours » (E14) ou « une dizaine de jour » (E12).*

3.3.2 La durée des symptômes oriente vers une infection bactérienne

Certains des participants perçoivent la durée des symptômes comme un déterminant orientant vers une infection bactérienne incitant à « *passer à un antibiotique » (E9)* car *« c'est anormal que ça traîne » (E9)*. En effet, l'infection virale, c'est *« Doliprane® et puis on va attendre » (E9) que ça passe.* D'ailleurs *« quand c'est un virus, tu n'es pas malade longtemps » (E10).* Aussi, *« une bronchite peut aussi nécessiter des antibiotiques, si ça dure longtemps » (E6).*

3.3.3 Les douleurs orientent vers une infection bactérienne

Certains des participants perçoivent la douleur comme un déterminant orientant vers une infection bactérienne incitant à mettre des antibiotiques car *« ça fait souffrir les bactéries » (E10)* et que quand c'est « infecté, *tu as mal » (E13).* Les antibiotiques d'ailleurs sont perçus comme nécessaires *« quand les douleurs sont vraiment intenses » (E14)* et que *« tant que la douleur est supportable » (E7), « je pense qu'il faut essayer de ne pas donner d'antibiotiques » (E7).* Ainsi, quand *« le doliprane suffit pas » (E14*) notamment *« pour les dents » (E14)* ou *« pour une infection urinaire » (E10)* et que *« tu souffres tellement » (E10)*, l'antibiotique devient indispensable.

3.3.4 La fièvre oriente vers une infection bactérienne…grave ?

Certains des participants perçoivent la fièvre comme un déterminant orientant vers une infection bactérienne incitant à mettre des antibiotiques. La *« fièvre » (E10)* est perçue comme synonyme « d'*infection » (E10).* Les antibiotiques sont utiles pour faire « tomber » (E11) *« la fièvre » (E7, E8, E11)* car *« la fièvre ça met à plat » (E11).* D'ailleurs, si les patients ne « *consulte pas pour un simple rhume » (E8, E11*), ils comprennent que la fièvre doit amener à consulter le médecin *« Je vais voir un toubib quand j'ai de la fièvre » (E11).* Au contraire, l'absence de fièvre orienterait vers une infection virale car les patients considèrent que c'est *« viral » (E10) « dès qu'il n'y a pas de fièvre » (E10). Aussi,* certains patients perçoivent que *« l'intensité de la fièvre oriente vers une bactérie » (E10)*. La fièvre peut donc devenir une source d'inquiétude chez certains participants qui craignent alors les *« convulsions » (E13)* hyperthermiques.

3.3.5 La couleur des sécrétions oriente vers une infection bactérienne

Certains des participants perçoivent la couleur des sécrétions comme un déterminant orientant vers une infection bactérienne incitant à mettre des antibiotiques car ils considèrent que quand *« ça devient épais, vert, noir, jaune, de toutes les couleurs »*, c'est un rhume *« qui tourne mal qui finit en bactérie » (E9).*

3.3.6 Autres déterminants

Certains participants conçoivent qu'un antibiotique peut être prescrit pour éviter l'absentéisme scolaire ou professionnel. Même en l'absence d'indication, la prescription d'un antibiotique permet aux *« parents » (E12)* d'être *« plus tranquille » (E12)* en ayant « *cette impression » (E12)* que son *« enfant sera mieux soigné » (E12)* et qu'il *« sera peut-être malade moins longtemps » (E12) et qu'il « pourra peut-être intégrer l'école ou la crèche » (E12).* Ils expliquent que *« maintenant, les parents travaillent et ils n'ont pas le temps de s'arrêter » (E6)* et qu'ils *« cherchent forcément la solution la plus rapide » (E6).*

Certains participants pensent qu'un antibiotique peut être prescrit *« pour le bien être du patient » (E7)*.

3.4 Attentes des patients vis-à-vis des antibiotiques et de leurs médecins

3.4.1 Ils consultent rarement le médecin

La majorité des patients, âgés de 50 à 65 ans, assurent « *rarement » (E2)* consulter le médecin de façon générale comme pour des pathologies infectieuses aigües car ils ont la chance *« de pas être malade » (E1, E7).* Pour certains, la visite chez le médecin se résume à des *« renouvellements de traitement » (E2)* et qu'en l'absence de *« traitement, je pourrais être plusieurs années sans le voir » (E2)*. Ils ne jugent pas nécessaire de *« voir le médecin pour un petit rhume » (E2, E4, E8, E11, E12, E13)* ou *« pour les petits bobos » (E7).* Ils estiment qu'ils peuvent se « *débrouiller tout seul » (E1)* et gérer le problème sans avis médical ; il faut surtout *« rester au chaud à la maison » (E7)* et *« attendre que ça passe » (E15).*

3.4.2 La relation de confiance avec leur médecin

La plupart des sujets de 50 – 65 ans interrogés ont une « confiance » (E7, E8, E11, E14, E15) *« aveugle » (E2)* en leur *« médecin traitant » (E1).* Ils *« l'écoutent » (E10)* et suivent *« le traitement qu'il donne » (E3)* comme des *« moutons » (E2)* sans *« aucune hésitation » (E15)* et sans *« poser de question » (E4).* En *« campagne » (E1*), il est même parfois perçu comme *« le bon dieu » (E1).* Cette confiance accordée au médecin est le fruit de *« l'éducation » (E3)* dans *« l'enfance » (E3)* où les *« parents faisaient une confiance aveugle dans les médecins, donc nous aussi » (E3).*

Si certains admettent faire *« confiance quand même » (E16)* on ressent dans le discours de certains participants une réticence globale *« à l'égard des médecins » (E16)*. Ils expliquent qu'il y a *« 30 ans » (E3), « on remettait pas en cause le diagnostic du médecin. C'était le médecin qui avait la science » (E3) ; « peut être que maintenant, on fait moins confiance ou médecin » (E2)* car « aujourd'hui, les gens regardent sur internet, se renseignent, vont voir un autre médecin » (E3). Ainsi, ils attendent d'avoir des explications pour accorder leur confiance et *« s'il a été convainquant, je fais confiance » (E12)*.

3.4.3 Leurs attentes chez le médecin

3.4.3.1 Des conseils et des explications

Certains participants attendent de leur médecin un *« conseil » (E1)* et des *« explications » (E1, E12)*. Les patients souhaitent qu'il explique *« pourquoi il est amené à prendre telle ou telle décision ou à prescrire tel ou tel médicament » (E12)* et qu'il explique les *« raisons pour lesquelles il prescrit les antibiotiques » (E13, E15) ou « au contraire, pourquoi on ne traite pas » (E1).* Les patients souhaitent également être informés sur les modalités de la prise du traitement, *« la posologie, quand je dois les prendre, sur combien de temps » (E12),* les *« risques » (E14)* et les *« effets secondaires » (E15).* Le médecin est le premier interlocuteur en matière de santé ; en effet, *« si j'ai quelque chose à demander, c'est à mon médecin » (E7)*, *« c'est pas quand je vais sortir que je vais aller sur internet si c'est bien ou si c'est pas bien. Je lui demande des explications » (E13) ;* D'ailleurs *« si il me les donne pas, je trouve que c'est pas un bon médecin » (E13).* Certains patients s'étonnent parfois d'avoir très peu d'explications de la part de leur médecin. Ils *« aimeraient bien qu'on explique un*

petit peu plus » (E15). Parfois, ils ne savent « *pas pourquoi » (E14)* des antibiotiques leurs sont prescris.

3.4.3.2 Une expertise médicale

Certains participants attendent de leur médecin une expertise médicale avec un interrogatoire précis et ciblé. Le médecin doit poser *« des questions sérieuses » (E5)* en évitant de digresser sur d'autres sujets en parlant de *« politique ou de mon cholestérol ou de ma prostate »* car *« je viens pour un problème, je veux qu'on parle que de ce problème » (E5).* Ils attendent ensuite *« qu'il y ait une consultation digne de ce nom » (E12)* avec une *« bonne auscultation » (E5)* car *« un médecin, c'est un technicien, un expert » (E12).* Cette consultation doit déboucher sur un *« diagnostic » (E1) « précis » (E15)* en s'aidant éventuellement d'un *« examen ou une prise de sang » (E4)* afin de savoir *« si j'ai besoin d'un traitement ou pas » (E3)*.

3.4.3.3 Un traitement (hors antibiotiques)

Certains participants attendent de leur médecin qu'il les *« guérisse » (E5) et « soigne » (E5)* en prescrivant *« des médicaments appropriés » (E4), « rapides et efficaces » (E6)*. D'autres attendent que le médecin *« fasse en sorte que ça aille mieux » (E5)* et espèrent plutôt des *« médicaments de confort » (E10)*, *« quelque chose qui me soulage » (E16)* comme un médicament *« qui va m'empêcher de tousser » (E10)* ou *« qui va me faire dormir » (E10)* car *« j'ai bien compris que c'est pas un dieu le médecin » (E10).*

3.4.3.4 Un traitement antibiotique

La majorité de la population étudiée (11/16), âgée de 50 à 65 ans, déclare ne jamais avoir demandé verbalement des antibiotiques à leur médecin. Si la majorité ne s'attend pas à *« avoir des antibiotiques » (E5)*, certains espèrent « *qu'il en donne systématiquement » (E14)* car *« ça va soigner plus vite » (E2, E4)* et ils pensent pouvoir *« être guérit immédiatement » (E1).* Certains participants avouent cependant avoir déjà demandé des antibiotiques à leur médecin pour accélérer la guérison afin *« de se soigner plus vite » (E4)*, pour prévenir l'infection bactérienne car « *quelques fois, il vaut mieux faire du préventif » (E4)* ou pour rassurer les parents des potentielles *« convulsions fébriles » (E13)* chez leurs *« enfants » (E13).* Dans la plupart des cas, l'antibiotique demandé a été prescrit *« mais c'était à l'époque où les médecins prescrivaient beaucoup d'antibiotiques » (E16).* Toutefois, pour un des participants, l'antibiotique demandé a été refusé par le médecin *« remplaçant » (E9)*. Ceci *« avait agacé » (E9)* le patient qui avait alors eu le sentiment d'être *« venu voir » (E9)* le médecin *« pour rien » (E9)* et d'avoir fait perdre *« 23 euros à la sécurité sociale » (E9).* Cependant, le patient était revenu voir le médecin traitant *« 2 jours après » (E9)*, qui, cette fois-ci, avait consenti à la demande.

3.4.3.5 Ecoute et réassurance

Certains participants attendent de leur médecin de *« l'écoute » (E4)* et de la *« réassurance » (E4)*. Ils attendent *« qu'il m'écoute d'abord » (E4), car « un médecin est forcément à l'écoute de son patient » (E12).* Ils considèrent *« qu'un médecin, c'est un technicien, un expert » (E12)* mais *« il doit avoir une dimension humaine affirmée » (E12).* En effet, quand *« on se sent pas bien » (E4)*, on a

besoin d'être *« rassuré aussi » (E4)*. D'ailleurs, *« quelques fois, les patients ne sont pas contents » (E1)* car *« ils ont l'impression qu'ils n'ont pas été entendus » (E1).*

3.4.3.6 Disponibilité

Certains participants attendent également de leur médecin qu'il soit *« très réactif »* et *« très disponible » (E3)* et regrettent l'époque où les médecins étaient joignables *« même le samedi après-midi et même la nuit » (E3).*

3.4.4 Le rôle du pharmacien

La majorité des patients (9/16) mentionne le rôle *« important » (E6)* du pharmacien dans l'information des patients sur les antibiotiques. Il *« peut apporter des compléments d'informations » (E1, E9 E12), « des conseils » (E7), « notamment dans l'automédication » (E1),* sur les *« effets indésirables » (E7)* ou dans *« la façon de prendre le traitement » (E4),* notamment quand c'est un *« nouveau » (E9) médicament « que je connais pas » (E6)*. Il permet parfois *« d'éviter des erreurs » (E12)* médicales en expliquant *« à quoi sert » (E5)* l'antibiotique pour *« voir si ça correspond à ce que mon médecin m'a dit » (E5)* et *« auquel cas réorienter » (E8)*. Le fait d'aller *« à la même pharmacie depuis des années » (E4)* permet d'instaurer *« une relation de confiance » (E12)* et favorise la communication entre le pharmacien et le patient.

