



HAL
open science

Impact et acceptabilité de l'ordonnance de non prescription d'antibiotique auprès des patients

Ombeline Morisset

► **To cite this version:**

Ombeline Morisset. Impact et acceptabilité de l'ordonnance de non prescription d'antibiotique auprès des patients. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03145386

HAL Id: dumas-03145386

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03145386>

Submitted on 18 Feb 2021

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2020

par

Madame MORISSET Ombeline

Née le 01 novembre 1990 à Aunay sur Odon (14)

TITRE DE LA THÈSE :

**Impact et acceptabilité de l'ordonnance de non prescription d'antibiotique
auprès des patients**

Président : Monsieur le Professeur VERDON Renaud

Membres : Monsieur le Professeur LE HELLO Simon
Madame le Docteur BORGEY France
Madame le Docteur SCHONBRODT Laure
Monsieur le Docteur THIBON Pascal, Directeur de thèse

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|-----|-----------------------|---|
| M. | AGOSTINI Denis | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | AIDE Nicolas | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | ALLOUCHE Stéphane | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | ALVES Arnaud | Chirurgie digestive |
| M. | AOUBA Achille | Médecine interne |
| M. | BABIN Emmanuel | Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. | BÉNATEAU Hervé | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| M. | BENOIST Guillaume | Gynécologie - Obstétrique |
| M. | BERGER Ludovic | Chirurgie vasculaire |
| M. | BERGOT Emmanuel | Pneumologie |
| M. | BIBEAU Frédéric | Anatomie et cytologie pathologique |
| Mme | BRAZO Perrine | Psychiatrie d'adultes |
| M. | BROUARD Jacques | Pédiatrie |
| M. | BUSTANY Pierre | Pharmacologie |
| Mme | CHAPON Françoise | Histologie, Embryologie |
| Mme | CLIN-GODARD Bénédicte | Médecine et santé au travail |
| M. | DAMAJ Ghandi Laurent | Hématologie |
| M. | DAO Manh Thôn | Hépatologie-Gastro-Entérologie |
| M. | DAMAJ Ghandi Laurent | Hématologie |
| M. | DEFER Gilles | Neurologie |
| M. | DELAMILLIEURE Pascal | Psychiatrie d'adultes |
| M. | DENISE Pierre | Physiologie |
| Mme | DOLLFUS Sonia | Psychiatrie d'adultes |
| M. | DREYFUS Michel | Gynécologie - Obstétrique |
| M. | DU CHEYRON Damien | Réanimation médicale |
| Mme | ÉMERY Evelyne | Neurochirurgie |

| | | |
|------------|-------------------------------|---|
| M. | ESMAIL-BEYGUI Farzin | Cardiologie |
| Mme | FAUVET Raffaèle | Gynécologie – Obstétrique |
| M. | FISCHER Marc-Olivier | Anesthésiologie et réanimation |
| M. | GÉRARD Jean-Louis | Anesthésiologie et réanimation |
| M. | GUILLOIS Bernard | Pédiatrie |
| Mme | GUITTET-BAUD Lydia | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | HABRAND Jean-Louis | Cancérologie option Radiothérapie |
| M. | HAMON Martial | Cardiologie |
| Mme | HAMON Michèle | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | HANOUIZ Jean-Luc | Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire |
| M. | HULET Christophe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. | ICARD Philippe | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| M. | JOIN-LAMBERT Olivier | Bactériologie - Virologie |
| Mme | JOLY-LOBBEDEZ Florence | Cancérologie |
| M. | JOUBERT Michael | Endocrinologie |
| M. | LAUNOY Guy | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | LE HELLO Simon | Bactériologie-Virologie |
| Mme | LE MAUFF Brigitte | Immunologie |
| M. | LOBBEDEZ Thierry | Néphrologie |
| M. | LUBRANO Jean | Chirurgie viscérale et digestive |
| M. | MAHE Marc-André | Cancérologie |
| M. | MANRIQUE Alain | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | MARCÉLLI Christian | Rhumatologie |
| M. | MARTINAUD Olivier | Neurologie |
| M. | MAUREL Jean | Chirurgie générale |
| M. | MILLIEZ Paul | Cardiologie |
| M. | MOREAU Sylvain | Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. | MOUTEL Grégoire | Médecine légale et droit de la santé |
| M. | NORMAND Hervé | Physiologie |
| M. | PARIENTI Jean-Jacques | Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication |
| M. | PELAGE Jean-Pierre | Radiologie et imagerie médicale |
| Mme | PIQUET Marie-Astrid | Nutrition |
| M. | QUINTYN Jean-Claude | Ophtalmologie |
| Mme | RAT Anne-Christine | Rhumatologie |
| M. | RAVASSE Philippe | Chirurgie infantile |
| M. | REPESSE Yohann | Hématologie |

| | | |
|-----|-------------------|---------------------------|
| M. | REZNIK Yves | Endocrinologie |
| M. | ROD Julien | Chirurgie infantile |
| M. | ROUPIE Eric | Médecine d'urgence |
| Mme | THARIAT Juliette | Radiothérapie |
| M. | TILLOU Xavier | Urologie |
| M. | TOUZÉ Emmanuel | Neurologie |
| M. | TROUSSARD Xavier | Hématologie |
| Mme | VABRET Astrid | Bactériologie - Virologie |
| M. | VERDON Renaud | Maladies infectieuses |
| Mme | VERNEUIL Laurence | Dermatologie |
| M. | VIVIEN Denis | Biologie cellulaire |

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

| | | |
|-----|---------------------------|---------------------|
| M. | DE LA SAYETTE Vincent | Neurologie |
| Mme | DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne | Dermatologie |
| M. | GUILLAUME Cyril | Médecine palliative |
| M. | LE BAS François | Médecine Générale |
| M. | SABATIER Rémi | Cardiologie |

PRCE

| | | |
|-----|---------------|---------|
| Mme | LELEU Solveig | Anglais |
|-----|---------------|---------|

PROFESSEURS EMERITES

| | | |
|-----|-----------------------|--|
| M. | HURALT de LIGNY Bruno | Néphrologie |
| Mme | KOTTLER Marie-Laure | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | LE COUTOUR Xavier | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | LEPORRIER Michel | Hématologie |
| M. | VIADER Fausto | Neurologie |

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

| | | |
|-----|----------------------------|---|
| M. | ALEXANDRE Joachim | Pharmacologie clinique |
| Mme | BENHAÏM Annie | Biologie cellulaire |
| M. | BESNARD Stéphane | Physiologie |
| Mme | BONHOMME Julie | Parasitologie et mycologie |
| M. | BOUVIER Nicolas | Néphrologie |
| M. | COULBAULT Laurent | Biochimie et Biologie moléculaire |
| M. | CREVEUIL Christian | Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication |
| M. | DE BOYSSON Hubert | Médecine interne |
| Mme | DINA Julia | Bactériologie - Virologie |
| Mme | DUPONT Claire | Pédiatrie |
| M. | ÉTARD Olivier | Physiologie |
| M. | GABEREL Thomas | Neurochirurgie |
| M. | GRUCHY Nicolas | Génétique |
| M. | GUÉNOLÉ Fabian | Pédopsychiatrie |
| M. | HITIER Martin | Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale |
| M. | ISNARD Christophe | Bactériologie Virologie |
| M. | JUSTET Aurélien | Pneumologie |
| Mme | KRIEGER Sophie | Pharmacie |
| M. | LEGALLOIS Damien | Cardiologie |
| Mme | LELONG-BOULOUARD Véronique | Pharmacologie fondamentale |
| Mme | LEVALLET Guénaëlle | Cytologie et Histologie |

| | | |
|----|-------------------|---|
| M. | MITTRE Hervé | Biologie cellulaire |
| M. | SESBOÛÉ Bruno | Physiologie |
| M. | TOUTIRAIS Olivier | Immunologie |
| M. | VEYSSIERE Alexis | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

| | | |
|-----|----------------------|-------------------|
| Mme | ABBATE-LERAY Pascale | Médecine générale |
| M. | COUETTE Pierre-André | Médecine générale |
| Mme | DE JAEGHER Sophie | Médecine générale |
| M. | PITHON Anni | Médecine générale |
| M. | SAINMONT Nicolas | Médecine générale |
| Mme | SCHONBRODT Laure | Médecine générale |

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

| | | |
|-----|--------------------|----------------------------|
| Mme | DEBRUYNE Danièle | Pharmacologie fondamentale |
| Mme | DERLON-BOREL Annie | Hématologie |
| Mme | LEPORRIER Nathalie | Génétique |

Remerciements

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Renaud VERDON, vous me faites l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Simon LE HELLO, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et d'avoir accepté de le juger. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Laure SCHONBRODT, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de ma considération.

Madame le Docteur France BORGEY, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous suis particulièrement reconnaissante pour vos conseils avisés dans l'élaboration de ce projet.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Pascal THIBON. Je vous remercie pour votre accompagnement tout au long de ce travail. Merci de votre investissement et de votre aide précieuse pour compenser mes lacunes en informatique. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

A tous les médecins ayant participé à cette étude, merci pour votre motivation et pour le temps que vous m'avez accordé.

A tous les médecins qui ont participé de près ou de loin à ma formation, particulièrement aux Docteurs Stéphane CHEDEVILLE, Claire ROBINET, Thibaut RAGINEL et Marie-Aude LEROUX-ZUINGHEDAU, un grand merci pour vos enseignements qui ont guidé mes premiers pas en médecine générale.

A ma famille,

Papa, Maman, merci pour votre éducation, votre soutien pendant toutes ces années, et votre spiritualité avec laquelle j'ai appris à grandir. J'espère vous rendre aussi fiers que je le suis de faire partie de cette famille.

A mes frères et sœurs, Déborah, Samuel et Ségolène, merci d'avoir été des modèles et d'avoir supporté la petite dernière !

A mes grands-parents,

Papi et Mamie T, merci d'avoir été là pour me requinquer à chaque coup de mou, sans vous je n'aurais jamais réussi à décrocher mon concours.

Mamie Bruno, chaque voyage en Alsace était un réel retour aux sources, merci de nous avoir fait vivre la magie de Noël toutes ces années. Papi Bruno, je pense très fort à toi aussi.

A mes amis,

Mes petits doigts de la main, une amitié dont je mesure la chance de plus en plus chaque jour. « On n'est pas six, on est une », vous me manquez, mais d'une manière ou d'une autre, vous n'êtes jamais loin ♥.

A la clique des gars de Romillé, de souche ou adoptés, je ne compte plus toutes ces soirées. Merci pour tous ces bons souvenirs, et bien sûr pour ceux encore à venir.

A Camille, Mappi, mon pilier pour ces deux sacrées premières années de médecine, et une amitié que nous seules pouvons comprendre... jetskinautdam Djajti.

A mes copines Stephy, Mathou et Oriane, merci pour les fous rires « de ses morts » qui nous auront permis de tenir jusqu'au bout. Merci aussi à Clairou, Marylou et Anne-Clé d'avoir égayer ces années de folie.

A Manon, Scauri, et Adeline, merci pour ces bouffées d'air frais à chaque instant que je vous vois.

A Laurène, Inès, Guy, Margaux, Camille, L'oeuf, Colson, Grégoire... et toute la team alençonnaise, merci pour ce semestre d'internat qui fut un réel nouveau départ pour moi.

A mon Amour,

Merci de m'avoir soutenue dès le premier jour et de m'avoir poussée à toujours donner le meilleur de moi-même. Ta présence seule est un réconfort inestimable. Je t'aime Romain.

