



**HAL**  
open science

**Les perceptions et attitudes des patients face à la prescription différée d'antibiotiques dans les infections respiratoires hautes et basses en médecine générale. Étude qualitative menée auprès de patients français âgés de plus de deux ans**

Johanna Vanel

► **To cite this version:**

Johanna Vanel. Les perceptions et attitudes des patients face à la prescription différée d'antibiotiques dans les infections respiratoires hautes et basses en médecine générale. Étude qualitative menée auprès de patients français âgés de plus de deux ans. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03766937

**HAL Id: dumas-03766937**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03766937v1>**

Submitted on 1 Sep 2022

**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.



**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

D.E.S DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
Le 21 juillet 2022 à Nice

Par Johanna Vanel  
Née le 20 juillet 1992 à Lyon

**Les perceptions et attitudes des patients face à la prescription différée  
d'antibiotiques dans les infections respiratoires hautes et basses en  
médecine générale.**

**Etude qualitative menée auprès de patients français âgés de plus de deux ans.**

**Membres du jury :**

**Président du jury :** Monsieur le Professeur Christian PRADIER

**Assesseurs :** Monsieur le Docteur Max DEROCHET  
Monsieur le Docteur Eric BIENFAIT  
Madame le Docteur Pia TOUBOUL-LUNDGREN

**Directrice de thèse :** Madame le Docteur Véronique MONDAIN

Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie**

**Pr. ALUNNI Véronique**

**Recherche**

**Pr. DELLAMONICA Jean**

**Etudiants**

**M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Eric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUERIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CARLES Michel	Maladies infectieuses - maladies tropicales (45.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUEVARA Nicolas	Oto-Rhino-laryngologie ( 55.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIÉ Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
Mme	LEROY Sylvie	Pneumologie-Addictologie (51.01)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

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

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	COURJON Johan	Maladie infectieuses - maladies tropicales (45.03)
Mme	DADONE-MONTAUDIÉ Bérangère	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	JOZWIACK Mathieu	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
M.	MONTAUDIÉ Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	MARTIS Nihal	Méd interne-gériatrie et biologie du vieillissement (53.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

#### MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

#### PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

#### PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)  
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

#### PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

#### MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)  
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)  
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)  
Mme RAQUIN-POUILLON Maud Médecine Générale (53.03)



### Constitution du jury en qualité de 4ème membre

#### Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BÉRARD Etienne	M. GRIMAUD Dominique
M. BLAIVE Bruno	M. HOFLIGER Philippe
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LACOUR Jean-Philippe
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	M. MOUROUX Jérôme
M. DE PERETTI Fernand	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FENICHEL Patrick	M. THYSS Antoine
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	

### M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GASTAUD Marcel
M. BASTERIS Bernard	M. GIUDICELLI Jean
M. BENOLIEL José	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FOSSE Thierry	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
	M. TESTA Jean

### PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## Remerciements :

### **A Monsieur le Professeur Christian PRADIER**

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et j'en suis honorée. Soyez assuré de mon profond respect.

### **A Monsieur le Docteur Max DEROCHET**

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury, et pour votre disponibilité, votre réactivité et votre soutien durant ces années d'internat.

### **A Monsieur le Docteur Éric BIENFAIT**

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci également pour ton aide précieuse durant ce semestre de SASPAS. Tu es parvenu à bien me dégourdir dans l'exercice en libéral et je t'en suis vraiment reconnaissante. Ta patience et ta bienveillance font de toi un super MSU.

### **A Madame le Docteur Pia TOUBOUL-LUNDGREN**

Merci pour votre aide tout au long de mon travail, vos conseils méthodologiques et pour votre soutien à toutes les étapes. Merci également de me faire l'honneur de participer à ce jury.

### **A Madame le Docteur Véronique MONDAIN**

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse malgré cette période de pandémie qui vous imposait déjà un travail énorme. Merci pour votre patience, votre disponibilité et vos conseils.

Votre implication dans la recherche thérapeutique sur les maladies infectieuses, votre rigueur et votre ouverture d'esprit sont un modèle d'inspiration.

Au docteur Tiphanie BOUCHEZ, pour son aide et sa disponibilité

Au docteur Monica Mazigh-Benattar, d'une part pour son aide précieuse dans le recrutement des participants à ce travail, d'autre part pour sa bonté et sa générosité sans égale.