3.4.5 Leurs comportements face à une prescription d'antibiotiques

La majorité des 50 – 65 ans (10/16) revendiquent une observance très moyenne lors de la prise d'antibiotiques. Certains participants admettent réduire *« quasiment systématiquement » (E5)* la durée prescrite car « *au bout du 2-3ème jour » (E11), « ça va mieux » (E5, E11),* que *« ça me casse les c***** » (E5)* de continuer ou *« parce que je me méfie des médicaments » (E16).* D'autres participants admettent *« essayer de respecter la durée prescrite » (E2)* en avouant avoir *« tendance à raccourcir la durée » (E2)* ou d'oublier *« vers la fin du traitement » (E8)* car *« on a plus mal, on y pense plus » (E8).* Si certains participants expriment parfois avoir réduit la durée dans le passé *« quand j'étais gamine » (E10),* ils sont conscients que *« maintenant il faut vraiment suivre les durées » (E2) ;* « *j'ai fait ça…mais je le fais plus » (E9)*. Certains s'interrogent d'ailleurs sur les risques d'un arrêt précoce car en cas de *« rechute » (E3, E9) : « ça veut dire que tu recommences tout à zéro ? » (E3)*. Seul un participant avoue au contraire avoir déjà prolongé la durée de prise de l'antibiotique en faisant *« plus que prévu » (E14)* devant des douleurs *« au niveau de mes dents » (E14)* car *« il restait des cachets dans la boîte » (E14).*

Une minorité des patients (6/16) respecte scrupuleusement *« à la lettre » (E12)* les consignes du médecin, *« même si ça me fait suer parfois » (E10)*. En effet, ils vont *« vraiment jusqu'au bout » (E9)* car *« même si ça va bien, il a conseillé cette durée-là, je prends » (E7).*

En revanche, la quasi-totalité des patients (15/16) semble respecter les posologies prescrites. Ainsi, *« si c'est marqué 3 fois par jour, je prends 3 fois par jour » (E5).* Un des participants avoue que *« la prise du midi risque de sauter » (E6).*

3.4.6 L'automédication

3.4.6.1 Automédication avec les antibiotiques

La majorité des patients ne préconise pas de « *prendre des antibiotiques sans consulter » (E3)* car *« c'est mieux d'avoir l'avis du médecin quand on commence un traitement antibiotique » (E3)* ; *« on ne s'improvise pas docteur » (E1).*

Cependant une minorité non négligeable de patients, cinq participants sur seize, admet avoir eu recours à l'automédication par un antibiotique pour :

- Des symptômes « similaires » (E4) que le patient « *reconnaissait » (E04)* et attribuait à une pathologie antérieurement traitée par antibiotiques *; « ça me gratte la gorge comme la dernière fois »* et *« hop je prends les comprimés 2-3 jours, et ça repart, donc pas de médecin, pas d'antibiotiques à racheter » (E5)* ou *« on peut peut-être le faire si c'est exactement les mêmes symptômes, si c'est une pathologie qu'on a déjà eu » (E6).*
- Des douleurs importantes car *« je souffrais au niveau de mes dents » (E14) « j'avais très mal…je ne savais plus quoi faire » (E04)* et *« il me restait des cachets dans la boîte » (E14).*
- Des *« infections urinaires » (E03) « qui ont lieu le week-end » (E03).*
- Eviter des arrêts de travail afin de ne *« pas avoir à être remplacé » (E06)* car *« ça aurait été gênant avec les collègues » (E6).*
- Des *« enfants » (E12)* devant la *« peur des convulsions » (E12)* hyperthermiques.

3.4.6.2 Automédication avec des médicaments sans ordonnances

Comme *« beaucoup de Français » (E16),* tous les sujets âgés de 50 à 65 ans ont recours à *« l'automédication » (E1*) avec des *« choses naturelles » (E6),* des *« trucs basiques » (E7).* Ils y sont favorables *« dans toutes les petites pathologies hivernales » (E1), « bénignes » (E2)* dans les *« états grippaux » (E16),* notamment quand *« le nez qui coule, de la fièvre, une toux » (E1)*. Ils comprennent que l'automédication ne permet pas d'être « *guérie plus vite » (E10)* mais qu'elle apporte un *« confort » (E10).*

« Au bout de 2-3 jours » (E5), « si les symptômes sont persistants et qu'il n'y a pas d'amélioration, il faut consulter » (E1), notamment pour éliminer *« une infection un peu plus importante » (E2)*. Les patients considèrent « *qu'il faut aller consulter plus rapidement » (E1) ou même « d'emblée » (E10)* en cas *« d'allergie » (E1)* ; s'il y a *« d'autres traitement en cours » (E7)* ou pour les *« personnes plus âgées »* car elles *« sont souvent plus fragiles » (E1).*

Attention cependant à ne pas *faire « n'importe quoi » (E1, E2)* car *« on ne s'improvise pas docteur » (E1) ; « vous avez fait des études, c'est pas pour rien » (E7)*. L'automédication peut en effet s'avérer *« dangereuse » (E15)* ou *« risquée » (E7)* et il *« ne faut pas trop jouer avec sa santé » (E2).* Le discours de certains participants laisse d'ailleurs transparaître une certaine perception négative de l'automédication chez des patients qui *« avouent » (E12)* avoir recours à l'automédication même si *« je sais que c'est pas bien » (E3), « je sais que c'est pas forcément une bonne idée » (E6)* car *« les médecins souvent, ils aiment pas trop qu'on s'automédique » (E9).*

Parmi les produits utilisés, on retrouve le *« paracétamol » (E5, E4, E7, E9, E10, E12, E13, E15, E16)*, les supplémentations vitaminiques type *« Berroca® » (E8, E9)* ou *« Vitamine C® (E8, E9,*

E13), des *« sirops anti-tussifs » (E2, E7, E10),* des *« anti-inflammatoires » (E3, E8, E13)*, de *« l'homéopathie » (E8, E9, E15*), des *« lavages de nez » (E08, E13),* des *« tisanes » (E4, E5)*, des *« pastilles pour la gorge » (E10, E13)*, de *« l'ultra-levure » (E3, E16),* des *« suppositoires » (E3)*, de la *« phytothérapie » (E6),* des bronchodilatateurs type *« Seretide® »* ou *« Ventoline® » (E9),* du *« miel » (E5),* des *« huiles essentielles » (E6),* des vasoconstricteurs nasaux type *« Fervex® » (E14),* des antispasmodiques type *« Spasfon® » (E15)* ou des *« protecteurs gastriques » (E8).*

On note que certains patients perçoivent le paracétamol comme un produit inoffensif. En effet, *« prendre un Doliprane®, ça ne pose pas de problème » (E3)* car il n'est *« pas dangereux » (E08)*.

3.4.7 Craintes vis-à-vis des antibiotiques et des médicaments en général

La majorité des sujets âgés entre 50 et 65 ans (10/16) n'a *« aucune crainte ou hésitation » (E1, 10, E15)* lors de la prise d'un antibiotique. A partir du moment où le médecin *« a expliqué » (E12)* le diagnostic et qu'il existe une *« relation de confiance entre le patient et le médecin » (E12), « il n'y a pas de raison à ce que j'appréhende » (E12).* La confiance est renforcée par le fait que l'on prescrit souvent « *les mêmes antibiotiques » (E4)* donc le patient les *« connaît »* et *« sait comment il réagit avec eux » (E4),* et ce, d'autant qu'ils n'ont pas été exposés à des *« effets secondaires » (E9)* ou des *« allergies » (E9).* Certains admettent avoir plus *« d'incertitudes » (E15)* si ce n'est pas *« mon médecin traitant » (E15)* qui a prescrit le traitement.

D'autres participants admettent avoir des *« craintes » (E4)* à la prise d'antibiotiques où *« la question immédiate » (E6)* est *« quels vont être les effets secondaires sur mon organisme » (E6)*. Ils appréhendent surtout les manifestations digestives sur « *l'estomac » (E4)* et le *« ventre » (E14),* particulièrement quand le médecin prescrit *« un nouveau médicament » (E5, E15) « que je connais pas » (E5)*.

Certains participants se disent *« réticents »* aux médicaments *« comme beaucoup de Français » (E16)*, voire même carrément *« anti-médocs » (E13)*. Certains perçoivent les antibiotiques comme des *« substances chimiques » (E6)* qui ne *« sont pas bonnes pour l'organisme » (E6)* et les évitent *« à tout prix » (E11) car ils en ont « peur » (E13).* Ils se demandent parfois si l'antibiotique est *« vraiment indispensable » (E5)* car sa prise est perçue comme une *« obligation » (E3)* et non *« par confort » (E3).* Aussi, ils se montrent « *sceptiques » (E5)* et remettent en question la véracité de certaines *« informations sur les médicaments » (E5)* en évoquant l'impact négatif des différents « *scandales sanitaires » (E16) et « polémiques » (E5)* véhiculées dans « *certains articles ou certains reportages » (E5)* comme avec le *« Levothyrox® » (E5),* le *« médiator®» (E16),* le *« vaccin contre l'hépatite B » (E5, E16),* les *« salmonelloses chez Lactalis » (E15)*, ou concernant *« Stromae »* et le *« médicament contre le paludisme » (E5).* Certains remettent en cause l'impartialité de certains journalistes comme *« Michel Cymes » (E5)* qu'ils considèrent être *« pro-laboratoire » (E5)*. Ainsi, le patient *« ne sait plus très bien qui a raison, qui a tort »* et soupçonne que les *« laboratoires » (E5)* étouffent ces scandales car *« tant que quelqu'un de connu n'en parlait pas, c'était sous la table » (E5)*. Il existe également une *« méfiance générale l'égard des vaccins » (E16).* Certains participants ne sont *« pas très favorables » (E6)* aux *« 11 vaccins » (E5)* devenus récemment obligatoire car ils estiment qu'ils peuvent engendrer *« de la fièvre, des douleurs, de la diarrhée » (E5)* surtout *« sur des organismes si petits » (E5)*.

3.5 Surconsommation d'antibiotiques : à qui la faute ?

3.5.1 La faute des patients ?

3.5.1.1 Influence du patient sur le prescripteur ?

La majorité des 50 – 65 ans (8/16) pense que les patients peuvent être amenés à faire pression sur le prescripteur, de façon verbale ou non, et peuvent ainsi influencer la prescription d'antibiotiques. Certains patients « espèrent » (E14) que le médecin *« donne des antibiotiques » (E14)* car ils s'attendent à *« être guérit immédiatement » (E1)* et pensent que *« ça va soigner plus vite » (E2).*

L'antibiotique peut ainsi être prescrit pour éviter les arrêts de travail car les patients souhaitent « *pouvoir aller bosser » (E12) ; ils « n'ont pas le temps de s'arrêter » (E6)* car *« ils ne peuvent pas se permettre » (E6)* de *« perdre de l'argent » (E6) avec « la fameuse carence de 3 jours » (E6).* L'antibiotique peut aussi être prescrit pour répondre à une angoisse parentale notamment quand *« un enfant est petit » (E6)* car *« on a tendance à paniquer et à chercher une solution très rapide » (E6),* où les parents ont *« l'impression que, parce que le médecin va prescrire des antibiotiques, leur petit va mieux aller de suite » (E12) ;* Les parents sont alors *« plus tranquilles » (E12)* et peuvent faire réintégrer l'enfant *« à l'école ou à la garderie » (E12).*

Certaines personnes interrogées estiment que certains *« clients » (E7) « demandent » (E10, E12) ou « réclament » (E7, E16)* des antibiotiques. Ils sont alors parfois prescrits *« pour faire plaisir » (E1)* aux patients pour « *avoir la paix » (E1).* Les participants perçoivent d'ailleurs que les campagnes de sensibilisation ont été pensées *« pour faire en sorte que les gens soient plus raisonnables » (E1)* et même que *« si la France est à ce point-là, c'est parce que les patients demandent aux médecins » (E10).* Certains participants avouent d'ailleurs avoir déjà demandé des antibiotiques à leur médecin car *« quelques fois, il vaut peut-être mieux faire du préventif, et se soigner plus vite » (E4)*. Les sujets de 50-65 ans perçoivent que les médecins *« cèdent un peu trop » (E12)* aux patients demandeurs car ils se *« connaissent depuis je sais pas combien de temps » (E8)*. En effet, *« c'est au médecin de limiter » (E7)* la prescription d'antibiotiques *« même si le client en réclame » (E7)* et il faut parfois que les *« docteurs n'écoutent pas leurs patients » (E8)* et *« que ça soit plutôt le contraire » (E8).*

3.5.1.2 Consultation = ordonnance ?

La sur-prescription d'antibiotiques peut être expliquée par le fait que les Français attendent une ordonnance à l'issue de la consultation. En effet, il existe une certaine *« habitude » (E3)* où le patient qui consulte le médecin s'attend à *« ressortir avec une ordonnance » (E1)* avec des *« médicaments » (E3)*. Ainsi, *« aller chez le médecin, sans avoir de traitement » (E3)* est perçu comme *« avoir perdu son temps » (E3).* Le rôle des explications par le médecin tient ici tout son sens car il est important de *« bien faire comprendre aux gens qu'il n'est pas nécessaire de ressortir d'une consultation avec un médicament spécifique s'il n'y a pas besoin » (E1)* et que *« ça marche aussi bien » (E3) « avec des conseils » (E3).*

3.5.1.3 Surconsommation d'actes médicaux ?

Un recours fréquent et rapide à une consultation médicale concourt à une sur-prescription d'antibiotiques. Certaines personnes interrogées critiquent *« les gens qui s'écoutent de trop » (E7)*

et qui *« se précipitent chez le médecin dès qu'ils ont le moindre problème » (E6)* sans *« essayer l'automédication » (E6).* En effet *« les gens consomment de la médecine » (E1)* alors que si « *les gens étaient un peu plus disciplinés » (E6), « on aurait moins de soucis de sécurité sociale » (E6).*

3.5.2 La faute des médecins ?

Certaines personnes interrogées estiment qu'une partie de la surconsommation d'antibiotiques en France est dû aux médecins qui prescrivent trop d'antibiotiques car ce sont les *« médecins aussi bien sur » (E4)* car *« c'est eux les premiers » (E4)* qui prescrivent.