Abréviations

| | |
|--------|---|
| ARS | Agence régionale de santé |
| BPCO | Broncho-pneumopathie chronique obstructive |
| CPias | Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins |
| CRCA | Centres régionaux de conseil en antibiothérapie |
| DDJ | Dose définie journalière |
| OMEDIT | Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONP | Ordonnance de non prescription |

INDEX Tableaux et figures

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude (*page 15*)

Figure 2 : Représentation sous forme de boxplots de l'évolution du score global et de l'eurobaromètre (euroscore) avant/après remise de l'ONP (*page 19*)

Tableau I : Motif de consultation par symptôme (*page 16*)

Tableau II : Caractéristiques des populations « ONP remise » et « ONP non remise » (*Annexe 5*)

Tableau III : Connaissances initiales (avant la consultation médicale). Les questions utilisées pour le score global sont en gras, les questions de l'eurobaromètre en gras et italiques (*page 18*)

Tableau IV : Score des connaissances avant la consultation médicale (*Annexe 6*)

Tableau V : Evolution des scores de connaissances (*page 19*)

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION LONGUE | 1 |
| Introduction..... | 1 |
| Contexte | 3 |
| I. Consommation d'antibiotiques dans le secteur de ville : la situation en France et en Europe | 3 |
| II. Moyens d'actions mis en place..... | 4 |
| III. L'ordonnance de non-prescription d'antibiotique | 5 |
| A. Difficulté de la non prescription | 5 |
| B. Information du patient : intérêt d'un support écrit | 6 |
| C. Améliorer les connaissances des patients | 6 |
| D. L'ONP en France et à l'étranger..... | 7 |
| E. Actions régionales autour de l'ONP | 9 |
| ARTICLE | 10 |
| Introduction..... | 10 |
| Matériels et méthodes | 11 |
| I. Type d'étude et objectifs..... | 11 |
| II. Population étudiée..... | 11 |
| III. Déroulement de l'étude | 12 |
| IV. Données recueillies | 12 |
| V. Analyse statistique..... | 13 |
| Résultats | 15 |
| I. Caractéristiques de la population | 15 |
| II. Motifs de consultation et besoin d'antibiothérapie | 16 |
| III. Remise de l'ONP | 17 |
| IV. Connaissances initiales des patients..... | 17 |
| V. Impact de l'ONP sur les connaissances | 19 |
| VI. Acceptabilité et satisfaction des patients..... | 20 |
| VII. Retour d'expérience des médecins | 20 |
| Discussion | 21 |
| Conclusion..... | 25 |
| BIBLIOGRAPHIE | 26 |
| ANNEXES | 30 |

INTRODUCTION LONGUE

Introduction

Le premier antibiotique, la pénicilline, a été découvert en 1928 par Alexander Fleming. L'activité antimicrobienne des antibiotiques a permis de lutter contre de nombreuses maladies considérées jusque-là comme incurables. Première cause de mortalité en 1940, les maladies infectieuses sont aujourd'hui responsables de seulement 2% des causes de décès en France. Cependant, cinquante ans environ après cette révolution médicale, l'émergence de bactéries résistantes conduit à des impasses thérapeutiques de plus en plus fréquentes (1).

L'antibiorésistance est aujourd'hui un problème de santé publique mondial. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare que nous entrerons bientôt dans une ère post-antibiotique dans laquelle des infections courantes et de petites blessures infectées seront à nouveau mortelles (2).

Dans ce contexte, la France a engagé depuis la fin des années 1990 trois plans nationaux d'action sur les antibiotiques. La consommation a ainsi baissé de 11,4% entre 2000 et 2010 (3) mais a de nouveau progressé par la suite. Cette hausse de consommation provient très majoritairement de la médecine de ville avec une augmentation de 5,6% entre 2011 et 2016, alors que dans les établissements de santé la consommation sur cette période est restée stable (4).

En 2018, la France était au 3^e rang des pays européens les plus consommateurs d'antibiotiques (5). Quatre-vingt-treize pourcents étaient dispensés dans le secteur de ville, dont 71% prescrits par des médecins généralistes (3). Parmi ces prescriptions, 69,5% concernaient des affections des voies respiratoires dont 43,8% d'affections ORL (4). Ces infections sont pourtant le plus souvent d'origine virale et donc traitées à tort par antibiotiques (6,7).

La surconsommation et le mauvais usage des antibiotiques contribuent à l'augmentation préoccupante des résistances bactériennes. Le non recours aux antibiotiques pour les infections virales est un enjeu majeur des politiques de santé publique.

Une des stratégies mises en place est l'utilisation d'une « Ordonnance de Non Prescription » (ONP)¹. Il s'agit d'une fiche d'information présentée sous la forme d'une ordonnance, sur laquelle sont exposées les raisons pour lesquelles le médecin ne prescrit pas d'antibiotique. Ainsi, en cas d'infection virale, le médecin pourra la remettre à son patient. Cet outil pédagogique possède une double action : réduire la pression exercée par le patient sur le médecin qui remet bien une « ordonnance » et responsabiliser le patient (8).

L'acceptabilité de cette mesure a déjà été évaluée auprès de médecins généralistes (9,10) A notre connaissance, aucune étude française visant à apprécier l'opinion des patients n'a été menée jusqu'à présent.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact sur les connaissances et l'acceptabilité de l'ONP chez des patients venant consulter leur médecin généraliste.

¹ Annexe 1 : ONP

Contexte

I. Consommation d'antibiotiques dans le secteur de ville : la situation en France et en Europe

En France, dans le secteur de ville, la consommation d'antibiotiques a évolué en 3 phases depuis 2000 : d'abord une baisse jusqu'en 2005, puis une stabilité entre 2005 et 2010, et enfin une tendance à la hausse que les résultats de 2016 confirment (4). En 2019, deux indicateurs ont été calculés par Santé Publique France (11) : d'une part le nombre de Dose Définie Journalière (DDJ), avec la nouvelle base de l'OMS en vigueur au 1^{er} janvier 2019, et d'autre part le nombre de prescriptions, tous deux exprimés pour 1 000 habitants et par jour. La mise à disposition de ces données par régions et départements permet d'adapter les actions nationales localement.

En termes de tendances, la consommation globale d'antibiotiques en secteur de ville exprimée en DDJ est restée stable dans les dix dernières années (22,7 en 2009 contre 22,5 en 2018) (11). L'actualisation des doses journalières en 2019, du fait de leur augmentation, explique la différence de tendance avec les résultats antérieurs s'inscrivant plutôt à la hausse (4). En effet, la DDJ constitue une posologie de référence pour un adulte de 70 kilos dans l'indication principale de chaque antibiotique, l'augmentation de la DDJ de certains antibiotiques très consommés (comme l'amoxicilline) peut faire diminuer significativement la consommation globale des antibiotiques.

Exprimée en nombre de prescriptions, la consommation globale d'antibiotiques en ville est passée de 2,81 à 2,38 prescriptions pour 1 000 habitants et par jour, soit une diminution de plus de 15% (11).

Sur 10 ans, la consommation a diminué pour presque toutes les classes d'antibiotiques, dont les fluoroquinolones, générateurs d'antibiorésistance. Les seules exceptions notables concernent les antibiotiques suivants : l'amoxicilline + 55% (conformément aux recommandations) et l'association amoxicilline-acide clavulanique + 12%, également pourvoyeur d'antibiorésistance (12).

Malgré ces évolutions, la consommation d'antibiotiques en France en 2018 demeurait supérieure d'environ 30 % à la moyenne européenne, plaçant le pays au 3^e rang des plus

gros consommateurs en Europe (5). En 2018, la consommation moyenne d'antibactériens en Europe était de 18,4 DDJ pour 1000 habitants et par jour en soins primaires, allant de 8,9 aux Pays-Bas à 32,4 en Grèce. Entre 2009 et 2018, elle est restée stable (18,6 DDJ en 2009) mais des tendances à la baisse ont été observées pour neuf pays (Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal et Suède) et des tendances à la hausse pour quatre pays (Bulgarie, Irlande, Lettonie et Pologne) (5).

II. Les moyens d'actions mis en place

Trois plans d'actions se sont succédés en France depuis les années 2000 : deux plans nationaux pour préserver l'efficacité des antibiotiques entre 2001-2005 puis 2007-2010 puis le plan national 2011-2016 d'alerte sur les antibiotiques.

Une étude récente a fait l'inventaire des programmes de bon usage des antibiotiques en médecine générale en France et à l'étranger entre 2000 et 2015 (13). En France, les principales actions menées étaient la formation des professionnels de la santé, la diffusion des recommandations, une rétro-information aux généralistes concernant leurs prescriptions, la mise à disposition des tests diagnostiques. Des lignes de conseils téléphoniques ont été mises en place dans certaines régions. À l'étranger, beaucoup de pays ont mis à disposition des médecins du matériel pédagogique expliquant aux patients la conduite à tenir en cas d'infections virales ou de prescription retardée. Certaines actions se démarquent, comme des autorisations spéciales pour les fluoroquinolones dans une province canadienne, l'arrêt temporaire du remboursement de certains antibiotiques selon l'écologie bactérienne au Danemark et les antibiogrammes comprenant moins de cinq molécules au Royaume-Uni (13).

L'OMS a publié en mai 2015 un plan d'action global contre l'antibiorésistance avec une approche « One Health » (« Une seule santé »). L'OMS invite chaque pays à se doter d'un plan d'action national intégrant les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale (14). Il existe depuis 2016 en France une feuille de route interministérielle pour la maîtrise de l'antibiorésistance (15). Ce programme est construit autour de 5 axes : mieux sensibiliser le public, mieux utiliser les antibiotiques, mieux soutenir la recherche et l'innovation, renforcer la surveillance et l'engagement de la France dans la lutte internationale contre l'antibiorésistance.

III. L'ordonnance de non-prescription d'antibiotique

A. La difficulté de la non-prescription

La France est le premier consommateur de médicaments en Europe. Pour un nombre de consultations par an similaire à ses voisins, c'est dans le nombre de médicaments prescrits à chaque consultation que se fait la différence : en moyenne 1,6 en France contre 1,2 en Allemagne et en Espagne (16). En effet, les français ont un rapport à l'ordonnance très fort, 90% des consultations se concluent par une ordonnance de médicaments (contre 43,2% aux Pays-Bas). L'ordonnance est quasi systématique, une forme de réflexe se traduisant par une équation simple : consultation = ordonnance = médicaments (16). Cette habitude ancrée dans la culture médicale rend difficile d'envisager l'idée de la non-prescription.

Les antibiotiques sont les médicaments les plus réclamés par les patients, loin devant les antalgiques ou encore les somnifères et les psychotropes (17). La pression exercée par les patients sur les médecins est l'un des principaux déterminants de la prescription d'antibiotique en médecine générale (18,19). Lorsque la demande du patient est explicite, elle rend la situation plus à risque d'une prescription inappropriée (20).

Si 33 % des médecins généralistes estiment que leur patient leur suggère implicitement une prescription d'antibiotiques, seuls 14 % des patients pensent en avoir demandés. Si 24% des médecins généralistes déclarent vivre des demandes explicites, 8 % des patients avouent avoir insisté pour obtenir des antibiotiques (17). Les attentes des patients ont une influence significative sur la délivrance d'antibiotiques, cependant les médecins surestiment ces attentes (21). Il existe un décalage important entre les attentes réelles du patient et les attentes ressenties par le médecin. La communication médecin-patient est donc essentielle pour améliorer les comportements de prescription.

La non-prescription est rarement un motif de mécontentement, dès lors qu'elle est expliquée. Si aucun antibiotique n'était prescrit aux patients qui les estimaient utiles, la majorité d'entre eux (62%) attendaient avant tout de leur médecin des explications (17). La délivrance d'informations et la réassurance sont plus fortement associées à la satisfaction des patients que la réception d'une prescription d'antibiotique (22).