Au Dr Clavelin-Truchon, qui m'a également été d'une aide précieuse dans le recrutement des participants.

A mes parents, pour leur soutien durant toutes ces années d'études. A ces agréables moments de régression quand je rentrais au bercail, qui sentaient bon le linge propre et le gratin dauphinois. Le seul endroit d'ailleurs où je peux me permettre de manger avec les doigts. Merci aussi d'avoir supporté mon sale caractère pendant toutes ces années.

A Océ, ma sœur adorée, à ta personnalité multicolore, ton goût pour l'aventure, ta fidélité à tes principes et tes valeurs, ton ingénuité aussi peut-être ? Toujours là pour raconter une aventure incroyable, cuisiner un bon houmous bio ou faire pousser des avocatiers. Même si tu coupais toujours les cheveux de mes barbies quand j'étais pas là, je ne t'en veux pas car tu acceptais et comprenais quand même mes comportements un peu aspergeriformes. Et j'en passe et des meilleures !

A mon frère Lucas, mon Lucu, mon globe-trotteur à moitié australien, à ta personnalité rocambolesque, ton ouverture d'esprit et ta curiosité. Loin des yeux près du cœur, ton Pooffy sera toujours là pour une virée à Nice ! Aux mondes et aux villages qu'on a pu inventer enfants. Aux vieilles Sysy et Gigi qui nous ont fait rire jusqu'à en avoir mal au ventre.

A tous mes grands-parents, qui ne sont plus de ce monde mais que j'aimais et que j'admirais profondément.

A tous mes tontons et tatas côté paternel : A Françoise, encore félicitations pour cette belle carrière d'infirmière et cette retraite bien méritée ! A Denis mon parrain, et Virginie, à Bruno, à Pascal et Karine, à Laurence et Thierry, à Carole, que je ne vois pas beaucoup mais à qui je pense souvent. A Denis et Philippe, ou bien tic et tac, les partners in crime qui mettent l'ambiance n'importe où, n'importe quand et surtout n'importe comment !

### A la team cousins paternels :

A Elo, une cousine en or, pour ta douceur, ton oreille attentive, toutes ces lettres qu'on s'écrivait, ces noms de codes qu'on donnait et ces petits délires qu'on pouvait avoir ados. A Oliv' et à votre petit bout de chou Adèle.

A Gaëlle, ma Gigi, pour ton espièglerie et ton extravagance ! J'ai la chance d'avoir partagé tellement de souvenirs avec toi... à nos virées toutes les deux à Paris ou à Nice, en passant par les tournois internationaux de rugby à Vienne... A Antho B et à votre futur mini-vous que j'ai hâte de rencontrer !

A Tiff, la docteure des animaux, passionnée, discrète mais très fofolle ! C'est pour ça qu'on t'aime Tiff !

A Man, pour ta gentillesse, ta bienveillance qui cachent bien ton p'tit brin de folie, à Mel, la cavalière au taquet, solaire, toujours contente et prête à festoyer, à Antho, le bon vivant toujours prêt à aider les autres, à Léa, son talent précoce et sans aucune mesure, à Yoh, son altruisme et son sens de la justice et à Sam, la cousine de cœur !

A Christiane, à nos escapades toulousaines et à Antoine, bivouaqueur dans l'âme.

A Louis et Camille.

### Aux cousins côté maternel :

A Anne-So, pour ta bienveillance, à Xav et à vos trois belles plantes. A Isa, pour tes valeurs et ton ouverture d'esprit, à Bast et à vos trois poupées. A Pierre. A Flo, Roch, leurs deux garçons et bientôt la troisième !

A nos soirées d'été à Cramans avec les autres cousins, jusqu'au bout de la nuit !

A Paulette et Jean-Marie, avec qui je partage la passion du métier. Merci pour tous ces beaux moments passés ensemble, des retrouvailles lyonnaises aux fêtes jurassiennes !

A Calou, de qui j'ai la chance d'être la filleule gâtée. Merci pour ton grand soutien pendant toutes ces années d'études. Même si je ne te vois pas beaucoup, je pense souvent à toi.

### A mes amis du lycée :

A Emma, ma Rav', un être hors du commun avec qui j'ai eu la chance unique de vivre un tas d'aventures uniques ! Du bac, à nos vacances Brunely puis la Suède, en passant par l'Italie ou Oxford, la PACES, ses galères et ses grandes joies. Au soutien que tu m'as apporté toutes ces années jusqu'à la fin. Et puis le rock, les bals folk et j'en passe tellement... Hâte d'une prochaine escapade ! A Clément, guide de superbes randos jurassiennes.