3.5.2.1 Habitudes de prescription ?

La majorité des personnes interrogées (11/16) expliquent la sur-prescription médicale d'antibiotique par la pérennisation d'habitude de prescription**.** Il y a *« 20 » (E6), « 30 » (E3, E4)*, *« 40-50 ans » (E4)*, *« c'était révolutionnaire » (E4)* et on *« donnait beaucoup d'antibiotiques » (E2)* dès qu'on était malade car *« on disait que l'antibiotique allait tout traiter » (E2)*. D'ailleurs, les *« 75 ans et plus ont été plus exposés en leur temps » (E6) ; aussi « j'en ai pris plus que mes enfants » (E6).* Les patients se représentent d'ailleurs *« l'ancien médecin » (E3)* comme un médecin qui *« mettait sous antibiotiques » (E3) « quasiment systématiquement » (E4)* car *« pour eux c'était le médicament miracle, et il le prescrivait à la pelle » (E3)*. C'était *« une autre génération » (E3)*. En revanche, *« la nouvelle génération sait bien que les antibiotiques, c'est pas automatique » (E4)*.

3.5.2.2 Fragilité de certaines populations ?

La majorité des personnes interrogées (10/16) explique la sur-prescription médicale d'antibiotiques par la fragilité de certaines populations. En effet, certains patients se demandent si le médecin prescrit *« plus facilement un antibiotique à un gamin qu'à un adulte » (E7)* ou si *on « traite peut-être plus les enfants » (E6)*. Ils pensent que *« quand un enfant est petit » (E6), « on a plus besoin d'être rassuré » (E15)* et qu'on *« a tendance à paniquer et à chercher une solution très rapide » (E6)* et ainsi prescrire plus facilement des *« antibiotiques » (E6)*. De même les sujets âgés de plus de *« 70 ans » (E9) « sont un peu plus fragiles » (E9)* et cette *« fragilité doit entraîner une autre approche » (E9).* D'autres patients s'interrogent également sur l'impact de la *« précarité de la population » (E5)* et de la *« problématique des migrants » (E12)* sur la recrudescence de *« pathologies très anciennes, qu'on ne voyait plus et qui reviennent » (E12)*, pouvant favoriser une sur-prescription d'antibiotiques.

3.5.2.3 Surcharge de travail ?

Certains patients estiment que la surcharge de travail des médecins, dans une problématique plus globale de démographie médicale en France, peut expliquer une sur-prescription d'antibiotiques. En effet, les médecins restant sont *« complètement débordés » (E13)*, notamment en période *« d'épidémie de grippe » (E13).* Cela implique *« d'aller plus vite » (E2, E9, E13) « en consultation » (E13)* car il n'a *« pas de temps à perdre » (E2)*. Certaines personnes interrogées s'agacent des consultations qui durent *« 10 min » (E4, E12)* où ils ont *« l'impression que c'est vite bâclé » (E14)* car le médecin *« passe au suivant » (E13)* puisqu'il y a *« 15 personnes dans la salle d'attente » (E13)*. Ils reprochent à certains médecins qui *« ont trop de patientèle » (E7)* de ne pas prendre *« le temps d'expliquer » (E5),* de *« passer 15-20 min de plus à expliquer » (E9)* et *« d'essayer de convaincre » (E9). Aussi,* certains *« médecins ne cherchent pas à comprendre » (E10)* et prescrivent des

« *antibiotiques d'emblée » (E10) car « les explications ça prend du temps » (E4)* et *« le temps, c'est de l'argent » (E3, E4). « Il y a moins de médecin, donc moins de temps par patient » (E4)* et les explications essentielles à la bonne compréhension par le patient, du diagnostic et de la prise en charge nécessitent *« d'avoir du temps » (E3)*, car *« automatiquement l'explication, ça prend du temps » (E4)* mais que *« parfois c'est compliqué » (E3), « surtout en hiver, quand il y a du retard et la salle d'attente est pleine » (E3)*, *« aujourd'hui, c'est la chaîne » (E7)*. Certains patients réfléchissent à *« la télémédecine » (E4)* qui peut être *« une solution aussi » (E4).*

3.5.2.4 Mauvaise formation des médecins ?

Des participants estiment que certains médecins sont *« mal formés » (E10)* et pensent que *« les jeunes médecins sont sensibilisés aux antibiotiques » (E1)* car *« ils sont plus au fait des dernières informations médicales pour traiter autrement » (E1)* et que *« la nouvelle génération sait bien que les antibiotiques, c'est pas automatique » (E4)*.

3.5.2.5 Satisfaire le patient-client

Certains patients considèrent que le médecin peut être amené à sur-prescrire des antibiotiques pour satisfaire le patient**,** *« pour lui faire plaisir » (E1)* car *« le patient va être content » (E1)*. Un patient explique même qu'il *« avait un toubib » (E12) « plutôt génération ancienne » (E12)* qui *« prescrivait pratiquement ce que nous voulions » (E12).*

3.5.2.6 Incertitude diagnostique

Certains patients expliquent que le médecin peut être amené à sur-prescrire un antibiotique devant une incertitude diagnostic, pour se rassurer, pour *« se blinder » (E10)* ou pour ne *« pas avoir de soucis » (E10).*

3.5.2 La faute des laboratoires pharmaceutiques ?

Certains patients tiennent l'industrie pharmaceutique comme responsable d'une partie de la surconsommation d'antibiotiques en exerçant des pressions auprès des médecins. Les patients accusent le *« lobbying » (E10)* des *« laboratoires pharmaceutiques » (E4, E10, E15)* d'influencer la vision des médecins. En effets, les *« visiteurs médicaux » (E3),* peuvent *« faire croire n'importe quoi aux médecins » (E3)* en proposant de *« vendre » (E10)* un *« médicament miraculeux » (E3).* De même, certains patients sont sous le *« choc » (E3),* trouve ça *« tordu » (E3)* et pas *« normal » (E16)* que les formations des médecins soient *« financées par les laboratoires » (E16)* et ils estiment que c'est à *« la sécu » (E16)* de les financer *« pour que le médecin ait plus de libertés vis-à-vis des laboratoires » (E16)*.

3.6 L'antibiorésistance

3.6.1 Un terme méconnu

La plupart des personnes interrogées perçoivent *« qu'il y a des risques » (E13)* sans pouvoir néanmoins identifier leurs « natures exactes » (E13). Ainsi, seuls deux participants (E1, E10) admettent spontanément connaitre le terme d'antibiorésistance. La moitié (8/16) de la population étudiée, âgée de 50 à 65 ans, exprime n'avoir jamais entendu parler de l'antibiorésistance (E07, E08, E09, E11, E13, E14, E15, E16) et cinq participants en ont une connaissance vague *« ça me parle un peu » (E5, E12)* ou en ont déjà *« entendu parler du terme » (E2).*

3.6.2 Une définition vague

Selon les participants, leur surconsommation entraîne une *« habituation » (E1, E2, E3, E4, E5, E9, E13)* et une *« accoutumance » (E2, E7, E15)* où *« l'organisme » (E5)* va « résister » (E5), « muter » (E3) et « s'adapter » (E5) aux antibiotiques par le biais de « *substances » (E12), « fabriquées par l'organisme » (E12)* par le biais du *« système immunitaire » (E1)* et du « système sanguin » (E8). Un des participants explique avec une relative précision les mécanismes de résistance aux antibiotiques où *« la bactérie s'adapte à son environnement » (E10) par le biais* de modifications *« génétiques » (E10) où elle va « s'encapsuler » (E10)* pour se défendre de l'antibiotique.

3.6.3 Des conséquences bien perçues

L'apparition de résistance à un antibiotique a pour conséquence **d'affaiblir l'efficacité de l'antibiotique** car *« l'efficacité sera diminuée » (E2).* Il sera donc difficile pour *« les médecins » (E1)* de *« trouver la molécule efficace » (E1)* et impliquera de *« mettre des doses plus fortes ou continuer plus longtemps » (E2).* Ils s'inquiètent d'une *« escalade » (E1)* thérapeutique et *« quand on aura utilisé toutes les familles d'antibiotiques, qu'est-ce qu'on fera à ce moment-là ? » (E1).* En augmentant les posologies des antibiotiques, certains patients expriment le risque d'entraîner des *« effets indésirables » (E12),* des *« pathologies secondaires » (E12)* et des *« interactions » (E12) médicamenteuses.*

Certains patients s'inquiètent de l'émergence de *« pathologies qu'on ne voyait plus et qui reviennent » (E13) comme la « tuberculose » (E13) « à mettre en parallèle de la problématique des migrants »* (E12). Cette *« immigration » (E12)* issue *« d'Afrique sub-saharienne et des pays de l'Est et du Moyen Orient » (E12)* est perçue comme un *« vecteur » (E12)* de transmission de « pathologie » (E12).

Certains patients mettent en parallèle la surconsommation d'antibiotiques chez l'homme avec l'industrialisation de l'agriculture comme les élevages intensifs de « poulets » (E2) ou de « vaches » (E2) où les antibiotiques sont utilisés pour « *éviter d'avoir des maladies » (E7)* ou comme des facteurs de croissance. Aussi, dans le monde végétal, certains patients ont conscience que l'utilisation répétitive de pesticides comme le « *Round Up » (E7) entraîne des « résistances » (E7)* chez les *« mauvaises herbes » (E7)* qui *« s'habituent au traitement » (E7)* car *« si on utilise trop souvent le même produit, on sera alors obligé d'augmenter les doses et même de changer de produit » (E2).*

3.6.4 Les patients se sentent-il concernés par ce problème ?

La majorité de la population étudiée (11/16) se sent concernée par le problème, malgré leur faible niveau de connaissances sur l'antibiorésistance. Elle est reconnue comme *« un gros problème de santé » (E3)* publique dont *« tout le monde parle » (E4)*. Ils s'inquiètent des *« répercussions » (E5)* qui concernent *« tout le monde » (E5) en cas de « consommation toujours aussi importante » (E5) : « que fera-t-on ? » (E1, E3)* quand aucun antibiotique ne sera efficace ? Certains participants ne se sentent « pas trop concernés » (E11, E14) par l'antibiorésistance ou « n'en pense rien » car ils considèrent qu'ils prennent des antibiotiques « très rarement » (E14).

3.7 Comment faire changer les comportements et éviter l'antibiorésistance ?

3.7.1 Les patients se sentent-ils bien informés sur les antibiotiques ?

Certains patients sollicitent parfois des compléments d'informations sur *« internet » (E2, E3)* et *« les forums » (E13)* mais ils admettent que la fiabilité des informations et des sources est difficilement vérifiable car *« tout n'est pas forcément vrai » (E3)*. Les informations peuvent être *« anxiogènes » (E4), et « faire paniquer » (E3),* faire *« voir les choses en noir » (E3),* où on s'imagine qu'on *« a toutes les maladies du monde » (E4).* Certains patients s'informent par le biais des *« émissions TV » (E3)* notamment avec le populaire *« magazine de la santé avec Michel Cymes » (E2, E3, E6)*, ou *avec « des articles dans la presse » (E3)* mais surtout quand ils *« zappent » (E5)* ou *« tombent » (E4)* sur l'émission ou l'article.

La majorité des 50 – 65 ans estime être « *pas assez informé » (E15)* sur les antibiotiques. Néanmoins, ils admettent ne *« pas forcément rechercher à s'informer sur la médecine en général » (E2)* ; *« c'est pas un sujet qui m'intéresse plus que ça » (E6)* parce qu'ils ne sont *pas « concernés » (E5), « confrontés » (E6), ou « préoccupés » (E13)* par le sujet, surtout maintenant que *« les enfants sont grands » (E12)*. Un participant préfère même rester *« ignare » (E11).* Un participant explique que *« aujourd'hui si les gens sont pas bien informés, c'est qu'ils ne s'intéressent pas » (E10).*

3.7.2 Quelles mesures pour diminuer la surconsommation d'antibiotiques ?

3.7.2.1 Réitérer les campagnes d'informations grand public

La majorité des sujets âgés entre 50 et 65 ans (11/16) suggère pouvoir lutter contre le mésusage des antibiotiques en réitérant les campagnes publicitaires de sensibilisation. Ils restent très marqués par la campagne d'information *« les antibiotiques, c'est pas automatique » (E1)*, lancée en 2002, qui est bien *« rentrée dans la tête » (E16)* des gens comme les *« spots publicitaires sur les accidents de la route » (E16).* Cependant, ils jugent nécessaire de *« marteler cette information » (E1)* en *« refaisant des campagnes similaires » (E1)* car *« on oublie vite » (E5, E9).* Il faut continuer à *« informer les gens » (E2) « pour faire prendre conscience » (E2)* et *« sensibiliser le public » (E8).* Ils préconisent de placer des *« affiches » (E6, E8) et « pancartes » (E6) « partout » (E10), « sur les bus, sur les arrêts de bus, dans le métro » (E5), « dans les salles d'attente » (E6) des « cabinets » (E8), « dans les officines » (E8), « sur internet ou dans les journaux » (E6).* Ils suggèrent de créer *« des gros titres » (E5), « un dessin » (E5) ou « un slogan » (E5) « percutant, comme les pubs contre*

le tabac » (E6). Ils préconisent aussi de sensibiliser les Français sur les *« consignes d'hygiène » (E9)* comme lors de la campagne pour *« la grippe H1N1 » (E9)*, comme *« arrêtez de vous embrasser » (E9), « lavez-vous les mains » (E12)* avec *« le liquide sur les mains » (E9)* pour éviter la transmission des pathogènes.

Certains participants suggèrent l'utilisation des réseaux sociaux comme *« Twitter® ou Facebook® » (E9)* comme *« vecteur de communication » (E12)* notamment auprès des *« jeunes » (E9) qui utilisent des « smartphones » (E10)* car ils ne regardent pas les médias traditionnels comme *« France 2, France 3 » (E10)*.