B. Information du patient : intérêt d'un support écrit

L'information est au cœur de la relation médecin malade. C'est un devoir pour le médecin et un droit pour le patient. Elle constitue un élément central pour instaurer un rapport de confiance et permet d'inclure le patient dans les décisions concernant sa santé (23).

Près de la moitié des patients qui consultent pour une infection se souviennent avoir reçu des conseils. Parmi ceux qui ont reçu un antibiotique, seulement 8% se rappellent avoir eu des informations sur l'antibiorésistance et 20% sur le fonctionnement des antibiotiques (24). La plupart de ce qui se dit en consultation est oublié, c'est pourquoi un document écrit peut compléter l'information délivrée oralement.

Deux revues systématiques ont conclu que l'information écrite pour les patients pouvait réduire l'utilisation des antibiotiques en soins primaires ; l'une pour les infections courantes (25), l'autre pour les enfants atteints d'infections des voies respiratoires supérieures (26). Il n'y a pas eu d'impact négatif sur le taux de reconsultation, avec même une tendance à le diminuer, ni sur la satisfaction des parents à l'égard de la consultation. Les brochures d'informations peuvent générer de nouvelles connaissances et avoir un impact positif sur le comportement des patients (27).

C. Améliorer les connaissances des patients

Il existe un manque de connaissances sur les antibiotiques dans la population générale (28), c'est pourquoi un thème commun à différents plans d'actions nationaux pour réduire l'antibiorésistance est la sensibilisation des patients (29).

L'eurobaromètre, créé en 2009 par la Commission Européenne, évalue régulièrement la connaissance du grand public en matière d'antibiotiques et les tendances générales de leur utilisation. Publiée en novembre 2018, la quatrième édition de l'eurobaromètre mettait en évidence une évolution positive dans l'utilisation des antibiotiques : 32 % des personnes interrogées déclaraient avoir pris des antibiotiques au cours des douze derniers mois, contre 40 % lors de l'enquête de 2009. Cependant, le recours à ces médicaments était souvent inutile : 20 % des antibiotiques étaient utilisés pour soigner un rhume ou une grippe (30).

Les connaissances sur les antibiotiques étaient évaluées à travers quatre questions auxquelles les participants devaient répondre par Vrai ou Faux :

- « Les antibiotiques tuent les virus »
- « Les antibiotiques sont efficaces contre le rhume »
- « L'utilisation inutile des antibiotiques les rend inefficaces »
- « La prise d'antibiotiques a souvent des effets secondaires, comme la diarrhée »

Il persiste des lacunes dans les connaissances sur les antibiotiques : seulement 43% des européens savaient que les antibiotiques étaient inefficaces contre les virus et 66% qu'ils sont d'aucune utilité contre le rhume. En France, 53% des personnes interrogées avaient connaissance que les antibiotiques ne tuent pas les virus, mais ces connaissances se sont détériorées depuis 2016 avec une baisse de 6% de bonnes réponses (30).

Globalement, il reste une marge importante pour améliorer les connaissances des européens sur les antibiotiques. Vingt-cinq pourcents ont répondu correctement aux quatre questions (29% en France), le nombre moyen global de bonnes réponses était de 2,6 sur 4 (2,8 en France).

Les groupes de population ayant de moins bonnes connaissances sur les antibiotiques étaient généralement ceux qui avaient le plus recours à ces médicaments. Ceux qui avaient été exposés à plus d'informations étaient significativement plus susceptibles d'avoir de meilleures connaissances sur les antibiotiques. Ceci montre un lien entre une meilleure information du public et une consommation réduite. Les deux tiers des personnes interrogées souhaitaient recevoir davantage d'informations sur les antibiotiques (30).

Cet eurobaromètre montre que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour sensibiliser et renforcer les connaissances sur les antimicrobiens auprès des concitoyens européens (31).

D. L'ordonnance de non-prescription en France et à l'étranger

Dans le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016, un des projets de la mesure « sensibiliser la population aux enjeux d'une bonne prise en charge » était de mettre à disposition des patients des supports d'information adaptés sur la juste utilisation des antibiotiques (29).

Mis en place en janvier 2015, le groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques a publié le rapport « CARLET » (8), ayant pour mission de formuler des propositions pour lutter efficacement contre l'antibiorésistance et réduire la consommation d'antibiotique française de 25%. Quatre axes majeurs ont été identifiés :

- Axe 1 : approfondir les recherches, en particulier de nouveaux produits luttant contre l'antibiorésistance ;
- Axe 2 : mieux suivre l'évolution globale du phénomène via des indicateurs normalisés et partagés ;
- Axe 3 : améliorer le bon usage des antibiotiques ;
- Axe 4 : accroître la sensibilisation des populations au bon usage des antibiotiques.

Le groupe travaillant sur le bon usage des antibiotiques, a cherché à améliorer la communication entre le médecin et son patient en mettant à disposition des prescripteurs un ensemble d'outils pédagogiques regroupés dans un « pack communication ». Il se compose d'ordonnances spécifiques ou de non-prescription d'antibiothérapie, et de fiches synthétiques d'information sur l'antibiorésistance. En cas d'infection ne nécessitant pas d'antibiotique, le médecin peut remettre à son patient une ordonnance de non-prescription (ONP). Rédigée par la Direction Générale de la Santé et l'Assurance Maladie, l'ONP est disponible en France depuis l'automne 2015 et distribuée aux médecins généralistes par les délégués de l'Assurance Maladie.

Il s'agit d'une fiche d'information présentée sous la forme d'une ordonnance, c'est-à-dire nominative avec date et cachet du médecin. Elle s'intitule « Aujourd'hui je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques », elle répond aux questions « Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ? » et « Pourquoi faut-il prendre un antibiotique seulement quand c'est nécessaire ? ». Dans un tableau regroupant 5 pathologies virales : la rhinopharyngite, la grippe, l'angine virale, la bronchite et l'otite aiguë ; elle indique la durée habituelle des principaux symptômes avec des conseils pour les soulager, ainsi que des conseils sur les signes devant amener à consulter à nouveau.

Il existe des documents similaires à l'étranger², notamment aux Etats-Unis faite par le CDC (Centers for Disease Control and Prevention), et au Canada (10).

² Annexe 2 : ONP aux Etats-Unis et Annexe 3 : ONP au Canada

E. Actions régionales autour de l'ONP

Des Centres Régionaux de Conseil en Antibiothérapie (CRCA) ont été créés en 2016 suite aux recommandations du rapport « CARLET » (8) et de l'Instruction ministérielle DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS no 2015-212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance, sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS) (32).

NormAntibio est le CRCA normand, ayant pour missions 6 axes de travail, avec pour chacun des objectifs opérationnels, une méthode et un calendrier :

- Axe 1 : Organisation du conseil en antibiothérapie pour la région Normandie ;
- Axe 2 : Suivi épidémiologique de la résistance bactérienne et de la consommation des antibiotiques ;
- Axe 3 : Animation du réseau et communication ;
- Axe 4 : Formation des prescripteurs et sensibilisation des usagers ;
- Axe 5 : Evaluation des pratiques professionnelles ;
- Axe 6 : Recherche et valorisation scientifique.

Une feuille de route régionale « Antibiorésistance » a été réalisée à la demande de l'ARS, elle regroupe les projets d'actions de lutte contre l'antibiorésistance de NormAntibio et de deux autres structures : le Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias Normandie) et l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT Normandie).

Parmi les actions destinées au secteur de ville, un des objectifs était de faire la promotion de l'ONP, en l'améliorant si besoin, notamment en tenant compte des résultats de notre étude. Un autre objectif était d'évaluer l'acceptabilité de l'ONP par les « usagers », ce qui correspond à un des objectifs secondaires de notre étude.

Dans ce cadre, une collaboration entre NormAntibio et l'Assurance Maladie s'est initiée en 2019. Les propositions de modifications de l'ONP seront transmises à l'Assurance Maladie, si la nouvelle version de l'ONP n'est pas retenue au niveau national, il serait envisageable de l'expérimenter au niveau régional afin notamment d'évaluer son action sur le nombre de prescriptions d'antibiotiques.

ARTICLE

Introduction

La surconsommation et le mauvais usage des antibiotiques contribuent à l'augmentation préoccupante des résistances bactériennes. Ces phénomènes sont à l'origine d'impasses thérapeutiques de plus en plus fréquentes, et aujourd'hui l'antibiorésistance est un problème de santé publique de niveau mondial (2).

Dans ce contexte, la France a engagé depuis la fin des années 1990 trois plans nationaux d'action sur les antibiotiques. La consommation a ainsi baissé de 11,4% entre 2000 et 2010 (3) mais a de nouveau progressé par la suite et, en 2018, la France était au 3^e rang des pays européens les plus consommateurs d'antibiotiques (5). La hausse de consommation provient essentiellement de la médecine de ville (+5,6% entre 2011 et 2016 (4)), qui concentre 93% des prescriptions, majoritairement faites par des médecins généralistes (3). Parmi ces prescriptions, 69,5% concernent des affections des voies respiratoires dont 43,8% d'affections ORL (3). Ces infections sont pourtant le plus souvent d'origine virale et donc traitées à tort par antibiotiques (6,7). Le non-recours aux antibiotiques pour les infections virales est donc un enjeu majeur des politiques de santé publique visant à réduire les consommations antibiotiques.

Une des stratégies ayant montré une efficacité (25,26) est l'utilisation d'une « Ordonnance de Non Prescription » (ONP)³. Il s'agit d'une fiche d'information à remettre au patient, présentée sous la forme d'une ordonnance, sur laquelle sont exposées les raisons pour lesquelles le médecin ne prescrit pas d'antibiotique. Cet outil pédagogique possède une double action : réduire la pression exercée par le patient sur le médecin qui remet bien une « ordonnance » et responsabiliser le patient (8).

L'acceptabilité de cette mesure a déjà été évaluée auprès de médecins généralistes (9,10). A notre connaissance, aucune étude française n'a été menée jusqu'à présent auprès des patients. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact sur les connaissances et l'acceptabilité de l'ONP chez des patients venant consulter leur médecin généraliste.

³ Annexe 1 : ONP

Matériel et méthodes

I. Type d'étude et objectifs

Il s'agissait d'une étude quantitative prospective, à visée descriptive et évaluative. L'objectif principal était d'évaluer l'impact de l'ONP sur les connaissances des patients avant et après la remise de l'ONP. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'acceptabilité de l'ONP par les patients, et par les médecins.

II. Population étudiée

Était inclus tout patient volontaire qui consultait pour au moins un des 5 symptômes suivants : fièvre, toux, mal de gorge, otalgie uni- ou bilatérale, rhinorrhée. Les enfants étaient également inclus, le recueil d'information était dans ce cas réalisé auprès des parents les accompagnant.

Les critères d'exclusion étaient :

- nouveau-né de moins de 3 mois car toute fièvre à cet âge doit être considérée comme une infection materno-fœtale jusqu'à preuve du contraire,
- les patients atteints de BPCO chez qui l'indication d'antibiothérapie est différente lors de symptômes d'infection respiratoire,
- les patients souffrant d'une immunodépression pour leur risque accru de surinfection bactérienne.

L'étude a été réalisée dans 5 cabinets médicaux différents dans le secteur de Caen, département du Calvados : Aunay sur Odon, Bretteville l'Orgueilleuse, Giberville, Hérouville Saint-Clair et Saint Sylvain, couvrant ainsi le secteur urbain, rural et semi-rural. Ce secteur avait été choisi pour des raisons de faisabilité de l'étude, afin de pouvoir rencontrer chaque médecin individuellement directement. Les médecins avaient été recrutés sur la base du volontariat. Dans les 5 cabinets on comptait 16 médecins généralistes installés, 2 internes et des remplaçants qui pouvaient également participer à l'étude.