A la famille George, tout simplement extraordinaire.

A ma Glo, avec qui on s'est tellement fendu la poire, nos sessions guitare, gratin de ravioles, concert à Sainté et j'en passe ! A nos délires décalés et ton rire unique. J'ai hâte de rencontrer ta poupette.

A Pierre, de nos périodes Aluna ou Italie jusqu'à Sainte-Croix, le futur double docteur grâce à qui on connaît la ville d'Oxford (presque) par cœur maintenant. A tous ces souvenirs partagés et à ta personnalité atypique. Au passage merci pour tes derniers conseils pour la rédaction de cette thèse !

A Maria

A Yoyo, le géographe fou, fou d'aventures, de voyages, de fêtes et de vie, avec toi tout n'est toujours que simplicité et insouciance. Quel bonheur d'avoir pu te retrouver à Trondheim dans une ambiance Erasmus après toutes ces années ! J'ai hâte de nos prochaines retrouvailles dans un lieu insolite.

A Thomas. A tes incroyables aventures, ta personnalité unique et à tous ces petits souvenirs, d'une course oxfordienne à la recherche d'un Pierre, jusqu'à l'odeur d'un bon camembert grillé d'une soirée sauvage sur les berges du Rhône. A quand les retrouvailles corses ?

A Bapt, nos escapades en batmobile, nos années P1, nos soirées trampoline et piscine. Tes turlupinades au lycée nous auront bien fait marrer ! Nos lendemains hangover avec Vivou, c'est tellement un plaisir de vous retrouver, de dormir sur votre matelas gonflable et de vous voir vous épanouir tous les deux ! A une prochaine escapade en Norvège ;)

A Simon, qui me supporte depuis tellement d'années. A toutes nos bêtises d'ados attardés, nos voyages ardéchois ou session Jazz à Vienne. J'ai hâte d'un prochain road trip sonore dans les pays du Nord ! A Matthieu, que je n'ai pas vraiment connu au lycée mais c'est tout comme ! Pour un prochain road-trip en Scandinavie avec plaisir ;)

A Mariette, nos débats philosophiques interminables, nos virées lyonnaises ou parisiennes, à ta personnalité solaire et exceptionnelle.

A tous les autres que j'ai la chance de connaître : Marie L, tes comptines sur la pelouse et tes soirées piscine, Lucas, ton esprit holistique et alternatif, Florian, à nos soirées cotarines et nos voyages à la Souche avec Edouard, Quentin à nos virées néerlandaises ou oktoberfestaines, Jennifer, Alexia, Ugo, Ombeline, Célia, Fanny, Flora, Lise, James et les autres que j'oublie...

Aux souvenirs avec les filles du primaire et collègue, que je n'oublie pas :

Marine, Anne, Hortense, Pauline, Laurène, Inès, ainsi que Jordie, Chloé, Aude, Julie

### A la tribu de l'externat :

A ma Vivou, de nos premières soirées PACES jusqu'à ta thèse (la première !), nos dîners fancy, nos escapades niçoises, à cette longue liste de souvenirs mémorables, trop longue pour être citée ! J'ai une chance inouïe de vous connaître Bapt et toi.

A Clairette, à ta personnalité attachante, à tous nos souvenirs courchevellois (son lot d'émotions fortes, de galères et de joies) ou antibois, nos nouvel ans, nos sessions potins, dîners du 7<sup>ème</sup> et soirées interminables...

A Maud, à ta douceur et ton altruisme, à tous nos souvenirs, à notre récente escapade caennaise au parfum de marée basse. A ton mariage incroyable avec Sébastien. Merci encore pour ton aide précieuse dans la rédaction de ce travail ! J'ai hâte de rencontrer ce bout de chou !

A Ram Ram, ton caractère décalé et bienveillant, de nos premières soirées rock en passant par Aluna et l'Islande, jusqu'aux retrouvailles franciliennes, des souvenirs impérissables. A Fiona, hâte de vivre de nouvelles aventures avec vous !