D'autres participants imaginent des *« débats » (E3)* ou *« réunions publiques » (E3)* ou un *« médecin ou un professeur spécialisé » (E3)* interviendrait et où l'on pourrait également permettre un temps pour *« des questions » (E3).* D'autres imaginent des *« reportages » (E16)* ou des *« émissions » (E8)* de *« grande écoute » (E8), « comme avec Michel Cymes » (E16),* avec les *« différents partenaires, y compris les lobbies pharmaceutiques » (E8)*, pour *« parler de tout ça et essayer de trouver des solutions » (E8)*.

3.7.2.2 Le médecin comme acteur clé dans l'éducation du patient

La majorité des participants suggère également pouvoir lutter contre le mésusage des antibiotiques au travers de l'éducation du patient par le médecin. *« Si on veut limiter la consommation d'antibiotiques, ça passe forcément par le prescripteur » (E1) ;* ce n'est *« pas la télévision » (E5)* ou *« internet » (E5)* mais c'est *« aussi et surtout » (E1)* au *« médecin généraliste » (E1)* qu'il revient *« de passer un peu plus de temps » (E3)* pour *« faire comprendre » (E5)* aux patients que les *« pathologies virales bénignes » (E1) « ne nécessitent pas d'antibiotiques » (E1)* et pour expliquer *« les conséquences de la consommation excessive d'antibiotiques » (E3).* Les explications doivent être *« simples, compréhensibles » (E4),* en *« terme pas trop techniques » (E4).* Il convient également d'insister sur l'éducation des *« jeunes mamans » (E3, E10)* car ce sont elles qui vont *« être à la base de l'éducation de l'enfant plus tard » (E3)* pour aider à définir la vision qu'il aura de la médecine. De même, il convient aussi de *« sensibiliser les gens pour qu'ils n'aillent pas pour un oui ou pour un non » (E3) « chez leur médecin » (E3)* ou *« aux urgences » (E3).* Ils jugent cependant *« long et fastidieux » (E1)* de *« changer les comportements » (E1)* ; *« ce n'est pas marrant car on est toujours en train de rabâcher la même chose » (E1)* ; il est cependant indispensable de *« répéter, répéter, répéter » (E16).*

Au-delà des explications verbales délivrées par le médecin, certains participants seraient favorables à des documents contenants des informations complémentaires « *qui serait distribuées au patient » (E6)* à l'issue de la consultation comme des *« fiches » (E3, E15),* des *« flyers » (E13), des « petits livrets ludiques » (E3), des « feuilles » (E6)* ou sur *« l'arrière des fiches de soins ou des ordonnances » (E15).* Ces documents contiendraient des informations *« simples » (E3, E13)* pour *« expliquer des choses basiques » (E3), « sur les risques » (E3),* ou par exemple *« comment gérer une gastro-entérite » (E3*), que l'on pourrait *« garder dans le carnet de santé » (E3)* de l'enfant et où on pourrait *« appliquer les mêmes consignes » (E3)* lors *« d'une autre gastro » (E3).*

D'autres participants imaginent des *« articles » (E13)* ou *« flyers » (E13)* dans les *« petites brochures » (E16)* envoyées par les mutuelles *« tous les trimestres » (E16)*, ciblés sur une *« pathologie » (E13)* et contenant une information *« précise et simple » (E13).*

Certains participants suggèrent que *« l'école » (E10, E3)* pourrait avoir un rôle éducatif et informatif vis-à-vis des comportements médicaux et de l'utilisation des médicaments dans le cadre d'un *« module santé / prévention » (E3)*. En effet, certains imaginent pouvoir informer *« l'enfant » (E10), « tout petit » (E10),* dès le *« primaire » (E10),* en lui *« expliquant de façon ludique » (E10)*, par le biais de *« supports adaptés à l'âge » (E10)* comme des *« petits films » (E10)* ou des *« dessins animés » (E10),* car *« c'est des éponges à ces âges-là (E10)* et que même s'ils ne vont « peut-être pas *avoir tout compris » (E10), « ils vont avoir emmagasiné des informations » (E10).*

3.7.2.3 Améliorer la formation des professionnels de santé

Certains participants suggèrent pouvoir lutter contre le mésusage des antibiotiques en améliorant la « *formation des médecins » (E1)* ; *« la médecine évolue, donc il faut se former. Rien n'est jamais figé, donc aller en formation, c'est faire évoluer sa pratique. Et puis de changer ses habitudes en tant que prescripteur » (E1).* Certains participants s'imaginent d'ailleurs qu'après *« une formation initiale très longue » (E15),* il n'y a *« pas beaucoup de formation continue » (E15)* ou même qu'il *« n'y en a pas » (E16)*. Les *« anciens médecins » (E1)* sont perçus comme réfractaires à se former, *« hostiles à se remettre en cause » (E15)* et *« empêtrés dans leurs habitudes » (E15)* de prescription. Au contraire, *« les jeunes médecins » (E1)* sont perçus comme *« plus ouverts » (E15)* et se formant plus facilement. Certains participants estiment qu'il faut sensibiliser les médecins *« dès la fac » (E8)* et ré-insister sur la *« formation continue » (E13)* et proposer des *« remises à jour » (E5, E13) « sérieuses » (E5)* en jugeant qu'il y a certainement des *« bonnes pratiques à aller chercher dans d'autres pays » (E12)* européens. Certains patients jugent néfaste l'intervention de l'industrie pharmaceutique dans les formations des médecins et s'agacent du *« pot d'accueil, le restaurant et le bla-bla du laboratoire qui finance tout ça » (E5)*. Certains participants sont conscients que la formation *« ça prend du temps » (E1)* et *« de l'argent » (E1)* et conseillent à la *« sécurité sociale » (E4)* de compenser les médecins pour *« faire de la formation » (E4)* en prenant *« en charge leur perte de salaire » (E16).*

3.7.2.4 Renforcer le conseil auprès des professionnels de santé

Si certains participants s'interrogent sur l'implémentation de *« quotas » (E7, E13)* de prescription d'antibiotiques *« qu'il faudrait pas dépasser » (E7)* par les médecins, ils considèrent qu'il faut *« éviter ce genre de contrainte » (E13),* de *« sanctions » (E15)* ou de *« pénalités » (E15).* Ils préconisent plutôt un contrôle des pratiques avec un *« rapport annuel » (E13),* un *« audit » (E13 E15),* un *« contrôle » (E15)* où la *« sécurité sociale » (E13)*, en tant que *« patron » (E13),* serait en droit d'attendre *« des explications » (E13)* en ayant une *« approche de reconnaissance des bonnes pratiques » (E15)* et qui serait *« accompagnée d'une actualisation des pratiques » (E15)*. Afin de *« compenser le temps » (E1)* pris par les médecins *« pour expliquer au patient et diffuser l'information » (E1)*, certains participants imaginent valoriser ces *« comportements vertueux » (E15)* par une *« prime financière » (E1, E7, E15)* voire même, comme le modèle médical suisse, des tarifications *« suivant le temps » (E6)*.

Certains participants soulignent le rôle important des différents acteurs institutionnels de la santé, nécessitant une *« synergie » (E8)* pour faire évoluer les pratiques en suggérant que la sécurité sociale ou les organismes de mutuelles comme la *« MSA » (E3)* ont un rôle de *« prévention » (E1)* et de *« sensibilisation » (E1)* afin d'aider à faire prendre *« conscience » (E1)* aux médecins et aux patients des risques liés à la *« surconsommation d'antibiotiques, d'anxiolytiques, de somnifères » (E1).*

3.7.2.4 Délivrance à l'unité ?

Certains patients jugeraient *« formidable » (E9),* l'évolution vers un conditionnement à l'unité où on délivrerait *« uniquement ce qui est nécessaire » (E15), « comme aux Etats-Unis » (E9), « pour éviter l'automédication » (E10)* et favoriser l'observance.

3.7.2.5 Autres idées

Certains participants imaginent imposer un cout au patient en considérant que l'antibiotique est un *« produit d'exception » (E15)* et envisagent un *« remboursement différent du remboursement standard » (E15).*

Certains participants s'attendent à de nouvelles évolutions thérapeutiques dans le futur, notamment dans le domaine des *« nanotechnologies » (E4)* en estimant que *les « antibiotiques à long terme vont disparaître » (E4).*

4. DISCUSSION

4.1 Forces et faiblesses de l'étude

4.1.1 Forces de l'étude

L'exploration des représentations et attentes des patients concernant l'antibiothérapie est un sujet qui a déjà été étudié auparavant. L'étude est originale dans le sens où elle cible une population spécifique : des « séniors » âgés de 50 à 65 ans.

De plus, elle est réalisée conjointement avec l'étude de Constance Lambert portant sur le même sujet mais auprès des patients « jeunes » âgées de 18 à 25 ans. Ce travail réalisé en binôme, en ciblant deux populations issues de deux générations distinctes, a permis de mettre en évidence certaines particularités de chacune de ces deux générations, concernant leurs représentations et leurs attentes sur les antibiotiques et d'enrichir la réflexion sur le sujet. Le double codage des entretiens suivi de la triangulation des données a pu être respecté, renforçant la validité interne de cette étude.

4.1.2 Limites

Biais de réalisation : la méthode de recueil par entretien semi-dirigé requiert une véritable formation et une expérience. La manière dont l'entretien était dirigé a pu influencer les réponses, notamment lors des premiers entretiens.

Biais de sélection : le recrutement par des personnes intermédiaires multiples, a permis de diversifier l'échantillon mais participe également à un biais, en sélectionnant inconsciemment les personnes les plus aptes à échanger sur le sujet. L'étude étant de nature qualitative, elle n'a pas pour vocation à obtenir un échantillon représentatif mais est à but exploratoire. La petite taille du corpus, qui néanmoins correspond à la saturation des données, est compensée par la richesse du contenu de chaque entretien.

4.2 Discussion des résultats de l'étude

4.2.1 Les « séniors », entre connaissances médiocres et perceptions fantasmées

Les connaissances globales des sujets âgés de 50 à 65 ans inclus dans l'étude sur les antibiotiques et leurs indications s'avèrent fragiles. S'ils reconnaissent de façon satisfaisante les principales indications théoriques des antibiotiques telles que les angines, les cystites, les infections pulmonaires et les otites, une faible majorité des patients font la distinction entre virus et bactéries. Certains participants pensent nécessaire les antibiotiques dans certaines infections virales tels que des rhinopharyngites, des bronchites ou des grippes. La plupart des personnes interrogées ne connaissent pas de nom d'antibiotiques et l'amoxicilline est le seul antibiotique mentionné et par seulement quatre participants.

Les études quantitatives montrent une variabilité importante dans les connaissances des antibiotiques. Les patients pensent que les antibiotiques sont efficaces contre les bactéries dans seulement 20% dans des études au Moyen-Orient [30-31] et en Asie [32-35]. Dans la thèse de C. Orivel [24], seul 25% des participants citent les bactéries comme cibles des antibiotiques. Dans l'Eurobaromètre publié en 2013 [11], seuls quatre Européens sur dix (59% des Français) savent que les antibiotiques n'ont aucune efficacité contre les virus. Dans une enquête publiée aux Pays-Bas en 2007 [36], 50% des patients pensent que les antibiotiques agissent sur les virus alors que c'est un pays peu consommateur d'antibiotiques. De même chez Robert A. et al [9] où 50% des participants pensent que les antibiotiques sont efficaces contre les virus. Des chiffres similaires (54%) sont retrouvé dans une étude américaine [37] et une méta-analyse incluant 26 études entre 2000 et 2013 [38]. Dans la thèse de M. Lai [18] et celle d'A. Collomb-Gery [12], respectivement, 65% et 75% des participants savent que les antibiotiques sont efficaces contre une infection bactérienne. Si ces chiffres ne ciblent pas la population de notre étude, une enquête italienne de 2016 [22] montre que les "seniors" (âge médian : 68 ans) semblent mieux informés sur la prise en charge des pathologies virales que les « jeunes » (âge médian : 20 ans).

La population étudiée perçoit toujours l'antibiotique comme un médicament tout-puissant, permettant une guérison rapide, parfois même en l'absence infection bactérienne, où sa prescription est tout de même perçu comme contribuant à améliorer l'état clinique, définissant un effet placebo.

Cette perception de « toute-puissance » [12] de l'antibiotique qui permet une guérison rapide de l'infection est retrouvée dans de nombreuses études [10,18,39]. On constate qu'ils interprètent certains symptômes, la douleur, la fièvre et l'absence d'amélioration rapide comme des déterminants principaux à la consultation et à la prescription d'antibiotiques. La persistance de symptômes qui durent est un déterminant important qui justifie souvent une consultation médicale par le patient [40,46]. Selon une étude IPSOS, huit patients sur 10 perçoivent les antibiotiques comme nécessaires quand l'infection dure [10] et un peu moins d'un patient sur cinq pensent que les antibiotiques, quelle que soit l'infection, font baisser la fièvre [10]. La fièvre est d'ailleurs perçue comme un signe de gravité par certains patients [41-42]. La douleur, notamment l'odynophagie ou l'otalgie, est un déterminant important motivant une consultation médicale [12,43]. La présence d'expectorations colorées, qui est souvent perçue par patients [37,44] et médecins [40,45] comme un déterminant justifiant la prescription d'un antibiotique, n'est ici évoquée que par un seul participant. La littérature médicale est peu abondante dans la tranche d'âge sélectionnée dans notre étude car la plupart des études ciblent les parents d'enfants.