La durée totale de l'étude était de 6 semaines, du 6 janvier au 15 février 2020, avec au moins 2 semaines de recueil par cabinet.

III. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée en 3 phases :

- Phase n°1 = Questionnaire avant la consultation médicale :

Les questionnaires étaient déposés dans la salle d'attente sous une affiche : « Vous consultez pour fièvre, toux, nez qui coule, mal de gorge ou d'oreille ? Participez à cette étude rapide et anonyme ». Pour attirer l'attention des patients, des masques et une solution hydroalcoolique étaient déposés à côté des questionnaires avec l'inscription « Pour limiter la transmission des microbes, SERVEZ-VOUS ».

- Phase n°2 = Consultation médicale :

Si la pathologie du patient faisait partie des cinq viroses présentes sur l'ONP (rhinopharyngite, grippe, angine virale, bronchite aiguë, otite) le médecin pouvait remettre l'ONP au patient s'il le jugeait pertinent, en la lisant avec lui et en apportant des informations supplémentaires à l'oral si besoin.

- Phase n°3 = Questionnaire après la consultation médicale :

Seuls les patients ayant reçu l'ONP étaient invités à remplir la 2^e partie du questionnaire. L'ensemble des 2 questionnaires étant présents sur le même support de format A3, ils étaient déposés sans être dissociés dans une urne à la sortie du cabinet, afin d'une part de pouvoir faire le lien entre les 2 questionnaires pour un même patient, et d'autre part pour assurer l'anonymat.

IV. Données recueillies

Le questionnaire⁴ interrogeait les patients sur les informations suivantes :

- les symptômes les amenant à consulter et leur avis sur le besoin d'antibiotique pour les traiter,
- les connaissances sur les antibiotiques :
 - o leurs indications de manière générale et devant divers symptômes,
 - o leur action, efficacité, effets indésirables,
 - o leur observance,
 - o l'automédication,

⁴ Annexe 4 : questionnaire patient avant et après la consultation

- l'antibiorésistance,
- les données démographiques et socio-professionnelles,
- l'avis sur l'information reçue pendant la consultation et sur l'ONP (échelle visuelle analogique de 0 à 10).

Ce questionnaire avait été réalisé en s'inspirant de celui de l'eurobaromètre spécial résistance aux antimicrobiens (30), ainsi que ceux d'autres études sur les connaissances des patients sur les antibiotiques (33–35). Il avait été testé au préalable sur quelques patients.

Deux semaines après la clôture de l'étude, les 16 médecins généralistes installés ayant participé recevaient par email un questionnaire de retour d'expérience. Il leur était demandé s'ils connaissaient l'ONP auparavant, la fréquence d'utilisation de l'ONP avant et après l'étude, ses points positifs et négatifs (questions ouvertes), ainsi que le pourcentage de patients qui présentaient une infection virale auquel ils avaient remis l'ONP pendant l'étude.

V. Analyse statistique

Pour le calcul du nombre de sujets nécessaires, nous avons posé l'hypothèse d'une amélioration de l'eurobaromètre d'au moins 0,5 points/4 après remise de l'ONP. L'utilisation de l'eurobaromètre permettait d'avoir une estimation publiée de la variance de la différence avant/après (1,5 points) (36). Pour une puissance de 90% et un risque alpha de 5%, et une situation d'appariement, il fallait inclure un minimum de 80 patients évalués avant et après remise de l'ONP.

Les résultats présentés sont les effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives, et les moyennes, écart-types et médianes pour les variables quantitatives. Les caractéristiques des patients dans les 2 populations (ONP remise ou non remise) ont été comparées en utilisant le test du Chi² ou de Fisher pour les variables qualitatives (en fonction des effectifs calculés), et le test de Student pour les variables quantitatives.

Les connaissances des patients ont été évaluées en calculant 2 scores : un score global basé sur les réponses à 8 questions et l'eurobaromètre basé sur les réponses à 4 questions (tableau III).

Pour chaque score, les réponses « Je ne sais pas » étaient considérées comme fausses, et chaque question pesait le même poids. Pour la comparaison des scores avant/après remise de l'ONP, le test de Student pour séries appariées a été utilisé.

Pour tous les tests, une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme significative.

Les résultats des questionnaires ont été retranscrits dans un fichier Microsoft Excel® puis les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R version 3.4.0 (R Core Team).

Resultats

I. Caractéristiques de la population

Au total 201 questionnaires ont été recueillis dans les 5 cabinets médicaux. Vingt-huit questionnaires ont été exclus : 27 pour motif de consultation non conforme aux critères d'inclusion, le dernier pour manque d'information, notamment pour les données démographiques et socioprofessionnelles.

Parmi les 173 participants inclus, 107 patients ont rempli la première et la deuxième partie du questionnaire, après remise de l'ONP par le médecin. Soixante-six patients n'ont rempli que la première partie du questionnaire (figure 1).

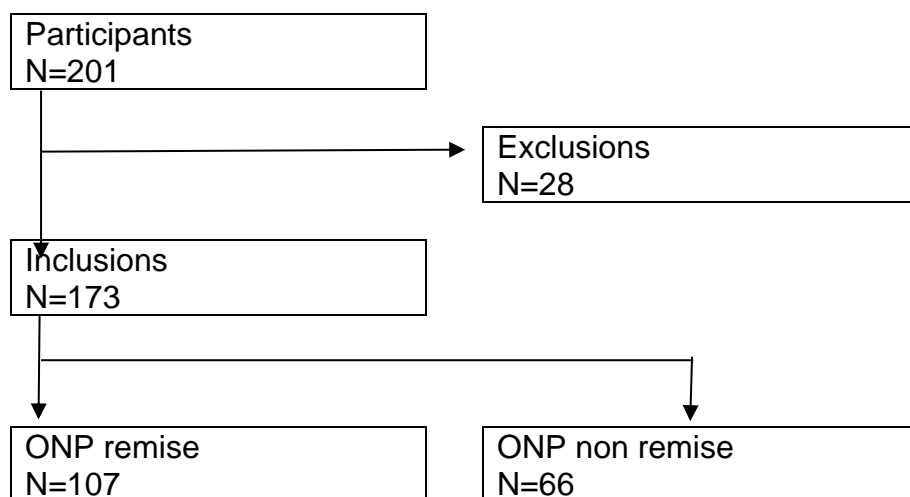


Figure 1 : diagramme de flux de l'étude

Les femmes représentaient 74,0% (N=128) des participants (sex-ratio H/F : 0,35).

Il y avait 34,7% de parents qui consultaient pour leur enfant.

Les sujets étaient âgés de 14 à 82 ans, avec une moyenne de 42,2 ans (écart-type : 15,0 ans) et une médiane de 40 ans. Plus de la moitié (88, 52,1%) avaient entre 30 et 50 ans, 31 (18,3%) moins de 30 ans et 50 (29,6%) plus de 50 ans.

La majorité des patients avaient une activité professionnelle (117, 68,0%), 35 (20,3%) étaient sans emploi ou étudiants et 20 (11,6%) retraités.

Plus de la moitié des sujets (98, 57,6%) avaient un niveau d'étude inférieur ou équivalent au baccalauréat, 41 (24,1%) un niveau de 1^{er} cycle universitaire et 31 (18,3%) un niveau de 2^e-3^e cycle universitaire.

II. Motifs de consultation et besoin d'antibiothérapie

Les trois quarts des patients consultaient pour de la toux (Tableau I). Les associations de symptômes les plus fréquentes (citées plus de dix fois) étaient :

- toux et rhinorrhée (n=13),
- toux et mal de gorge (n=11), et
- toux, mal de gorge et rhinorrhée (n=11).

Dix sujets avaient coché l'ensemble des cinq symptômes. Les symptômes rapportés dans la catégorie « autres » étaient par ordre décroissant : céphalées (N=9), douleurs abdominales (N=6), courbatures (N=5), douleurs des sinus (N=4), et, tous cités 1 fois : frissons, tremblements, asthénie, manque d'appétit, cervicalgies, vertiges, larmoiement, difficulté respiratoire.

Tableau I. Motif de consultation par symptôme

| Variable | Au moins ce symptôme | Uniquement ce symptôme |
|--------------|----------------------|------------------------|
| | N (%) | N (%) |
| Fièvre | 70 (40,5) | 1 (0,6) |
| Toux | 131 (75,7) | 10 (5,8) |
| Mal de gorge | 97 (56,1) | 7 (4,0) |
| Otalgie | 47 (27,2) | 2 (1,2) |
| Rhinorrhée | 100 (57,8) | 3 (1,7) |
| Autres | 33 (19,1) | 1 (0,6) |

La moitié des patients (87, 50,3%) ne savaient pas s'ils avaient besoin d'un antibiotique, 62 (35,8%) pensaient ne pas en avoir besoin et 24 (13,9%) estimaient en avoir besoin, avec comme justifications les plus fréquentes la durée des symptômes, la fièvre et la volonté de guérir plus vite. Deux patients suspectaient avoir une otite, deux autres une sinusite, une personne évoquait la prise de corticoïdes favorisant les surinfections, et une autre son antécédent diabétique.

III. Remise de l'ONP

L'ONP était remise à 107 patients (61,8%). La répartition selon le sexe, l'âge et le statut professionnel ne différait pas entre les patients avec ONP remise et les patients sans ONP. Les patients de la population « ONP remise » avaient un niveau d'étude supérieur (2^{ème}/3^{ème} cycle) dans 29,9% (N=32) des cas contre 24,2% (N=16) dans la population « ONP non remise », $p=0,04$ (Tableau II)⁵.

Les indications de remise de l'ONP citées par les patients étaient les suivantes : 48 (44,5%) rhinopharyngites, 16 (14,8%) gripes, 9 (8,3%) bronchites, 4 (3,7%) angines, 3 (2,8%) rhinobronchites et 2 (1,9%) otites. Aucune pathologie n'était renseignée dans 23 (21,3%) cas, et des pathologies non présentes sur l'ONP ont été citées : 2 (1,9%) laryngites et 1 (0,9%) trachéite.

IV. Connaissances initiales des patients

La totalité des réponses des participants aux questions sur les antibiotiques sont regroupées dans le tableau III.

Pour l'ensemble des participants, le score global moyen était de 4,9/8 (écart type : 1,9) et la médiane de 5/8. Le score moyen sur 4 des questions de l'eurobaromètre était de 2,8 (écart-type : 1,2) et la médiane de 3/8.

La population « ONP non remise » avait un score global plus élevé de 5,4/8 contre 4,6/8 dans la population « ONP remise » ($p<10^{-2}$). On n'observait pas de différence selon l'âge, le sexe, le statut professionnel ou le niveau d'étude (Tableau IV)⁶.

Les patients qui ne pensaient pas avoir besoin d'antibiotique avant la consultation avaient un score global moyen qui paraissait plus élevé que les patients qui pensaient en avoir besoin ou ne savaient pas (5,3/8 contre 4,7/8, $p=0,05$).

Quinze patients (8,7%) avaient déjà pris un antibiotique sans l'avis de leur médecin, avec comme raison principale des symptômes similaires à une ancienne prise d'antibiotique et un stock de médicaments restant dans leur pharmacie personnelle.

⁵ Annexe 5 : Tableau II : Caractéristiques des populations « ONP remise » et « ONP non remise »

⁶ Annexe 6 : Tableau IV : Score des connaissances avant la consultation médicale

Tableau III. Connaissances initiales (avant la consultation médicale). Les questions utilisées pour le score global sont en gras, les questions de l'eurobaromètre en gras et italiques.

| Question | Non | Oui | NSP |
|---|------------|------------|-----------|
| | N (%) | N (%) | N (%) |
| Il est toujours nécessaire de recevoir un antibiotique : | | | |
| - Mal de gorge ou d'oreille non soulagé par le paracétamol | 69 (39,9) | 61 (35,3) | 43 (24,9) |
| - Toux sèche intense | 129 (74,6) | 17 (9,8) | 27 (15,6) |
| - Toux grasse intense | 110 (63,6) | 28 (16,2) | 35 (20,2) |
| - Toux (sèche ou grasse) persistante plus d'une semaine | 54 (31,2) | 81 (46,8) | 38 (22) |
| - Sécrétions nasales ou crachats jaunes/verdâtres | 72 (41,6) | 58 (33,5) | 43 (24,9) |
| <i>Quel est votre avis ?</i> | | | |
| - <i>Les antibiotiques tuent les virus</i> | 106 (61,3) | 26 (15) | 41 (23,7) |
| - <i>Les antibiotiques tuent les bactéries</i> | 18 (10,4) | 118 (68,2) | 37 (21,4) |
| - <i>Les antibiotiques sont efficaces contre les rhumes et la grippe</i> | 110 (63,6) | 31 (17,9) | 32 (18,5) |
| - <i>Les antibiotiques utilisés à tort peuvent devenir inefficaces</i> | 5 (2,9) | 159 (91,9) | 9 (5,2) |
| - <i>Si j'ai de la fièvre, j'ai besoin d'un antibiotique</i> | 133 (76,9) | 14 (8,1) | 26 (15) |
| - <i>Les antibiotiques réduisent la durée de la toux</i> | 104 (60,1) | 19 (11) | 50 (28,9) |
| - <i>Prendre des antibiotiques a souvent des effets indésirables comme la diarrhée</i> | 17 (9,8) | 101 (58,4) | 55 (31,8) |
| L'arrêt des antibiotiques doit se faire : | | | |
| - Quand je me sens mieux | 167 (96,5) | 6 (3,5) | |
| - Quand j'ai fini de les prendre comme prescrit | 7 (4) | 166 (96) | |
| - Si une diarrhée apparaît | 147 (85) | 26 (15) | |
| - Je ne sais pas | 168 (97,1) | 5 (2,9) | |
| Avez-vous déjà pris des antibiotiques sans l'avis d'un médecin | 150 (86,7) | 15 (8,7) | 8 (4,6) |
| Avez-vous déjà entendu parler de résistance aux antibiotiques | 44 (25,4) | 129 (74,6) | |
| <i>Quel est votre avis ?</i> | | | |
| - La résistance aux antibiotiques est un problème strictement limité aux hôpitaux et aux maisons de retraite | 122 (70,5) | 6 (3,5) | 45 (26) |
| - <i>La résistance aux antibiotiques peut se transmettre à d'autres personnes, même s'ils n'ont pas pris d'antibiotiques</i> | 82 (47,4) | 19 (11) | 72 (41,6) |

NSP : ne sais pas

V. Impact de l'ONP sur les connaissances

Les scores des connaissances mesurés après la remise de l'ONP étaient plus élevés qu'avant la consultation médicale, qu'il s'agisse du score global ($p < 10^{-3}$) ou de l'eurobaromètre ($p < 10^{-3}$) (tableau V et figure 2).

Tableau V. Evolution des scores de connaissances

| Caractéristique | Score global /8 Moyenne (écart-type) / médiane | p | Eurobaromètre /4 Moyenne (écart-type) / médiane | P |
|---|---|-------------|--|-------------|
| Moment de l'évaluation, | | $< 10^{-3}$ | | $< 10^{-3}$ |
| - Avant consultation | 4,6 (1,8) / 5 | | 2,6 (1,2) / 3 | |
| - Après consultation avec ONP | 5,8 (1,0) / 6 | | 3,2 (1,0) / 4 | |
| Différence avant/après consultation [intervalle de confiance à 95 %] | +1,1 [+0,8-+1,5] | - | +0,6 [+0,4-+0,8] | - |

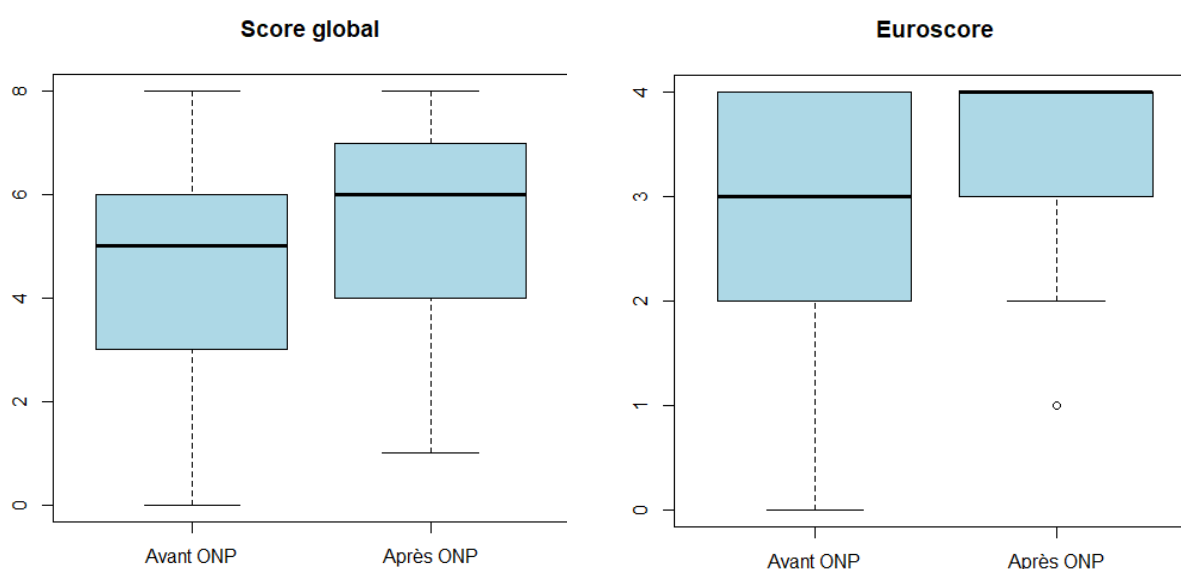


Figure 2. Représentation sous forme de boxplots de l'évolution du score global et de l'eurobaromètre (euroscore) avant/après remise de l'ONP.

Dans le détail du score global, les taux de bonnes réponses aux questions étaient tous significativement améliorés, sauf pour 2 questions : « Les antibiotiques tuent les bactéries » (63,7% après contre 64,7% avant, $p=1$), « Les antibiotiques utilisés à tort peuvent devenir inefficaces » (88,2% avant et après, $p=1$).

VI. Acceptabilité et satisfaction des patients

La satisfaction moyenne des patients ayant reçu l'ONP était supérieure à 9/10 pour tous les items évalués : 9,1 (écart-type : 2,1) pour ne pas avoir eu d'antibiotique, 9,0 (écart-type : 1,9) pour avoir reçu des explications sur un support écrit, 9,5 (écart-type : 1,4) pour la compréhension de l'absence de besoin d'antibiotique, 9,7 (écart-type : 0,8) pour la conviction dans la décision du médecin, 9,6 (écart-type : 1,2) pour la facilité à comprendre l'ONP, et 9,2 (écart-type : 1,6) pour l'utilité de faire connaître davantage l'ONP aux patients.

Quatre pistes d'amélioration étaient suggérées : élaborer l'ONP sur un support numérique, l'afficher dans les écoles ou lieux publics, ajouter des informations sur la durée de la prise des antibiotiques et évoquer le microbiote intestinal.

VII. Retour d'expérience des médecins

Douze médecins généralistes installés participants sur 16 ont répondu au questionnaire post-étude, soit un taux de réponse de 75%. Sur les 12 médecins, 8 connaissaient l'ONP avant cette étude, parmi lesquels 4 ne l'utilisaient jamais, et les 4 autres rarement. Après avoir participé à l'étude, 5 pensaient utiliser l'ONP souvent, 6 rarement (1 non réponse). Pendant l'étude, 4 médecins ont remis l'ONP systématiquement aux patients qui présentaient une infection virale et à qui ils ne prescrivait pas d'antibiotique, 3 médecins l'ont remis dans plus de 80% des cas, 1 dans 50 à 80% des cas, et 1 dans moins de 50% des cas (3 non réponses).

Les points positifs de l'ONP rapportés par les médecins étaient nombreux : elle constituait un support visuel, qui reste, et qui vient renforcer les explications orales. Les médecins trouvaient les informations présentes sur l'ONP claires, le tableau était particulièrement apprécié avec la durée des symptômes. L'ONP apparaissait comme un outil améliorant la communication et la compréhension des patients, avec un intérêt particulier pour les patients réticents, notamment grâce à son caractère officiel qui permettait de justifier sa non prescription d'antibiotique.

Les points négatifs de l'ONP étaient : le temps passé en consultation, son inutilité sans explications orales, son absence de neutralité, sa population cible restreinte, sa non exhaustivité. Un médecin trouvait les délais courts pour certains symptômes, ce qui risquait d'entraîner des reconsultations précoces. Elle était considérée comme un gâchis de papier, un médecin a suggéré de l'intégrer dans les logiciels métier.

Discussion

Notre étude a permis de montrer une amélioration significative des connaissances des patients sur les antibiotiques après une consultation au cours de laquelle l'ONP était remise : le score global était amélioré de 1,1 point sur 8, et le score eurobaromètre de 0,6 point sur 4. L'ONP était globalement bien acceptée par les patients et les médecins. Les patients appréciaient recevoir des informations sur un support écrit, facile à comprendre, et étaient convaincus et satisfaits de ne pas avoir besoin d'antibiotiques.

Nous retrouvons des résultats similaires à ceux d'une récente étude canadienne qui a évalué sa propre version de l'ONP (10) : les médecins et les patients considéraient l'ONP utile pour faciliter la communication sur l'utilisation appropriée des antibiotiques. Les médecins l'utilisaient peu alors que la population était nombreuse à préférer recevoir des informations écrites. Les points positifs et négatifs de l'ONP évoqués par les médecins étaient également similaires à ceux de notre étude. Une étude écossaise évaluant une fiche d'information patient sur les médicaments avait également souligné que la lecture de la brochure pouvait générer de nouvelles connaissances (27). Une autre étude réalisée aux Pays-Bas démontrait que la délivrance d'informations et la réassurance étaient plus fortement associées à la satisfaction des patients que la réception d'une prescription d'antibiotique (22). Une étude française avait retrouvé 67% d'avis positifs sur l'ONP de la part de médecins généralistes (9).

Le niveau de connaissance initial aux questions de l'eurobaromètre de la population de notre étude (score moyen de 2,8/4) était similaire à celui de la population française mesuré en 2018 (30). Pour chacune des 4 questions, les réponses étaient les suivantes : a) les antibiotiques tuent les virus : 61% de réponses correctes dans notre étude, 53% pour la population française, 43% pour la population européenne ; b) les antibiotiques sont efficaces contre le rhume et la grippe : respectivement 64%, 78% et 66% (à noter que l'eurobaromètre 2018 ne précisait que le rhume) ; c) les antibiotiques utilisés à tort peuvent devenir inefficaces : 92%, 83%, et 85% ; d) les antibiotiques peuvent avoir des effets indésirables comme la diarrhée : 58%, 64%, et 68%.

Il existe un manque de connaissances sur les antibiotiques dans la population générale (28). Nos résultats et ceux de l'eurobaromètre montrent que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour sensibiliser et renforcer les connaissances sur les antimicrobiens auprès des concitoyens européens (31).

Notre étude est, à notre connaissance, la première à évaluer l'ONP auprès des patients en France. Nous avons pu obtenir un nombre de questionnaires élevé, au-delà du nombre de sujets nécessaires initialement calculé.