4.2.2 L'échange patient-médecin, au centre des attentes du patient

Dans notre étude, les patients de 50 – 65 ans font pour la plupart une confiance absolue aux médecins. La plupart des travaux confirment que la grande majorité des personnes, de 80 à 90% selon les études [12,47], font confiance au médecin même en cas de non-prescription [18,24] ou celle-ci est rarement un motif de mécontentement lorsqu'elle est expliquée. S'ils font confiance, ils en attendent néanmoins une écoute, une réassurance, une expertise médicale et des explications afin qu'il justifie le diagnostic et sa thérapeutique, qu'il explique sa décision de traiter, que ce soit par un traitement de confort ou un antibiotique. Le pharmacien est également perçu comme un maillon clé de la chaine de santé, complétant, au besoin, les informations délivrées par le médecin et en évitant parfois des erreurs médicales. Une étude IPSOS Santé parue en 2005, confirme que les Français valorisent davantage l'explication et le conseil médical que les médicaments ; l'échange fondé sur l'explication, l'information, la réassurance ou les conseils, arrive en tête des attentes et

priorités exprimées par les patients à l'égard de la consultation, bien avant l'ordonnance et la prescription de médicaments [48].

Le médecin est un acteur majeur [11] dans l'éducation au bon usage des antibiotiques comme le confirme l'Eurobaromètre où une très large majorité (94%) des personnes interrogées font confiance au médecin pour s'informer sur les antibiotiques, qu'ils considèrent comme la source d'information la plus fiable. Dans une moindre mesure, le pharmacien a un rôle important [49] pour permettre une meilleure information des patients ; près de la moitié (47%) cite également les pharmacies comme une source d'information importante [11].

4.2.3 Les comportements de santé des « séniors »

Dans notre étude, les sujets étudiés évaluent leur consommation d'antibiotiques comme faible, ce qui contraste avec les chiffres de l'Eurobaromètre [11] où 44% des Français ont pris des antibiotiques dans les 12 derniers mois, même si l'étude ne cible pas notre population. Selon un rapport de l'ANSM[(1)] [23], la consommation d'antibiotiques n'est pas significativement différente entre les 15-34 ans (28,8 DDJ), les 35-54 ans (27,4 DDJ) et les 55-64 ans (30,4 DDJ). A partir de 65 ans, la consommation progresse rapidement, quel que soit le sexe (32,3 DDJ pour les 65-74 ans puis 43,9 DDJ pour les 74-84 ans), et atteint des niveaux très élevés pour la population âgée de plus de 85 ans (39,8 DDJ au-delà de 85 ans).

La plupart des participants consultent peu leur médecin pour des pathologies infectieuses aigües en privilégiant l'automédication avec des produits de confort sans ordonnance. Certains patients avouent avoir eu recours à l'automédication par un antibiotique sans avis médical préalable, notamment devant la reconnaissance de symptômes similaires qui avaient conduit à la première prescription de l'antibiotique. On retrouve des résultats similaires dans d'autres études quantitatives dans différents pays où minorité de patients, de 1% à 25% selon les études [10,12,18,24,47,51], admettait avoir déjà pris des antibiotiques sans avis médical, dans la plupart des cas après reconnaissance de la symptomatologie ayant motivée la prescription initiale de l'antibiotique [12,24,51]. Cependant, la majorité des patients recommande d'avoir un avis médical avant de prendre des antibiotiques.

Un rapport de l'OMS[(2)] montre que la vente d'antibiotiques sans ordonnance est courante dans le monde [49], notamment dans 43% des pays européens [52] et qu'elle échappe à tout contrôle par les autorités régulatrices et contribue à l'émergence de résistances bactériennes : elle représente donc un défi important afin de limiter le mésusage des antibiotiques. Toutefois, l'Eurobaromètre montre que seule une minorité d'Européens (5%) [11] obtienne leurs antibiotiques sans prescription médicale.

Ils revendiquent une observance médiocre. La plupart des patients étudiés réduisent la durée prescrite en interrompant leurs antibiotiques devant l'amélioration des symptômes. L'observance est donc nettement en deçà des résultats rapportés dans d'autres études où la plupart des participants, toute tranche d'âge confondue, rapportent une observance satisfaisante, de 75% à 90% selon les études [24,51,53].

---

(1) ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
(2) OMS: Organisation Mondiale de la Santé

Il semble donc que la population de notre étude soit moins observante que la population générale. En revanche, la quasi-totalité des patients semble respecter les posologies prescrites, notion qui est en décalage avec la thèse d'A. Collomb-Gery [12] où la plupart des patients réduisaient le nombre de prise quotidienne.

La majorité des 50 – 65 ans étudiée dans l'étude n'exprime aucune crainte lors de la prise d'antibiotiques, confiance renforcée par la connaissance de l'antibiotique prescrit qui est souvent le même. Ils reconnaissent cependant certains risques qu'impliquent la prise d'antibiotiques parmi lesquels les troubles digestifs (douleurs abdominales, nausées, diarrhées) et les allergies, qui sont aussi reconnus comme les principaux effets indésirables par les patients dans d'autres études [12]. Les deux tiers des Français savent que la prise d'antibiotiques peut souvent entraîner des effets secondaires [11].

Certains participants expriment une véritable méfiance vis-à-vis des antibiotiques et des médicaments en général comme vis-à-vis des médecins et des vaccins. Ils expliquent être sceptiques des informations délivrées, par les médias notamment, où les scandales sanitaires successifs de ces dernières années - tels que le changement de formule du Levothyrox®, les salmonelloses dans les laits infantiles, le Médiator®, le vaccin de l'hépatite B - apparaissent comme les déterminants principaux à cette méfiance. Si l'inquiétude vis-à-vis des vaccins est reconnue depuis plusieurs années en France, plus encore que dans les autres pays développés, notamment suite à la campagne de vaccination de la grippe H1N1 [53], l'hypermédiatisation des scandales sanitaires et les conflits d'intérêt portent aujourd'hui préjudice directement au prescripteur et au médicament [54].

4.2.4 Le mésusage des antibiotiques, une faute partagée entre patients et médecins

L'influence que le patient peut être amenée à exercer sur le prescripteur, de façon verbale ou non, est perçue par notre population comme un déterminant important amenant à une sur-prescription de la part du médecin, pour répondre à une angoisse parentale ou pour éviter des arrêts de travail chez les actifs par exemple. L'étude IPSOS 2005 [48] confirme que les médecins français ressentent une pression de prescription plus importante (46%) que leurs homologues allemands (36%) ou néerlandais (20%). Cette pression se traduit par des prescriptions que les médecins admettent effectuer contre leur gré, dans 10,2% des cas en France, contre 7,7% en Allemagne, 6,2% en Espagne, et près de moitié moins aux Pays-Bas avec 5,6%. Ce sentiment de pression perçu par le médecin peut participer à des mécanismes de prescriptions et rendre également difficile l'idée de la non-prescription. Cependant, peu de patients, de 1 à 20% selon les études [12,47,51], se disent objectivement demandeurs d'un traitement antibiotique.

L'attente systématique d'une ordonnance par le patient contribue à une sur-prescription de la part du médecin où la consultation médicale serait perçue comme devant se terminer par la rédaction d'une prescription médicale. En France, 90% des consultations de médecins généralistes libéraux se terminent par une ordonnance contre 72% en Allemagne et 43% aux Pays-Bas [48]. Cette forme de réflexe, peut-être plus ancrée en France que parmi nos voisins européens, se traduit en une équation simple *« consultation = ordonnance = médicaments »* [12]. Toutefois, la délivrance d'une ordonnance n'est pas le critère principal de satisfaction du patient puisque 86% des Français déclarent avoir confiance dans un médecin qui ne leur prescrit aucun médicament à la fin de

la consultation [48]. Il existe donc un décalage entre les attentes réelles du patient et les attentes perçus par le médecin. Cela suggère une surestimation de la demande du patient par le médecin. Il convient alors pour tout médecin de s'interroger sur la nécessité *« d'améliorer la perception des attentes du patient »* [12] qui *« vient avant tout chercher de l'information et du conseil »* [12].

Un recours trop fréquent et rapide à la consultation médicale participe, selon les patients, à une surconsommation d'antibiotiques. La France, avec 6,3 consultations, tout médecin confondu, par habitant et par an, se situe autour de la moyenne de l'OCDE[(1)] [50] (6,9) mais est en dessous de voisins moins prescripteurs d'antibiotiques comme les Pays-Bas (8,2) ou l'Allemagne (10). Si des facteurs culturels et économiques, le paiement à l'acte notamment, peuvent en partie biaiser les comparaisons, on s'aperçoit qu'un recours plus fréquent à une consultation médicale ne s'accompagne pas forcément d'une sur-prescription d'antibiotiques.

La pérennisation d'habitude de prescription des antibiotiques par certains médecins concoure à banaliser leur utilisation, conséquence d'une période de prescription larga manu des antibiotiques il y a 20-30 ans. Par extension, la prescription routinière d'antibiotiques auto-entretient sa prescription comme le montre plusieurs études [55-56] et influence à son tour la propension des patients à consulter pour le même motif [57]. Le patient comprend implicitement qu'il devra consulter de nouveau en cas de symptomatologie similaire et attendra nécessairement la prescription d'un antibiotique [58].

Ils expliquent la sur-prescription par les médecins par la fragilité de certaines populations, (les sujets âgés et les enfants notamment), qui est perçue comme amenant à une attitude thérapeutique différente de la population générale. Selon un rapport de l'ANSM[(1)] [23], la consommation d'antibiotiques n'est pas significativement différente entre les 15-34 ans (28,8 DDJ), les 35-54 ans (27,4 DDJ) et les 55-64 ans (30,4 DDJ). A partir de 65 ans, la consommation progresse rapidement, quel que soit le sexe (32,3 DDJ pour les 65-74 ans puis 43,9 DDJ pour les 74-84 ans), et atteint des niveaux très élevés pour la population âgée de plus de 85 ans (39,8 DDJ au-delà de 85 ans). Cette augmentation progressive des prescriptions d'antibiotiques s'explique probablement par l'apparition parallèle de comorbidités fragilisant les patients âgés. Si la comparaison des consommations concernant les enfants est difficile du fait que cette consommation ne peut pas être correctement mesurée à partir des DDJ fixées pour un adulte, une étude [59] comparant les taux de prescriptions d'antibiotiques en pédiatrie dans des pays industrialisés sur trois continents différents (Amérique du nord, Europe et Asie) suggèrent une sur-prescription globale, surtout chez les enfants de moins de deux ans.

La sur-prescription d'antibiotiques peut aussi être expliquée par la nécessité de gagner du temps devant une surcharge de travail dans une problématique plus globale de démographie médicale. Cette surcharge de patients, notamment en période d'épidémie hivernale et dans les zones où l'offre de soin est faible, a parfois pour conséquence une réduction du temps de consultation et un potentiel impact négatif sur les soins. Cependant, nous remarquons que la densité de médecins généralistes est sensiblement comparable entre la France (1,53 médecins généralistes pour 1000 habitants), les Pays-Bas (1,55) et l'Allemagne (1,70) voire inférieure dans des pays peu consommateurs d'antibiotiques comme l'Italie (0,88) ou le Danemark (0,71) [50]. Il existe évidemment des disparités régionales avec des zones déficitaires.

[(1)] OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

Si les départs en retraite des *« vieux »* médecins généralistes non remplacés par les *« jeunes »*, peu enclins à l'installation en secteur libéral, font évidemment supporter le poids des patients restant aux médecins en place, le facteur socio-économique peut être impliqué dans cette nécessité de « gagner du temps ». Le système de paiement à l'acte, pilier de la médecine libérale en France, favorise les médecins pratiquant un nombre important d'actes et peut mener vers une réduction du temps de consultation et donc potentiellement impacter la qualité des soins [60]. Ainsi les médecins ayant un niveau d'activité plus important auront aussi une plus grande probabilité de prescrire plus d'antibiotiques [61-66], notion expliquée, en partie, par le facteur temps dans la consultation : convaincre le patient qu'un antibiotique n'est pas nécessaire prend plus de temps que prescrire [66].

Les participants perçoivent que des médecins peuvent être amenés à prescrire des antibiotiques pour satisfaire certains patients demandeurs. De ce fait, le système libéral de paiement à l'acte donne un pouvoir indéniable à la demande des patients et peut influencer la relation patient-médecin où le médecin prestataire, désireux de garder une bonne relation médecin–patient ou cherchant à satisfaire le patient consommateur [67-68], peut être amené à prescrire un antibiotique. Au Canada, où les deux systèmes de rémunération (salarié et à l'acte) coexistent, les médecins libéraux prescrivent plus d'antibiotiques que leurs homologues salariés [60].

Les 50 – 65 ans expliquent la sur-prescription par des carences dans la formation des médecins pouvant aboutir à des erreurs diagnostics et le non-respect des recommandations de bonnes pratiques. Les participants s'imaginent d'ailleurs qu'après une formation initiale très longue, les médecins n'ont peu ou pas de formations. Si les jeunes médecins sont perçus comme plus ouverts à la formation, les anciens médecins sont perçus comme réfractaires à se former et même empêtrés dans leurs habitudes de prescription.

L'incertitude diagnostique, devant le manque de spécificité des symptômes d'infections respiratoires aiguës [69-71], et l'influence des patients dans la description de leur symptomatologie [72], parfois volontairement aggravée, conduit certains médecins à choisir la thérapeutique qui minimisera le risque à court terme pour leur patient, ce qui entretient le cycle prescription-demande.