Notre étude souffre de certains points faibles. Nos conclusions ne peuvent possiblement pas être extrapolées à l'ensemble de la population française car l'échantillon des patients interrogés n'est pas totalement représentatif. En effet, seuls des patients volontaires ont été inclus, ayant éventuellement de meilleures connaissances de base que ceux qui n'ont pas souhaité répondre au questionnaire. Cependant, la comparaison avec le score de l'eurobaromètre 2018 (mêmes score moyens), laisse à penser que le biais de sélection est probablement limité dans notre étude.

Il nous a été difficile de nous assurer que l'ONP était remise à l'ensemble des patients ayant le diagnostic d'une pathologie d'origine virale, car nous ne souhaitons pas interférer avec le déroulement des consultations, laissant aux médecins le choix des patients à qui remettre ou non l'ONP. De ce fait, quand l'ONP n'était pas remise, nous ne pouvons pas savoir si le patient présentait ou non une pathologie virale selon le médecin. Les réponses des médecins au questionnaire post-étude nous incitent cependant à penser que majoritairement, cette situation correspondait au diagnostic d'une pathologie nécessitant une ordonnance d'antibiotiques.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu étudier un éventuel « effet médecin » sur l'amélioration des connaissances, car nos effectifs ne nous permettaient pas de réaliser des analyses en sous-groupe.

L'amélioration des connaissances sur les antibiotiques des patients était évaluée à court terme, et nous n'avons pas évalué si cet effet était durable dans le temps. Une étude évaluant les notices de médicaments a montré que les patients avaient de meilleures connaissances 4 à 10 jours après la lecture de la notice (37).

Nous avons observé que la population « ONP non remise » possédait de meilleures connaissances initiales sur les antibiotiques et un niveau d'étude plus élevé que la population « ONP remise ». Une explication pourrait être que les patients ayant de meilleures connaissances venaient consulter plus souvent pour des pathologies qui nécessitaient des antibiotiques. Cependant, nous ne pouvons pas exclure que ces patients présentaient une pathologie virale, et ne se sont pas vus remettre l'ONP, car ils paraissaient moins réticents à la non-prescription d'antibiotique.

Dans notre étude, les patients qui ne pensaient pas avoir besoin d'antibiotique avaient de meilleures connaissances (résultat à la limite de la significativité $p=0,05$). Cela montre un lien entre l'attente d'un antibiotique et le faible niveau de connaissances. Ce lien a aussi été observé dans d'autres études publiées récemment : l'étude sur l'ONP canadienne (10) montrait que 60% des patients qui s'attendaient à recevoir des antibiotiques avaient de mauvaises connaissances. Une autre étude visait à comprendre les attentes des patients concernant les antibiotiques pour une infection des voies respiratoires supérieures : en termes de connaissances, les personnes qui savaient que les antibiotiques ne tuaient pas les virus et que la prise d'un antibiotique quand il n'est pas nécessaire signifie qu'ils ne fonctionneront pas à l'avenir étaient également moins susceptibles d'attendre ou de demander des antibiotiques (38).

On peut supposer que l'amélioration des connaissances des patients grâce à l'ONP va permettre de diminuer leurs attentes et ainsi réduire la pression exercée sur le médecin. Sachant que la pression exercée par les patients sur les médecins est l'un des principaux déterminants de la prescription d'antibiotique en médecine générale (5–8), améliorer les connaissances des patients peut alors participer à la diminution de la délivrance d'antibiotiques.

L'ensemble de ces résultats a permis de montrer qu'en améliorant les connaissances des patients sur les antibiotiques, l'ONP est efficace dans son rôle pour lutter contre la surconsommation d'antibiotique, ce qu'on retrouve dans la littérature : les informations écrites pour les patients permettent de réduire l'utilisation des antibiotiques en médecine générale (25,26).

L'évaluation des facteurs associés aux connaissances peut permettre de déterminer la population cible de l'ONP. Dans notre étude, les connaissances paraissaient meilleures, mais non significativement, chez les femmes, les plus de 30 ans, les personnes avec un emploi ou avec un niveau d'étude supérieur au baccalauréat. Une autre étude retrouvait les mêmes facteurs sociodémographiques associés aux meilleures connaissances des antibiotiques (35). L'ONP pourrait davantage se destiner à des groupes cibles tels que les hommes, les jeunes patients et les personnes issues de milieux socio-professionnels défavorisés.

Au vu des résultats de notre étude, des modifications de l'ONP pourraient être suggérées :

- a) démarrer l'ONP par une phrase telle que « Les antibiotiques n'ont aucune action sur les virus, ils sont uniquement actifs sur les bactéries ». En effet, les patients comprenaient que les antibiotiques n'agissaient pas sur les virus mais les résultats montraient que le rôle des antibiotiques sur les bactéries n'était pas clair : il n'y avait pas d'amélioration significative du taux de bonnes réponses pour la question « les antibiotiques tuent les bactéries », or cette notion est à la base de la compréhension du phénomène d'antibiorésistance et mérite d'être expliquée plus clairement.
- b) créer une nouvelle ligne « autre » au tableau afin de pouvoir citer des pathologies virales moins fréquentes (laryngite, sinusite...) avec la possibilité d'ajouter des commentaires ou instructions supplémentaires personnalisées.
- c) mettre en avant la durée de la toux, qui était le motif de consultation le plus récurrent, avec 46,8% des patients pensant que des antibiotiques étaient nécessaires si la toux persistait plus d'une semaine.

En France, l'ONP est distribuée aux médecins sous forme d'un carnet contenant 25 ONP. On la retrouve difficilement sur internet mais elle est disponible sur au moins 4 sites différents (Assurance maladie, Santé Publique France, URML de Bretagne et AntibioEST). Une proposition pertinente est de l'intégrer dans les logiciels métier pour la rendre plus accessible.

Conclusion

L'ONP fait partie des mesures pour améliorer le bon usage des antibiotiques, elle a été créée dans deux buts : réduire la pression exercée par les patients sur les médecins et responsabiliser les patients (8).

Notre étude confirme sa double action. Elle responsabilise les patients en améliorant leurs connaissances sur les antibiotiques et en les sensibilisant à l'antibiorésistance. Les patients sont satisfaits de ne pas recevoir d'antibiotique et de recevoir des informations écrites, ce qui permet de diminuer la pression qu'ils peuvent exercer sur les médecins.

Il faudrait donc promouvoir cet outil pédagogique et inciter les médecins à l'utiliser.⁷

D'autres études menées auprès des médecins sont nécessaires pour mieux évaluer cette mesure. Il serait intéressant d'étudier la fréquence du recours à l'ONP par les médecins généralistes et de rechercher si son utilisation est liée à une réduction du nombre de prescriptions d'antibiotiques.

⁷ Une affiche de promotion de l'ONP est en cours d'élaboration, la version test a été évaluée auprès des médecins participants à notre étude. Les résultats sont présentés en Annexe 7.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANSES, ANSM et Santé Publique France. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France: nécessité d'une mobilisation déterminée et durable [Internet]. 2016 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/content/download/98417/1249747/version/3/file/Resistance+Antibiotiques-nov2016.pdf>
2. OMS. Résistance aux antibiotiques [Internet]. 2018 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>
3. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015 - [Internet]. ANSM; 2017 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/content/download/100401/1274505/version/1/file/ANSM-rapport-antibio_2016_bd2.pdf
4. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. La consommation d'antibiotiques en France en 2016 [Internet]. ANSM; 2017. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/content/download/113089/1432671/version/1/file/Rapport+antibio_nov2017.pdf
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption - Annual Epidemiological Report for 2018 [Internet]. 2019 [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-consumption-europe-2018>
6. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires basses de l'adulte et l'enfant. [Internet]. AFFSAPS; 2005. Disponible sur: http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2005-infVRB-arguafssaps.pdf
7. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. [Internet]. AFSSAPS; 2011 [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infectionsrespir-hautes-argumentaire.pdf>
8. CARLET J, LE COZ P. Propositions du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques [Internet]. 2015 p. 150. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf
9. Giry M, Pulcini C, Rabaud C, Boivin JM, Mauffrey V, Birgé J. Acceptability of antibiotic stewardship measures in primary care. *Médecine Mal Infect.* 1 sept 2016;46(6):276-84.
10. Lee C, Jafari M, Brownbridge R, Phillips C, Vanstone JR. The viral prescription pad - a mixed methods study to determine the need for and utility of an educational tool for antimicrobial stewardship in primary health care. *BMC Fam Pract* [Internet]. 22 févr 2020 [cité 9 avr 2020];21. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7035666/>

11. Santé Publique France. Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France de 2009 à 2018. Synthèse des indicateurs mis en ligne sur Géodes. [Internet]. 2019 [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/synthese_consommation_dantibiotiques_en_secteur_de_ville_web.pdf
12. ANSM, Santé Publique France, Anses, Assurance Maladie. Antibiotiques et résistance bactérienne: une menace mondiale, des conséquences individuelles [Internet]. 2019 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/%28offset%29/0>
13. Wang S, Pulcini C, Rabaud C, Boivin J-M, Birgé J. Inventory of antibiotic stewardship programs in general practice in France and abroad. *Médecine Mal Infect.* 1 avr 2015;45(4):111-23.
14. OMS | Un plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/fr/>
15. DGS. Ministère de la santé. Comité interministériel pour la santé. Feuille de route pour la maîtrise de l'antibiorésistance. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preserver/des-politiques-publiques-pour-preserver-l-efficacite-des-antibiotiques/article/lutte-et-prevention-en-france>
16. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Etude IPSOS santé. févr 2005;
17. Institut IPSOS. Regards croisés patients/médecins sur les antibiotiques: une étude nationale sur les facteurs de mauvais usage des antibiotiques. France; 2002.
18. Faure H, Mahy S, Soudry A, Duong M, Chavanet P, Piroth L. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale. *Médecine Mal Infect.* 1 sept 2009;39(9):714-21.
19. Lopez-Vazquez P, Vazquez-Lago JM, Figueiras A. Misprescription of antibiotics in primary care: a critical systematic review of its determinants: Misprescription of antibiotics. *J Eval Clin Pract.* avr 2012;18(2):473-84.
20. Attali C, Rola S, Renard V, Roudot F, Montagne O, Le Corvoisier P, et al. Les situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et les stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires hautes et basses. *Exercer.* 2008;19(82):66-72.
21. Macfarlane J, Holmes W, Macfarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ.* 8 nov 1997;315(7117):1211-4.
22. Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. *Fam Pract.* 1 juin 2004;21(3):234-7.
23. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. 2000.

24. McNulty CAM, Lecky DM, Hawking MKD, Roberts C, Quigley A, Butler CC. How much information about antibiotics do people recall after consulting in primary care? *Fam Pract.* 2016;33(4):395-400.
25. de Bont EGPM, Alink M, Falkenberg FCJ, Dinant G-J, Cals JWL. Patient information leaflets to reduce antibiotic use and reconsultation rates in general practice: a systematic review. *BMJ Open.* 3 juin 2015;5(6):e007612.
26. O'Sullivan JW, Harvey RT, Glasziou PP, McCullough A. Written information for patients (or parents of child patients) to reduce the use of antibiotics for acute upper respiratory tract infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [cité 26 févr 2020];(11). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011360.pub2/full>
27. Smith KG, Booth JL, Stewart D, Pflieger S, Mciver L, Maclure K. Supporting shared decision-making and people's understanding of medicines: An exploration of the acceptability and comprehensibility of patient information. *Pharm Pract.* déc 2017;15(4):1082.
28. 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.* janv 2015;24(1):2-10.
29. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé,. Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011 – 2016 [Internet]. DGS; 2011. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf
30. European Commission,. Special Eurobarometer 478 Antimicrobial Resistance [Internet]. 2018 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/survey/getsurveydetail/instruments/special/surveyky/2190>
31. Journée européenne d'information sur les antibiotiques 2018: nous devons unir nos forces pour mettre fin à l'utilisation inutile des antibio [Internet]. European Commission - European Commission. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/IP_18_6405
32. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Instruction ministérielle DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS no 2015-212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance. 2015.
33. McNulty CAM, Boyle P, Nichols T, Clappison P, Davey P. Don't wear me out—the public's knowledge of and attitudes to antibiotic use. *J Antimicrob Chemother.* 1 avr 2007;59(4):727-38.
34. Mazińska B, Strużycka I, Hryniewicz W. Surveys of public knowledge and attitudes with regard to antibiotics in Poland: Did the European Antibiotic Awareness Day campaigns change attitudes? *PLoS ONE* [Internet]. 17 févr 2017 [cité 10 oct 2019];12(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5315279/>
35. 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. *Med Mal Infect.* mars 2017;47(2):142-51.

36. Hoffmann K, Ristl R, Heschl L, Stelzer D, Maier M. Antibiotics and their effects: what do patients know and what is their source of information? *Eur J Public Health*. juin 2014;24(3):502-7.
37. George CF, Waters WE, Nicholas JA. Prescription information leaflets: a pilot study in general practice. *Br Med J Clin Res Ed*. 22 oct 1983;287(6400):1193-6.
38. 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. *Antimicrob Resist Infect Control* [Internet]. 20 oct 2016 [cité 7 mai 2020];5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5072313/>

ANNEXES

Annexe 1 : Ordonnance de non prescription (ONP) en France

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

DATE : / /






NOM DU PATIENT :

CACHET MÉDECIN

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

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

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

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

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

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

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

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

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

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

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

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



Symptom Relief for Viral Illnesses



1. DIAGNOSIS

- Cold or cough
- Middle ear fluid (Otitis Media with Effusion, OME)
- Flu
- Viral sore throat
- Bronchitis
- Other:

You have been diagnosed with an illness caused by a virus. Antibiotics do not work on viruses. When antibiotics aren't needed, they won't help you, and the side effects could still hurt you. The treatments prescribed below will help you feel better while your body fights off the virus.

2. GENERAL INSTRUCTIONS

- Drink extra water and fluids.
- Use a cool mist vaporizer or saline nasal spray to relieve congestion.
- For sore throats in older children and adults, use ice chips, sore throat spray, or lozenges.
- Use honey to relieve cough. Do not give honey to an infant younger than 1.

3. SPECIFIC MEDICINES

- Fever or aches:
- Ear pain:
- Sore throat and congestion:

Use medicines according to the package instructions or as directed by your healthcare professional. Stop the medication when the symptoms get better.

4. FOLLOW UP

- If not improved in days/hours, if new symptoms occur, or if you have other concerns, please call or return to the office for a recheck.
- Phone:
- Other:

Signed:

To learn more about antibiotic prescribing and use, visit www.cdc.gov/antibiotic-use.



Rx

For Adult Patients

Patient Name: _____

Date (mm/dd/yyyy): _____

The symptoms you presented with today suggest a **viral infection**.

- Viral Upper Respiratory Tract Infection (Common Cold): Lasts 7 to 14 days
- Flu: Lasts 7 to 14 days
- Acute Pharyngitis ("Sore Throat"): Lasts 5 to 7 days
- Acute Bronchitis/"Chest Cold" (Cough): Lasts 2 to 14 days; Cough can last 3 to 4 weeks
- Acute Sinusitis ("Sinus Infection"): Lasts 10 to 14 days
- Otitis Media ("Middle Ear Infection"): Sharp pain is usually gone in 1 to 3 days
- Gastroenteritis ("Stomach Infection"): Lasts 1 to 3 days

You have not been prescribed antibiotics because **antibiotics are not effective in treating viral infections** and may even **cause serious harm**.

When you have a viral infection, it is very important to get plenty of rest and give your body time to fight off the virus. If you follow these instructions, you should feel better soon:

- Rest as much as possible
- Drink plenty of fluids (_____ glasses/day; 1 glass = 1 cup or 250mL)
- Wash your hands frequently
- Take over-the-counter medication (consult with a health care professional):
 - Acetaminophen (e.g., Tylenol®) for fever and aches
 - Ibuprofen (e.g., Advil®) for fever and aches
 - Lozenge (cough candy) for sore throat
 - Nasal spray (e.g., Salinex®) for nasal stuffiness
 - Dimenhydrinate (e.g., Gravol®) for nausea
 - Other: _____

Please return to your prescriber if:

- Symptoms get worse / do not improve in _____ day(s)
- You develop a high fever (above _____ °C/ _____ °F)
- Other: _____

Visit our website for more information:

www.rqhealth.ca/asp

_____ Prescriber



Saskatchewan Health Authority



Spring 2018

ENQUÊTE DE MEDECINE GENERALE
CONNAISSANCES SUR LES ANTIBIOTIQUES

Bonjour,

Je suis étudiante en médecine générale et réalise une enquête dans le cadre de ma thèse sur les connaissances des patients concernant les antibiotiques.

Si vous consultez ce jour pour un des symptômes suivants, vous pouvez participer si vous le souhaitez:

Fièvre
Nez qui coule
Toux
Mal de gorge
Mal à une ou deux oreilles

Cela consiste à répondre à un questionnaire

ANONYME ET RAPIDE

qui se compose de deux parties:

La **1ère partie** du questionnaire se remplit **AVANT** la consultation médicale (5min).

La **2ème partie** du questionnaire **APRES** la consultation médicale (2min).

Vous pourrez insérer la totalité des questionnaires dans une enveloppe et la déposer dans l'urne ci contre. Votre médecin généraliste n'aura pas accès à vos réponses.

Je vous remercie d'avance pour votre aide et le temps que vous accorderez à remplir ces questionnaires.

Je vous souhaite une bonne journée et surtout un bon rétablissement,

Mlle Morisset Ombeline

NB: Si vous souhaitez recevoir les réponses au questionnaire, vous pouvez me contacter par mail à cette adresse : these.antibiotique14@gmail.com

Je serai ravie de vous communiquer ces informations.

QUESTIONNAIRE n°1 - AVANT LA CONSULTATION MEDICALE

1) Pour **quel(s) symptôme(s)** consultez-vous (ou votre enfant) aujourd'hui ? (*cocher une ou plusieurs réponses*)

- Fièvre
- Toux
- Mal de gorge
- Mal à une ou deux oreilles
- Nez qui coule
- Autres, précisez svp :

2) Pensez-vous (ou votre enfant) avoir **besoin d'un antibiotique** aujourd'hui?

- Oui Non Je ne sais pas

Si oui, pourquoi ?

.....

.....

3) De manière plus générale, dans les situations suivantes, pensez-vous qu'il est toujours nécessaire de **recevoir un antibiotique** ? *Cocher une des cases VRAI, FAUX ou je ne sais pas*

| | VRAI | FAUX | Je ne sais pas |
|---|------|------|----------------|
| Un mal de gorge ou d'oreille non soulagé par le paracétamol (doliprane) | | | |
| Une toux sèche intense | | | |
| Une toux grasse intense | | | |
| Une toux (sèche ou grasse) persistante plus d'une semaine | | | |
| Des sécrétions nasales ou crachats jaunes/verdâtres | | | |

4) Concernant les affirmations suivantes, cocher une des cases VRAI, FAUX ou je ne sais pas

| | VRAI | FAUX | Je ne sais pas |
|---|------|------|----------------|
| Les antibiotiques tuent les virus | | | |
| Les antibiotiques tuent les bactéries | | | |
| Les antibiotiques sont efficaces contre les rhumes et la grippe | | | |
| Les antibiotiques utilisés à tort peuvent devenir inefficaces | | | |
| Si j'ai de la fièvre, j'ai besoin d'un antibiotique | | | |
| Les antibiotiques réduisent la durée de la toux | | | |
| Prendre des antibiotiques a souvent des effets indésirables comme la diarrhée | | | |

5) L'arrêt des antibiotiques doit se faire : cocher une ou plusieurs réponses

- Quand je me sens mieux
- Quand j'ai fini de les prendre comme prescrit
- Si une diarrhée apparaît
- Je ne sais pas

6) Avez-vous déjà pris (ou donné à votre enfant) un antibiotique **sans l'avis d'un médecin** ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si oui, pourquoi ? et comment vous êtes-vous procuré cet antibiotique?.....

.....

.....

.....

7) Avez-vous déjà entendu parler de **résistance aux antibiotiques** ?

- Oui
- Non

8) Concernant les affirmations suivantes, cocher une des cases VRAI, FAUX ou je ne sais pas

| | VRAI | FAUX | Je ne sais pas |
|--|------|------|----------------|
| La résistance aux antibiotiques est un problème strictement limité aux hôpitaux et aux maisons de retraite. | | | |
| La résistance aux antibiotiques peut se transmettre à d'autres personnes, même s'ils n'ont pas pris d'antibiotique | | | |

Quelques informations sur vous :

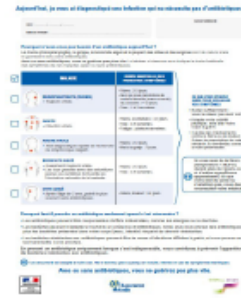
- Quel est votre sexe ? Homme Femme
- Quel âge avez-vous ?
Si vous consultez pour votre enfant, quel est son âge ?.....
- Quel est votre statut actuel ?
 - Etudiant
 - Sans emploi
 - En emploi
 - Retraité
- Quel est votre niveau d'étude ?
 - Primaire (certificat d'étude)
 - Secondaire (brevet, CAP, BEP) ou BAC
 - BTS-DUT-1er cycle universitaire
 - 2e ou 3e cycle universitaire

QUESTIONNAIRE n°2 : APRES LA CONSULTATION

Le médecin vous a-t-il remis ce document ? →
 Oui Non Je ne sais pas

- S'il ne vous a pas remis le document, **l'étude s'arrête là pour vous**, merci encore de votre participation, et de déposer ce questionnaire dans l'urne !
- S'il vous l'a remis, **quelle maladie** le médecin a-t-il coché sur le document ?

Merci de répondre aux questions suivantes !



Les réponses suivantes sont sous forme d'échelle numérique de 0 à 10, entourez un seul chiffre

- 1) Avez-vous compris pourquoi vous n'aviez pas besoin d'antibiotique ?
Pas compris du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Parfaitement compris*
- 2) Etes-vous convaincu de la décision de votre médecin ?
Pas convaincu du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Parfaitement convaincu*
- 3) Etes-vous satisfait ou déçu de ne pas avoir d'antibiotique ?
Déçu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Satisfait*
- 4) Le document remis par votre médecin vous semble-t-il facile à comprendre ?
Pas facile 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très facile*
- 5) Etes-vous satisfait de recevoir des explications sur un support écrit ?
Pas satisfait du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très satisfait*
- 6) Pensez-vous utile de faire connaître davantage ce document aux patients ?
Pas utile 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très utile*
- 7) Avez-vous des pistes d'amélioration à nous conseiller ? Lesquelles ?

8) Après avoir reçu les explications sur ce document, répondez une seconde fois :

| | VRAI | FAUX | Je ne sais pas |
|--|------|------|----------------|
| Les antibiotiques tuent les virus | | | |
| Les antibiotiques tuent les bactéries | | | |
| Les antibiotiques sont efficaces contre les rhumes et la grippe | | | |
| Les antibiotiques utilisés à tort peuvent devenir inefficaces | | | |
| Les antibiotiques réduisent la durée de la toux | | | |
| Prendre des antibiotiques a souvent des effets indésirables comme la diarrhée | | | |
| La résistance aux antibiotiques peut se transmettre à d'autres personnes, même s'ils n'ont pas pris d'antibiotique | | | |
| Si j'ai de la fièvre, j'ai besoin d'un antibiotique | | | |

Un grand merci pour votre participation, n'oubliez pas de déposer ce questionnaire dans l'urne !