Ils attribuent également la surconsommation à l'industrie pharmaceutique dont les pressions exercées sur les médecins, au travers des informations délivrées par les visiteurs médicaux et de leur implication financière dans les formations médicales, sont jugées négatives.

4.2.5 Les « séniors » et l'antibiorésistance : un enjeu mal connu

Dans notre étude, la majorité des participants comprend les conséquences de la surconsommation des antibiotiques qui réduisent leur efficacité. Cependant seuls deux participants admettent connaitre le terme d'antibiorésistance qu'ils définissent avec imprécision par des phénomènes d'adaptation, de mutations, de substance endogène modifiant le système immunitaire ou sanguin. Aussi, si la plupart des patients savent que la surconsommation d'antibiotiques les rend inefficaces, de 62 à 92% selon les études [18,24,47,50], une récente enquête IPSOS (11/2017) montre que moins d'un quart (24%) sait précisément ce que l'antibiorésistance désigne. Il apparaît donc important d'orienter nos explications en aidant le patient à comprendre les mécanismes de résistance bactérienne et leur transmission.

---

(1) ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

La majorité des patients interrogés estime être mal informée sur le sujet des antibiotiques comme le confirme, l'Eurobaromètre [11] où seul un tiers des personnes interrogées déclare avoir reçu une information recommandant de ne pas prendre des antibiotiques quand cela n'est pas nécessaire. Il apparaît également que les sujets de 40-54 ans et au-delà de 55 ans sont mieux informés que les 15-24 ans [11].

S'ils sollicitent parfois des compléments d'information sur internet, ils avouent ne pas chercher à s'informer sur les antibiotiques et la santé en générale, sinon au détour d'une émission télévisée, se justifiant de ne pas être malade et donc peu concerné par les antibiotiques et leurs problématiques. D'ailleurs moins de deux patients sur dix citent internet comme une source d'information fiable [11] et moins d'un patient sur dix s'informe sur les antibiotiques et la santé en général au travers de la famille, des amis, des journaux, des magazines [11].

Dans notre étude, la plupart des patients se sentent concernées et s'inquiètent des risques de diminution d'efficacité thérapeutique, d'escalade ou même d'impasse thérapeutique. Huit européens sur dix considèrent, à des degrés divers, que tout le monde a un rôle à jouer pour garantir l'efficacité des antibiotiques [1]. Egalement, ils rapprochent la surconsommation d'antibiotiques chez l'homme avec la surutilisation d'antibiotiques dans l'agriculture avec l'élevage intensif, notion retrouvée chez Prigitano et al. [2].

4.2.6 Antibiorésistance : les axes d'amélioration

Ils proposent de réitérer les campagnes de sensibilisation grand public, sur la nécessité du bon usage des antibiotiques ou sur les règles d'hygiène de base pour éviter la contagiosité. Selon l'Eurobaromètre, l'information passe avant tout par le biais des campagnes médiatiques [11] où les patients apparaissent mieux informés par celles-ci que par des professionnels de santé [11]. Il apparaît également que les 40-54 ans (59%) et les 55 ans et plus (60%) y sont plus sensibles que les 15-24 ans (50%) ou les 25-39 ans (53%) [11]. Cependant, l'impact de ces campagnes sur les comportements est mitigé puisque seulement un patient sur trois admet avoir changé d'avis après avoir reçu des informations [11]. S'ils trouvent pertinent l'utilisation des médias classiques comme la presse, la radio ou la télévision, ils suggèrent l'utilisation de supports pédagogiques innovants au travers, notamment, des réseaux sociaux comme vecteur de communication auprès d'une population plus jeune et plus connectée. Internet est effectivement une source importante de diffusion de l'information sur les antibiotiques [11] même si les patients âgés de 55 ans et plus sont deux fois moins susceptibles que les autres tranches d'âge de consulter des sites Internet ayant trait à la santé pour obtenir des informations sur les antibiotiques [11].

Ils proposent de favoriser l'éducation du patient par le médecin en insistant sur le rôle clé du médecin dans la délivrance d'explications. Ce travail est jugé chronophage et fastidieux mais néanmoins nécessaire. La justification du diagnostic et des thérapeutiques prescrites et les explications sur les spécificités et les risques inhérents aux antibiotiques, doivent permettre de faire changer les comportements médicaux des patients, tant en termes de consommation d'antibiotiques que de recours aux consultations. Si les médias sont efficaces pour diffuser l'information, ce sont les médecins, et dans une moindre mesure les pharmaciens, qui ont la plus grande influence sur les patients [11-12] et certaines données laissent penser que l'efficacité des médecins pour faire évoluer les mentalités à l'égard des antibiotiques est plus forte : en effet, plus d'un tiers (37%) des personnes informées par leur médecin déclarent avoir changé d'avis à l'égard des antibiotiques, contre seulement près d'un quart (23%) de celles informées par les campagnes médiatiques [11]. Ils

proposent également d'accompagner les explications du médecin avec des supports d'information papier délivrés au terme de la consultation.

Ils soulignent la nécessité d'améliorer l'accès à la formation médicale continue, indépendante des laboratoires pharmaceutiques, pour faire évoluer les pratiques médicales et rompre avec certaines habitudes de prescription, en préconisant de compenser financièrement les médecins pour leur formation. Ils proposent également de renforcer le conseil auprès des professionnels de santé au travers de contrôle des pratiques pour renforcer l'efficience de prescription des antibiotiques dans le cadre des ROSP [(1)].

Ils sont favorables à l'évolution vers un conditionnement à l'unité pour pouvoir adapter la quantité d'antibiotiques distribuée en pharmacie à la durée du traitement, comme le confirme les 83% d'opinion favorable dans un sondage IFOP [(2)] réalisé en 2013.

4.3 Comparaison avec les résultats de la thèse de C. Lambert

Le travail de thèse de Constance Lambert propose également d'explorer les connaissances, représentations et attentes des patients vis-à-vis des antibiotiques avec une méthodologie identique mais il s'intéresse à une population issue d'une génération différente définie par des personnes âgées de 18 à 25 ans.

Dans notre étude, les deux populations perçoivent toujours l'antibiotique comme un médicament tout-puissant permettant une guérison rapide, parfois même sans infection bactérienne, où son rôle placebo contribue à améliorer l'état clinique.

Si la plupart des sujets interrogés issus des deux populations savent que les antibiotiques sont inefficaces contre les virus et s'ils connaissent les principales indications des antibiotiques, on constate qu'ils interprètent certains symptômes, la douleur, la fièvre et l'absence d'amélioration rapide comme des déterminants à la consultation et à la prescription d'antibiotiques. La reconnaissance des symptômes ayant motivée la prescription antérieure d'un antibiotique est d'ailleurs le motif souvent évoqué par les participants des deux études comme la décision à la prise d'antibiotiques dans avis médical ; on constate que les 50 – 65 ans admettent plus volontiers à avoir eu recours à des antibiotiques sans avis médical que les 18 – 25 ans. Ces perceptions fantasmées et cette méconnaissance peuvent être en partie expliquée par une faible exposition aux antibiotiques et un faible recours à la consultation médicale au sein des deux populations.

Il apparaît donc important de transmettre des informations claires et adaptées sur la symptomatologie associée aux pathologies virales ne justifiant pas la prescription d'un antibiotique, pour faire évoluer les conceptions et croyances du patient. Cela favoriserait une autonomie accrue dans sa gestion des pathologies infectieuses et permettrait d'éviter des consultations inutiles pouvant déboucher sur une prescription auto-entretenue et non justifiée d'antibiotiques.

---

(1) ROSP : Rémunérations sur Objectif de Santé publique
(2) IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

Concernant l'observance, nous remarquons dans les deux études que le traitement antibiotique est encore trop souvent arrêté précocement devant l'amélioration des symptômes. Dans la thèse de L. Mangin [13], un tiers des participants reconnait ne pas respecter la durée de traitement et dans la thèse d'A. Collomb-Gery [12], 25% de personnes diminuent le nombre de prises ou raccourcissent la durée du traitement.

Le message sur l'importance du respect de l'observance du traitement ne se semble pas bien compris et intégré. Il semble donc important de renforcer les explications sur cette problématique en expliquant aux patients les risques d'émergence de souches résistantes en cas de mauvaise observance du traitement antibiotique. Ce message doit être délivré par le médecin prescripteur initialement puis doit être relayé par le pharmacien.

Nous proposons plusieurs pistes pour améliorer la communication de cette information. L'inscription d'un message clé directement sur la boîte d'antibiotiques pourrait être réfléchie. Une fiche « Infos-patient » sous format papier pourrait également être donnée par le médecin ou le pharmacien lors de la délivrance de l'antibiotique. Cette fiche d'information serait aussi accessible au format numérique grâce à un *« flashcode »* à scanner sur les boîtes d'antibiotiques ou sur l'ordonnance.

Par ailleurs, la SPILF [(1)] a établi de nouvelles recommandations [73] concernant la durée des traitements antibiotiques dans certaines infections (comme les pneumopathies communautaires) et d'autres études sont en cours pour trouver la durée d'antibiothérapie la plus courte et efficace adaptée à chaque pathologie infectieuse. Ceci permettrait alors une réduction de la consommation globale d'antibiotiques et améliorerait probablement l'observance.

Dans les deux études, les patients interrogés mettent en avant de manière spontanée, l'importance de la relation de confiance avec le médecin et ils valorisent l'échange fondé sur l'explication, l'information, la réassurance et les conseils. Cependant, certains participants des deux populations expriment une certaine méfiance vis-à-vis du monde médical en général, où il apparaît que les scandales sanitaires hyper-médiatisés ont eu un impact négatif sur la perception des patients dans le domaine de la santé portant préjudice directement au prescripteur et au médicament.

Il convient de favoriser et entretenir la relation de confiance avec le patient au travers d'un échange et d'une écoute attentive et bienveillante. De la qualité de cet échange, dépendra l'éducation thérapeutique du patient et donc l'adhésion du patient aux décisions de non prescriptions d'antibiotiques.

Pour les 50-65 ans, le fait d'avoir eu des enfants en bas âge à une époque a pu avoir une influence sur leur comportement face à une prescription d'antibiotiques. En effet, l'angoisse parentale face à une maladie infectieuse aigüe chez son enfant est citée par plusieurs participants comme pouvant être un facteur de demande d'antibiotiques à leur médecin, voire d'administration d'antibiotiques sans prescription médicale. Dans l'échantillon des 18-25 ans, certains évoquent une consommation probablement plus importante d'antibiotiques dans l'enfance. Plusieurs études [18, 19, 21] se sont intéressées aux représentations et attentes concernant les antibiotiques, des parents d'enfants en bas âge spécifiquement : il en ressort que certaines croyances erronées sur les antibiotiques persistent comme le fait qu'ils sont utiles pour faire baisser la fièvre. Ils sont tiraillés entre la confiance qu'ils accordent à leur médecin et leur conviction sur l'utilité des antibiotiques [19].

[(1)] SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

La population jeune actuelle représente la future génération de parents d'enfants en bas âges qui sont souvent amenés à consulter pour des pathologies infectieuses aigües, le plus souvent virales.

Ainsi, l'amélioration en amont, des connaissances sur les antibiotiques de la population jeune, pourrait faciliter la communication médecin-patient lors de consultations futures pour leurs enfants et favoriser la gestion des symptômes de manière autonome, permettant ainsi d'éviter des consultations superflues, des prescriptions non appropriées d'antibiotiques ou l'automédication.

Les deux générations sont conscientes qu'il existe un risque à consommer de façon répétée des antibiotiques. L'impact réel de cet abus d'antibiotiques et les risques de l'antibiorésistance semblent mieux intégrés et compris par l'échantillon des 50-65 ans qui réfléchit également aux raisons de ces prescriptions inappropriées d'antibiotiques impliquant à la fois le médecin et le patient. La population des 18-25 ans ne se sent pas concernée à titre personnel par ce phénomène et semble peu s'y intéresser. Les données de l'Eurobaromètre 2013 [11] retrouve que les personnes âgées de 15 à 24 ans (50%) sont moins susceptibles d'avoir été informées via des campagnes médiatiques ou d'informations que celles âgées de 55 ans et plus (60%).

Si le slogan *« les antibiotiques, c'est pas automatique »* datant de 2002 est encore bien présent dans les mémoires des deux générations, ils sont plusieurs dans les deux études, à constater l'absence de nouvelles campagnes de sensibilisation depuis. Un récent sondage IFOP [(1)] [74] réalisé sur le thème *« les Français et l'antibiorésistance »* à la demande du Ministère de la Santé montre que 71% des personnes interrogées pensent que les autorités publiques ne communiquent pas assez sur l'antibiorésistance.

Les résultats de nos deux études, renforcent alors l'idée d'un moindre impact probable des précédentes campagnes de sensibilisation sur les antibiotiques sur la population jeune et encouragent le développement de nouvelles campagnes ciblant cette génération, en favorisant des supports pédagogiques innovants, notamment par le biais d'internet et des réseaux sociaux.

Néanmoins, pour les deux générations, le message ne doit pas se limiter à un slogan. Ils attendent des explications simples mais plus exhaustives sur l'utilisation des antibiotiques et leurs risques. Nous pourrions imaginer une nouvelle campagne de sensibilisation se présentant sous un format vidéo ou audio court, avec un message à visée pédagogique concernant l'utilisation des antibiotiques et insistant sur les conséquences de l'antibiorésistance sur la société entière. Cette campagne serait alors diffusée via les outils de communications traditionnels comme la télévision ou la radio mais également via les réseaux sociaux afin de toucher différents publics.