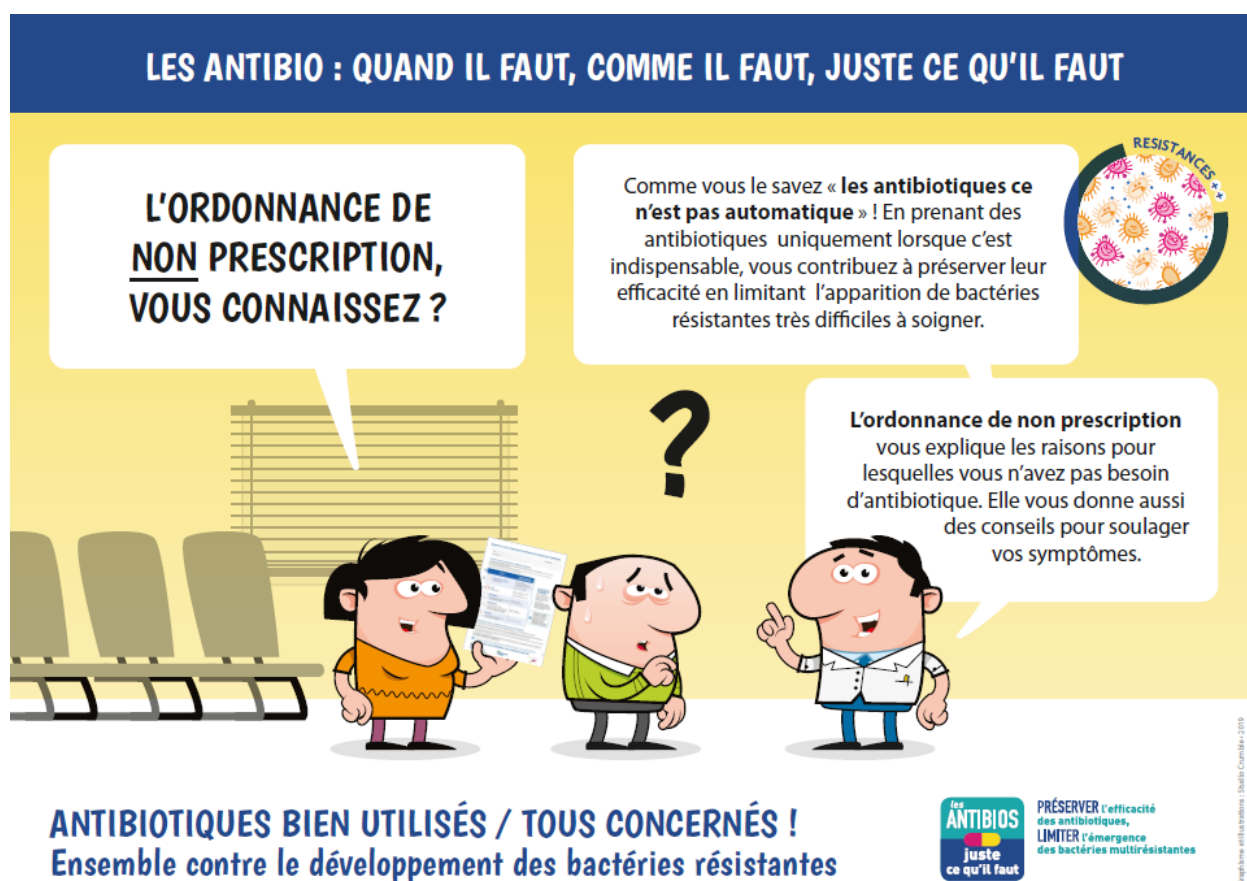
Annexe 5 : Tableau II : Caractéristiques des populations « ONP remise » et « ONP non remise »

| Variable | ONP remise (N=107) | ONP non remise (N=66) | Total (N=173) | p |
|--|-----------------------|--------------------------|------------------|-------------|
| Sexe | | | | 0,34 |
| Femmes, n (%) | 76 (71,0) | 52 (78,8) | 128 (74,0) | |
| Hommes, n (%) | 31 (29,0) | 14 (21,2) | 45 (26,0) | |
| Sex ratio H/F | 0,41 | 0,27 | 0,35 | |
| Age (années), moyenne | 42,1 (16,3) | 42,5 (12,7) | 42,2 (15,0) | 0,84 |
| (SD) | 39 (30-52) | 40 (33-52) | 40 (35-52) | 0,72 |
| Age (années), médiane | | | | 0,06 |
| (IQR) | 24 (22,9) | 7 (10,9) | 31 (18,3) | |
| Age en 3 classes, n (%) | 48 (45,7) | 40 (62,5) | 88 (52,1) | |
| <30 ans | 33 (31,4) | 17 (26,6) | 50 (29,6) | |
| [30-50] ans | | | | |
| ≥50 ans | | | | |
| Statut professionnel, n (%) | | | | 0,31 |
| En emploi | 68 (64,2) | 49 (74,2) | 117 (68,0) | |
| Etudiant / sans emploi | 23 (21,7) | 12 (18,2) | 35 (20,3) | |
| Retraite | 15 (14,2) | 5 (7,6) | 20 (11,6) | |
| Niveau d'étude, n (%) | | | | 0,04 |
| Primaire/ Secondaire | 68 (65,4) | 30 (45,5) | 98 (57,6) | |
| BTS/DUT/1 ^{er} cycle | 21 (20,2) | 20 (30,3) | 41 (24,1) | |
| 2 ^{ème} -3 ^{ème} cycle | 15 (14,4) | 16 (24,2) | 31 (18,3) | |
| Consultation pour enfant, n (%) | 32 (29,9) | 28 (42,4) | 60 (34,7) | 0,13 |

ONP : ordonnance de non prescription

Annexe 6 : Tableau IV : Score des connaissances avant la consultation médicale

| Caractéristique | Score /8 | p | Euro-Score /4 | p |
|---|--------------|-------------------|---------------|-------------------|
| | moyenne (SD) | | moyenne (SD) | |
| Sexe | | 0,18 | | 0,10 |
| - Hommes | 4,6 (1,9) | | 2,5 (1,1) | |
| - Femmes | 5,0 (1,8) | | 2,8 (1,2) | |
| Age | | 0,07 | | 0,17 |
| - Inférieur à 30 ans | 4,2 (2,2) | | 2,4 (1,3) | |
| - De 30 à 50 ans | 5,2 (1,7) | | 2,9 (1,1) | |
| - Supérieur ou égal à 50 ans | 4,7 (1,9) | | 2,7 (1,2) | |
| Statut professionnel | | 0,34 | | 0,14 |
| - En emploi | 5,1 (1,6) | | 2,9 (1,0) | |
| - Etudiant / sans emploi | 4,6 (2,3) | | 2,4 (1,3) | |
| - Retraité | 4,3 (2,5) | | 2,6 (1,4) | |
| Niveau d'étude | | 0,19 | | 0,14 |
| - Primaire/secondaire | 4,7 (1,9) | | 2,6 (1,1) | |
| - BTS / DUT | 5,2 (1,8) | | 2,9 (1,1) | |
| - 2 ^{ème} / 3 ^{ème} cycle | 5,3 (1,9) | | 3,0 (1,1) | |
| Ordonnance de non prescription : | | <10 ⁻² | | <10 ⁻² |
| | 4,6 (1,9) | | 2,6 (1,2) | |
| - Remise | 5,4 (1,7) | | 3,0 (1,0) | |
| - Non remise | | | | |



Concernant l'affiche de promotion de l'ONP, les médecins la trouvaient dans l'ensemble simple, efficace et attractive. Ils jugeaient qu'elle faisait bien ressortir le thème de l'antibiorésistance. C'était un bon moyen supplémentaire de sensibilisation à la non prescription et permettait d'inciter les patients à poser des questions.

Pour les médecins, le point négatif le plus important de cette affiche de promotion était la quantité de texte qui rend sa lecture longue et difficile. Le terme « ordonnance de non prescription » était jugé contradictoire et risquait de générer des confusions chez les patients. Les personnages paraissaient enfantins avec des rôles mal définis. Un médecin trouvait que l'affiche était plutôt destinée aux médecins. Elle constituait un document supplémentaire à exposer, mais 9 (75%) des médecins étaient d'accord pour l'afficher dans leur salle d'attente, 3 (25%) le refusaient.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : MORISSET OMBELINE

Impact et acceptabilité de l'ordonnance de non prescription d'antibiotique auprès des patients

RÉSUMÉ :

Introduction : La surconsommation et le mauvais usage des antibiotiques (ATB) contribuent au développement de l'antibiorésistance, aujourd'hui un problème de santé publique mondial. L'ordonnance de non-prescription (ONP) fait partie des outils visant à réduire les consommations ATB. Il s'agit d'une fiche d'information pour les patients, sous forme d'ordonnance, où sont exposées les raisons pour lesquelles le médecin ne prescrit pas d'ATB. L'objectif était d'évaluer l'impact de l'ONP sur les connaissances sur les ATB des patients et son acceptabilité.

Méthode : Etude quantitative à visée descriptive et évaluative, réalisée par questionnaires auprès des patients pour évaluer leurs connaissances avant et après remise de l'ONP dans des cabinets de médecins généralistes du Calvados, entre janvier et février 2020.

Résultats : Au total 201 questionnaires ont été recueillis, 173 ont été inclus dont 107 patients ayant reçu l'ONP. Le score des connaissances sur les ATB passait de 4,6/8 à 5,8/8 après remise de l'ONP, soit une augmentation de +1,1/8 [IC95% +0,8-+1,5], $p < 10^{-3}$. La satisfaction des patients de ne pas recevoir d'ATB était en moyenne de 9,1/10 et la satisfaction de recevoir des informations écrites était en moyenne de 9,0/10.

Conclusion : L'ONP améliorait les connaissances des patients sur les ATB et ils étaient satisfaits de la recevoir. Il s'agit d'un outil pédagogique qu'il faut promouvoir auprès des médecins généralistes. Des études complémentaires sont nécessaires pour connaître si l'ONP réduit le nombre de prescription d'ATB.

Mots-clés : Antibiotiques, Antibiorésistance, Non-prescription, Information écrite, Connaissances des patients, Médecine générale

Impact and acceptability of non-prescription antibiotic prescription to patients

ABSTRACT

Introduction: Overconsumption and misuse of antibiotics (ATB) are contributing to the development of antimicrobial resistance, which is now a global public health problem. The prescription for non-prescription (ONP) is one of the tools aimed at reducing ATB consumption. This is a patient information sheet, delivered in a prescription format, which explains the reasons why the doctor is not prescribing an antibiotic. The objective was to assess the impact of the ONP on patients' knowledge of ATB and its acceptability.

Method: Quantitative study for descriptive and evaluative purposes, carried out by questionnaires with patients to assess their knowledge before and after delivery of the ONP in general practitioner offices in Calvados, between January and February 2020.

Results: A total of 201 questionnaires were collected, 173 were included, including 107 patients who received the ONP. The knowledge score on ATB went from 4,6/8 to 5,8/8 after delivery of the ONP, an increase of + 1.1/8 [95% CI + 0.8- + 1.5], $p < 10^{-3}$. Patient satisfaction with not receiving ATB was on average 9.1/10 and satisfaction with receiving written information was on average 9.0/10.

Conclusion: The ONP improved patients' knowledge of ATB and they were satisfied to receive it. This is an educational tool that should be promoted to general practitioners. Additional studies are needed to find out if the ONP is reducing the number of ATB prescriptions.

Key words: Antibiotics, Antibiotic resistance, Non-prescription, Written information, Patient knowledge, General medicine