[(1)] IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

5. CONCLUSION

Notre étude suggère que les campagnes de sensibilisation du grand public aux risques de la surconsommation d'antibiotiques – avec *« les antibiotiques c'est pas automatique »* en 2002 puis avec *« les antibiotiques, utilisés à tort, ils deviendront moins forts »* en 2010 – ont eu un impact mitigé et n'ont pas suffi à combattre les perceptions et à améliorer les connaissances des « séniors » de 50 – 65 ans. Le manque d'informations précises sur les risques de résistance et leur mécanisme de transmission concourt à expliquer des connaissances globales fragiles vis-à-vis des antibiotiques, de leurs indications et des risques de résistance bactérienne.

Certes, les « séniors » sont favorables à de nouvelles campagnes d'informations grand public, notamment au travers de supports pédagogiques innovants par le biais d'internet et des réseaux sociaux. D'ailleurs, une nouvelle campagne de sensibilisation va être lancée prochainement dans le cadre de la *Stratégie Nationale de Santé 2018-2022* [75] où l'objectif du ministère de la Santé est de réduire de 25% la consommation d'antibiotiques en France d'ici 2020.

Néanmoins, les participants soulignent le rôle clé du médecin généraliste dans l'information sur les antibiotiques et l'intérêt de leur usage raisonné.

Il convient donc pour tout médecin, de prendre le temps de transmettre des messages simples et ciblés pour améliorer les connaissances des patients, pour faire évoluer les croyances erronées et pour transformer leurs comportements de santé. L'autonomisation du patient vis-à-vis des pathologies infectieuses virales permettrait ainsi d'éviter le recours à des consultations médicales inutiles et favoriserait la pertinence des prescriptions des antibiotiques.

Il convient également d'améliorer nos stratégies de communication, notamment dans les situations à risque de sur-prescription, et de mieux appréhender les attentes des patients.

Imprimé n° 4

UNIVERSITÉ DE RENNES 1
Scolarité médecine 3ème cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : TRONEL Sébastien

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Les antibiotiques en médecine générale : étude qualitative auprès d'une population de patients âgés entre 50 et 65 ans

Rennes, le **Dr Frédéric BEUNEUX** 35770 VERN-SUR-SEICHE 35 10 58 90 4 1000 26 77 200 **Le Directeur de thèse**	Rennes, le 25/04/2018 **Professeur Matthieu REVEST** Service des Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale CHU Pontchaillou - 35033 RENNES Tél : 02 99 28 95 64 - Fax : 02 99 28 94 64 matthieu.revest@chu-rennes.fr N°RPPS : 10004417472 **Le Président de Jury**

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le - 3 MAI 2018

Le Président de l'Université de Rennes1

UNIVERSITÉ DE RENNES 1

D. ALIS

Maj : 23-janv.-14

6. BIBLIOGRAPHIE

[1] The European Union summary report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2016, EFSA Journal 2018;16(2):5182 [270 pp.], 27 February 2018.

[2] Morbidité et mortalité des infections à bactéries multi-résistantes aux antibiotiques en France en 2012 : Etude BURDEN BMR, Dr Coignard, Direction des maladies infectieuse, Santé publique France, JNI, Lille, Juin 2016

[3] Tackling drug-resistant infections globally : final report and recommendations, May 2016, Jim O'Neill).

[4] Rapport InVS et ANSM. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. Novembre 2015.

[5] Rapport ANSM. L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015. Janvier 2017

[6] Feron J-M, Legrand D, Pestiaux D, Tulkens P. Prescription d'antibiotiques en médecine générale en Belgique et en France : entre déterminants collectifs et responsabilité individuelle. Pathologie Biologie. févr 2009;57(1):61-4.

[7] Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V. Infections respiratoires présumées virales : Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. Rev Prat Med Gen. 2003;17(601):1556160.

[8] Pecastaing JB, Prouff B, Gay B. Étude de l'influence des facteurs non cliniques sur la décision de prescription d'antibiotiques en médecine générale. exercer. 2009;(85(supp1)):64S.

[9] Robert A, Nguyen Y, Bajolet O, Vuillemin B, Defoin B, Vernet-Garnier V, et al. Knowledge of antibiotics and antibiotic resistance in patients followed by family physicians. Médecine et Maladies Infectieuses. 1 mars 2017;47(2):142-51.

[10] URCAM. Regards croisés médecins /patients sur les antibiotiques : une étude nationale (CNAMTS/IPSOS) auprès des médecins et des patients, pour mieux connaître les facteurs de mauvais usage des antibiotiques [En ligne]. oct 2002

[11] Eurobaromètre spécial 407. La résistance aux antimicrobiens. [En ligne]. 2013. Disponible: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_407_fr.pdf

[12] Collomb-Gery A. Evolution des connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie : arguments pour améliorer la prescription en mèdecine générale, en ligne]. UNIVERSITE JOSEPH FOURIER FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE; 2012 [cité le 10 janv 2017]. Disponible: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708584/document

[13] Mangin L. Antibiotiques et résistances : enquête sur les connaissances et les comportements du grand public, en ligne]. Thèse]. Nancy: Université de Lorraine Google Scholar; 2016 [cité le 6 mars 2017]. Disponible: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2013_DESCHAMPS_ARNAUD.pdf

[14] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C, Institut de veille sanitaire (France). Enquête Nicolle 2006: connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis : INPES; 2008.

[15] Pechère J-C, Hughes D, Kardas P, Cornaglia G. Non-compliance with antibiotic therapy for acute community infections: a global survey. International Journal of Antimicrobial Agents. mars 2007;29(3):245-53.

[16] Grigoryan L, Haaijer-Ruskamp FM, Burgerhof JGM, Mechtler R, Deschepper R, Tambic-Andrasevic A, et al. Self-medication with Antimicrobial Drugs in Europe. Emerg Infect Dis. mars 2006;12(3):452-9.

[17] Napolitano F, Izzo MT, Di Giuseppe G, Angelillo IF. Public Knowledge, Attitudes, and Experience Regarding the Use of Antibiotics in Italy. Cloeckaert A, rédacteur. PLoS ONE. 23 déc 2013;8(12):e84177.

[18] Lai M. Réévaluation des connaissances et représentation des parents d'enfants atteints de viroses saisonnières vis -à-vis de la prescription d'antibiotiques., en ligne]. Université Paris Diderot-Paris 7; 2013 [cité le 14 mars 2017]. Disponible: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4225_LAI_these.pdf

[19] Brookes-Howell L, Butler C, Hood K et al. Interaction médecin/parents dans la prescription d'un antibiotique chez des enfants atteints d'une infection respiratoire. exercer. 21(90(suppl1)):46S-7S.

[20] Cabral C, Lucas PJ, Ingram J, Hay AD, Horwood J. "It's safer to …" parent consulting and clinician antibiotic prescribing decisions for children with respiratory tract infections: An analysis across four qualitative studies. Social Science & Medicine. juill 2015;136-137:156-64.

[21] Cantarero-Arévalo L, Hallas MP, Kaae S. Parental knowledge of antibiotic use in children with respiratory infections: a systematic review. International Journal of Pharmacy Practice. févr 2017;25(1):31-49.

[22] Prigitano A, Romanò L, Auxilia F, Castaldi S, Tortorano AM. Antibiotic resistance: Italian awareness survey 2016. Journal of Infection and Public Health. 1 janv 2018;11(1):30-4.

[23] ANSM (2012), Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France. [En ligne]. 2012. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/80021cd6bb92b94c16a3db89088fd4f0.pdf

[24] Orivel C. Description des représentations des patients concernant la consommation d'antibiotiques et de leurs attentes d'information. Thèse de médecine générale. Université de Rennes 1 ; Faculté de médecine ; 2016.

[25] Nourry M. Que pensent les patients de la prescription d'une antibiothérapie dans les infections respiratoires en médecine générale ? Université de Nantes; 2015.

[26] Masue G. Quelles sont les représentations et les connaissances des patients sur les antibiotiques ? Ressenti de dix-huit patients en Franche-Comté. Université de Franche Comté; 2016.

[27] Gaarslev C., Yee M., Chan G., Fletcher-Lartey S., Khan R. A mixed methods study to understand patient expectations for antibiotics for an upper respiratory tract infection. Antimicrobial Resistance and Infection Control. 2016;5(39).

[28] Hawking MK, Lecky DM, Touboul Lundgren P, Aldigs E, Abdulmajed H, Ioannidou E, et al. Attitudes and behaviours of adolescents towards antibiotics and self-care for respiratory tract infections: a qualitative study. BMJ Open. mai 2017;7(5):e015308.

[29] Kotwani A, Wattal C, Joshi PC, Holloway K. Knowledge and perceptions on antibiotic use and resistance among high school students and teachers in New Delhi, India: A qualitative study. Indian J Pharmacol. août 2016;48(4):365.

[30] Alkhaldi SM, Al-Mahmoud MF, Kanaan H. Mothers' knowledge, attitudes, and practices of antibiotic use for children in Jordan. Jordan Med J 2015; 49: 215–226.

[31] Zolaly MA, Hanafi MI. Factors affecting antibiotics' prescription in general pediatric clinics. J Taibah Univ Med Sci 2011; 6: 33–41.

[32] Yu M et al. Knowledge, attitudes, and practices of parents in rural China on the use of antibiotics in children: a cross-sectional study. BMC Infect Dis 2014; 14: 112.

[33] Hoa NQ et al. Unnecessary antibiotic use for mild acute respiratory infections during 28-day follow-up of 823 children under five in rural Vietnam. Trans R Soc Trop Med Hyg 2011; 105: 628–636.

[34] Togoobaatar G et al. Survey of non- prescribed use of antibiotics for chil- dren in an urban community

in Mongolia. Bull World Health Organ 2010; 88: 930–936.

[35] Cho H-J, Hong S-J, Park S. Knowledge and beliefs of primary care physicians, pharmacists, and parents on antibiotic use for the pediatric common cold. Social Science & Medicine. 1 févr 2004;58(3):623-9.

[36] Cals JW, Boumans D, Lardinois RJ, Gonzales R, Hopstaken R, Butler C et al. Public beliefs on antibiotics and respiratory tract infections : an internet-based questionnaire study. Br J Gen Pract. 2007;57(545) :942-7

[37] Kuzujanakis M, Kleinman K, Rifas-Shiman S, Finkelstein JA. Correlates of parental antibiotic knowledge, demand, and reported use. Ambul Pediatr 2003;3(4):203–10.

[38] Gualano MR, Gili R, Scaioli G, Bert F, Siliquini R. General population's knowledge and attitudes about antibiotics: a systematic review and meta- analysis. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2015;24(1):2–10.

[39] Barden LS et al. Current attitudes regarding use of antimicrobial agents: results from physician's and parents' focus group discussions. Clin Pediatr (Phila) 1998; 37: 665–671.

[40] Fischer, Kochen, Hummers-Pradier. Influence of patient symptoms and physical findings on general practitioners' treatment of respiratory tract infections: A direct observation study. BMC Fam Pract 2005;6:6.

[41] Wun YT et al. Antibiotic use: do parents act differently for their children? Int J Clin Pract 2012; 66: 1197–1203.

[42] Luque JS, Whiteford LM, Tobin GA. Maternal recognition and health care-seeking behavior for acute respiratory infection in children in a rural Ecuadorian county. Matern Child Health J 2008; 12: 287–297.

[43] Ingram J et al. Parents' information needs, self-efficacy and influences on consulting for childhood respiratory tract infections: a qualitative study. BMC Fam Pract 2013; 14: 106.

[44] Coenen S, Michiels B, Renard D, Denekens J, Van Royen P. Antibiotic prescribing for acute cough: the effect of perceived patient demand. BJGP 2006;56:183–90.

[45] Murray S, Del Mar C, O'Rourke P. Predictors of an antibiotic prescription by GPs for respiratory tract infections: a pilot. Fam Pract 2000;17:386–8.

[46] Moreliere M. Étude de la prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes français dans les angines, les bronchites aiguës, les états fébriles et les rhino-pharyngites, de 2000 à 2009. Thèse de médecine générale. Université de Versaille Saint-Quentin-En-Yvelines, Faculté de médecine Paris-Ile-de-France Ouest ; 2014.

[47] Valentin F. Perception du bon usage des antibiotiques en pays de la Loire en 2010 : enquete auprès de la population. Thèse de pharmacie. Université de Nantes. Faculté de pharmacie de Nantes ; 2012.

[48] CNAMTS. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Réf. 331929 Dossier de presse (Document papier) - Paris ; 2005.

[49] The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotic medicines and averting antimicrobial resistance – a review of current policies and experiences in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/medicines/publications2/2014/the-role-of-pharmacist-in- encouraging-prudent-use-of-antibiotic-medicines-and-averting-antimicrobial-resistance-a-review-of-current- policies-and-experiences-in-europe)

[50] OCDE (2017), Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr

[51] Palmer DA, Bauchner H. Parents' and physicians' views on antibiotics. Pediatrics 1997; 99: E6.

[52] Worldwide country situation analysis: response to antimicrobial resistance ; April 2015 ; Disponible sur : apps.who.int/iris/bitstream/10665/163468/1/9789241564946_eng.pdf?ua=1

[53] Peretti-Watel P, Verger P, Raude J, Constant A, Gautier A, Jestin C, et al. Dramatic change in public attitudes towards vaccination during the 2009 influenza A (H1N1) pandemic in France. Euro Surveill 2013;18(44) [Pii 20623].

[54] Tournay V, Pariente A. Comprendre la défiance à l'égard de l'évaluation des risques médicamenteux. Au-delà des conflits d'intérêts. Thérapie [Internet]. 30 mars 2018 [cité 1 mai 2018]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040595718300647

[55] Little P, Gould C, Williamson J. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. BMJ 1997;315:350–2.

[56] Butler CC, Rollnick S, Kinnersley P, Jones A, Stott N. Reducing antibiotics for respiratory tract symptoms in primary care: consolidating 'why' and considering 'how'. BJGP 1998;48:1865–70.

[57] Ashworth M, Charlton J, Ballard K, Latinovic R, Gulliford M. Variations in antibiotic prescribing and consultation rates for acute respiratory infection in UK general practices 1995–2000. BJGP 2005;55:603–8.

[58] Mainous AG, Zoorob RJ, Oler MJ, Haynes DM. Patient knowledge of upper respiratory infections: implications for antibiotic expectations and unnecessary utilization. J Fam Pract 1997;45:75–83.

[59] Youngster I, Avorn J, Belleudi V, Cantarutti A, Díez-Domingo J, Kirchmayer U, et al. Antibiotic Use in Children – A Cross-National Analysis of 6 Countries. The Journal of Pediatrics. 1 mars 2017;182:239-244.e1.

[60] Bousson C. Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux. Thèse de médecine générale. Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2013.

[61] Hutchinson JM, Foley RN. Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription. CMAJ 1999;160:1013–7.

[62] Coenen S, Van Royen P, Vermeire E, Hermann I, Denekens J. Antibiotics for coughing in general practice: a qualitative decision analysis. Fam Pract 2000;17(5):380–5.

[63] Feron JM, Legrand D, Kacenelenbogen N, Freyens A, Tulkens P. Évaluation de l'usage des antibiotiques en médecine générale en Belgique francophone : détermination des raisons de la surprescription apparente et de la non-observance des recommandations de bonne pratique. Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse (Paris, France 2007), 2007.

[64] Butler CC, Kinnersley P, Prout H, Rollnick S, Edwards A, Elwyn G. Antibiotics and shared decision-making in primary care. J Antimicrob Chemother 2001;48:435–40.

[65] Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopha- ryngite aiguë. Bull Info Econ 2003;70.

[66] Lundkvist J, Akerlind I, Borgquist L, Molstad S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. Fam Pract 2002;19(6):638–40.

[67] Schweyer FX, Levasseur G. Demandes des patients jugées non fondées par les médecins. Rapport d'étude à partir d'une revue de la littérature. Rapport pour la commission des usagers de l'URML Bretagne ; Juin 2001.

[68] Rivière B. Les antibiotiques dans la rhinopharyngite de l'enfant: un exemple de la négociation en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1; 2003.

[69] Hutchinson JM, Jelinski S, Hefferton D, Desaulniers G, Parfrey PS. Role of diagnostic labeling in antibiotic prescription. Can Fam Physician 2001;47:1217–24.

[70] Kumar S, Little P, Britten N. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat?

Grounded theory interview study. BMJ 2003; 326:138.

[71] Hopstaken R, Butler C, Muris J, Knottnerus J, Kester A, Rinkens P, et al. Do clinical findings in lower respiratory tract infection help general practitioners prescribe antibiotics appropriately? An observational cohort study in general practice. Fam Pract 2006;23:180–7.

[72] Scott JG, Cohen D, DiCicco-Bloom B, Orzano J, Jaen C, Crabtree BF. Antibiotic use in acute respiratory infections and the ways patients pressure physicians for a prescription. J Fam Pract 2001;50(10):1077.

[73] Wintenberger C, Guery B, Bonnet E, Castan B, Cohen R, Diamantis S, et al. Proposal for shorter antibiotic therapies. Médecine et Maladies Infectieuses. 1 mars 2017;47(2):92-141.

[74] Dabi F, Pratviel E. Les Français et la résistance aux antibiotiques : sondage IFOP pour le Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017.

[75] Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [En ligne]. 2017 [cité le 27 mai 2018]. Disponible: http://solidarites- sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

7. ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Guide d'entretien

1. EXPLICATION DU SUJET
« Je suis étudiant en médecine et je réalise un travail de thèse concernant l'antibiothérapie en médecine générale et je souhaiterai explorer vos représentations, perceptions et attentes par rapport aux antibiotiques »

2. QUESTIONNAIRE QUANTITATIF
- Age
- Sexe
- Profession /catégorie socio-professionnelle
- Lieu d'habitation : urbain/semi rural/rural
- Avez-vous des enfants ? oui/non si oui, âges :
- Pathologie chronique ?
- Année suivi médecin traitant (< 1 an / 1-5 ans / 5-10ans / >10ans)

3. QUESTION « BRISE-GLACE »
- Comment évaluez-vous spontanément votre exposition aux antibiotiques au cours de votre vie ? A combien, la quantifiez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?

4. CONNAISSANCE GENERALE SUR LES ANTIBIOTIQUES
- *Question principale :* Comment définiriez-vous les antibiotiques ? Selon vous, à quoi servent les antibiotiques ?
- *Relances :*
    - Dans quelles maladies courantes, selon vous, les antibiotiques ont-ils une utilité ?
    - Quelle est la cible, selon vous des antibiotiques ?

5. COMPORTEMENT PAR RAPPORT A L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES ?
- *Questions principales :*
    - Que faites-vous en pratique une fois chez vous, lorsque votre médecin vous prescrit un antibiotique ?
    - Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de prendre des antibiotiques sans consulter de médecin ? Dans quelles situations ? si non, avez-vous déjà été tenté ?
    - Avez-vous des craintes ou des hésitations avez-vous avant de prendre un traitement antibiotique ? si oui, lesquels ?
- *Relances :*
    - Respectez-vous la posologie et la durée de la prescription ?
    - Que pensez-vous de l'automédication ?

6. RELATION MEDECIN-PATIENT
- *Questions principales :*
    - Qu'attendez-vous de la part de votre médecin lors de la consultation pour une maladie infectieuse aigüe ? (ex angine, rhino-pharyngite..)

- Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de demander des antibiotiques à votre médecin ? Pour quelles raisons ?

- *Relances :*

- Comment ça se passe avec votre médecin quand il ne vous prescrit pas d'antibiotiques ? Si vous jugiez nécessaire la prescription d'antibiotiques par votre médecin et qu'il vous la refuse ou qu'il justifie sa non nécessité, comment réagissez vous ?

7. ANTIBIORESISTANCE

- *Question principale :* Quels sont pour vous les risques, lorsqu'on consomme beaucoup d'antibiotiques ?

- *Relances :*

- Avez-vous déjà entendu parler de l'antibio-résistance (bactéries résistantes aux antibiotiques) ? qu'en pensez-vous ?
- Vous sentez vous concerné par ce problème ?

8. INFORMATION SUR LES ANTIBIOTIQUES ET ANTIBIORESISTANCE ET COMMENT CHANGER CE PROBLEME

- *Question principale :*

- Comment vous informez vous sur ces traitements, les antibiotiques ?
- Vous-sentez-vous bien informé sur le sujet ?
- Quelles seraient vos suggestions pour être mieux informé sur les antibiotiques et leur utilisation ?

- *Relances :*

- Quelles sont vos sources principales ?
- Que pensent vos proches (amis, famille) des antibiotiques ? En discutez-vous ensemble parfois ?
- Que pensez-vous des campagnes d'informations menées par l'assurance maladie (ex « les antibiotiques, c'est pas automatique ")

Dernière question : Voulez-vous rajouter autre chose sur les antibiotiques ?

7.2 Annexe 2 : Formulaire de consentement

Consentement de participation à une étude qualitative

Je soussigné(e), Monsieur ou madame…….…… certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation à l'étude suivante ***« Représentations, perceptions et attentes des patients concernant la prescription d'antibiotiques en médecine générale : une étude qualitative auprès d'une population de patients âgés de 18 à 25ans »***

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude est réalisée dans le cadre d'une thèse soutenue par Constance Lambert étudiante en santé à la faculté de Rennes.

Fait à ……. Le ……

Signature

7.3 Annexe 3 : Lettre d'information

Information pour participation à une étude qualitative

Étudiante en santé en fin de cursus, je réalise un travail de recherche s'intéressant aux personnes jeunes, âgées de 18 à 25 ans et leurs préoccupations face à leur santé.
Plus précisément, mon projet est d'aborder le thème des *antibiotiques : comment sont-ils perçus par la jeune population ?*

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté. Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

U.F.R. DE **MEDECINE** DE RENNES	N°

Sébastien TRONEL - Les antibiotiques en médecine générale : une étude qualitative auprès d'une population de patients âgés entre 50 à 65 ans

54 feuilles, 1 tableau. 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2018 ; N° .

Résumé

Introduction : L'utilisation massive, répétée des antibiotiques crée une pression de sélection sur les bactéries, conduisant à des résistances et à une diminution de l'efficacité thérapeutique. Malgré des campagnes de sensibilisation, la consommation d'antibiotiques en France est supérieure à celle de ses voisins européens. Elle est au cœur des préoccupations des acteurs sanitaires mondiaux. *Objectif* : l'objectif de cette étude a été d'explorer les connaissances, représentations et attentes des patients vis-à-vis des antibiotiques. *Méthode :* Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été conduite de novembre 2017 à février 2018, auprès de sujets âgés entre 50 et 65 ans. L'analyse des données a été faite par codage axial des verbatims puis catégorisation de manière indépendante par deux chercheurs. *Résultats :* 16 patients ont participé à l'étude. Leurs connaissances globales vis-à-vis des antibiotiques étaient médiocres. Ils évaluaient leur consommation d'antibiotiques comme faible et consultaient peu leur médecin pour des pathologies hivernales, privilégiant l'automédication. S'ils accordaient pour la plupart une confiance absolue à leur médecin traitant, ils en attendaient principalement une écoute et des explications approfondies, et non une expertise médicale seule. Ils affirmaient une observance médiocre des traitements antibiotiques et ne respectaient pas les durées des prescriptions et exprimaient n'avoir aucune craintes en prenant des antibiotiques. La durée d'évolution des symptômes, la douleur et la fièvre, étaient perçus comme les principaux déterminants orientant vers une infection bactérienne et justifiant la prescription d'un antibiotique. Les antibiotiques étaient perçus comme des médicaments très efficaces, permettant une guérison rapide mais présentant des risques d'effets secondaires. La résistance aux antibiotiques était peu connue des patients, et bien qu'ils la définissaient avec imprécision, ils en percevaient les conséquences parmi lesquels, le risque de diminution de l'efficacité thérapeutique. Les participants expliquaient la surconsommation essentiellement par l'influence que le patient exerçait sur le prescripteur**,** de façon verbale ou non, et par la sur-prescription par les médecins pour des raisons diverses. Les participants suggéraient pouvoir lutter contre le mésusage des antibiotiques en impliquant tous les acteurs de santé. *Conclusion :* Notre étude suggère que les campagnes de sensibilisation grand public ont eu un impact mitigé, n'ayant pas suffi à combattre les perceptions et à améliorer les connaissances des « séniors » de 50 à 65 ans. Le médecin a donc un rôle clé dans la transmission de l'information par le biais de messages simples et ciblés sur les risques d'antibiorésistance.

Abstract

Introduction: The massive, repeated use of antibiotics creates a selective pressure on the bacteria, leading to antimicrobial resistance (AMR) and a decrease in therapeutic efficiency. Despite awareness campaigns, antibiotic consumption in France is higher than its European neighbors. It's a major concern of global health actors. *Objectives*: The aim of this study was to explore the knowledge, beliefs and expectations of patients regarding antibiotics. *Method:* A qualitative study by semi-structured individual interviews was conducted from November 2017 to February 2018, on a random sample of 16 adult subjects aged between 50 and 65 years old. The analysis of the data was done by axial coding of the verbatim and then categorization independently by two researchers. *Results:* 16 patients participated in the survey. The overall knowledge of antibiotics was poor. They evaluated their antibiotic consumption as low and few consulted their general practitioner for a respiratory tract infection, preferring self-medication. Although most of them trusted their primary care physician, they mainly expected listening and detailed explanations and not just a medical expertise alone. They reported poor treatment compliance and did not respect the prescribed duration, but did not express any misgivings in taking antibiotics. Duration of symptoms, pain and fever, were seen as the main determinants of bacterial infection. Antibiotics were seen as very powerful, allowing a quick recovery but with risks of side effects. AMR was poorly known to patients, and although they defined it vaguely, they were quite aware of its consequences and the risk of decreasing therapeutic efficiency. The subjects suggested that they could fight the misuse of antibiotics, a fault shared between patients and doctors, by involving all health actors. *Conclusions:* Our study suggests that public awareness campaigns have had a mixed impact, having not been enough to fight false beliefs and improve the knowledge of "seniors" aged 50 to 65 years old. Therefore the general practitioner has a key role in relaying the informations through simple and targeted messages on the risks of AMR.

Rubrique de classement :		MEDECINE GENERALE
Mots-clés :		Antibiotiques, adultes, soins primaires, analyse qualitative
Mots-clés anglais MeSH :		Antibiotics, adults, primary care, qualitative study
JURY	Président	Pr REVEST Matthieu
	Assesseurs	Dr BEUNEUX Fréderic (Directeur de thèse) Pr DECAUX Olivier Pr TATTEVIN Françoise