A Suz, nos premières soirées P2, nos cours du matin un peu hangover, notre stage mémorable aux urgences cardio, nos galas, nos nuits sonores et escapades niçoises avec Pau... A Pauline, pédiatre récemment lilloise dont je n'ai pas encore eu l'occasion de découvrir le fief... J'ai hâte qu'on s'y retrouve pour de nouveaux échanges philosophiques interminables.

A Lauriane, que je n'ai pas vu depuis longtemps mais avec qui j'ai partagé des souvenirs mémorables en semestre d'été en Inde... Idem pour Sophie, à qui je pense beaucoup, à quand une nouvelle destination insolite ? A tous les amis étudiants et médecins rencontrés en Inde, et la richesse que représente leur partage d'expérience.

A Guillemette, une de mes premières rencontres sur les bancs de la PACES. A ton positivisme, à ta personnalité lunaire et solaire, à toutes ces années de joie et de galère de l'externat sudiste, à nos soirées lyonnaises puis dijonnaises.

A Charlotte, de notre premier stage infirmier à Croix-Rousse à nos soirées lyonnaises.

A Elo, de nos premières sessions trampoline à nos concerts Aluna, à tous ces petits moments inoubliables, à ta lucidité, ton humour et ta bienveillance. A Romain, à ta ténacité et ton idéalisme, à nos soirées passées à refaire le monde.

A Jojo, le scout cool, à tous ces moments et tous nos voyages, de nos galères d'étudiants dans un Eurolines à nos glissades courchevelloises. A Laure et à vos deux petits bouts.

A Scucci, la force tranquille et altruiste, à ton premier appart vieuxlyonnais qui était notre QG de soirées rempli de souvenirs (ou pas), à nos promenades annéciennes et parisiennes.

A Hélène, la surfemme, la musicienne, la chanteuse, l'alpiniste, l'anesth, la navigueuse que rien n'arrête ! Je serai toujours ta supporter et ton hôte numéro 1 si tu as besoin pour un prochain Iron-Man ;) )

A Vio, à ta pétillance, ton énergie communicative et ton intelligence.

A Eve, ton caractère pimenté et festif. Ta lucidité m'aura sauvée plus d'une fois. J'ai hâte de prochaines retrouvailles camarguaises ou lyonnaises !

A Angèle, à ton honnêteté et ta curiosité, à ces beaux moments croixroussiens ou à Fouras que tu as organisé. A Bertrand, la discrétion, l'efficacité et la bienveillance, je n'oublierai jamais ces beaux moments de retrouvailles bullyiennes autour d'un bon repas libanais ! Il me tarde de rencontrer votre petit Tom.

A François, à ta personnalité décalée et tes comportements effrontés qui nous auront fait vivre des aventures improbables, et à Tsolag.

A Max, à ton humour grinçant, sarcastique et à l'attention que tu portes aux autres. A tes marceles uniques que je suis probablement la seule à aimer.

Aux niçois (d'adoption pour la plupart) avec qui j'ai eu la chance de partager ces années d'internat :

A la team de l'internat de l'Archet, avec ses soirées films cultes, ces barbeuks et ces beaux voyages.

A Antho, mon co-économiste, leader de la troupe, idéaliste et à qui on doit de nombreuses soirées et voyages ! Tes déguisements improbables et ton humour douteux nous auront fait passer des moments uniques. A Florian et nos joggings sur la prom, à Ewa et nos dégustations vodka, à Gauthier, ton énergie contagieuse et à nos soirées tizz(anes) et à ton adorable Romain, à Rayana, ton caractère unique et fêtard ainsi qu'à Céline, à Morgane, ta joie de vivre et ta gentillesse, à Manon, tes cadeaux de Noël dont on se souvient toute sa vie. (A Johnnie !)

A Yoann, pour les escapades nîmoises et tous ces moments improbables.

A la mini-team mentonnaise :

A Elise, pour ta gentillesse, ton altruisme, à nos apéros plage et grâce à qui je ne verrai plus jamais l'accent alsacien de la même façon.

A Margaux, pour ton énergie communicative et que je remercie d'essayer de m'initier à la musique et à la culture pop. Merci aussi pour tes délicieux petits plats (surtout les croissants au chocolat cuisinés avec amour, mmmh !)

A Mona et à Ingrid pour ces beaux moments passés ensemble.

A Tiago, le co-interne des urgences le plus adorable du monde ! Pour ton ouverture d'esprit et ta bienveillance, et toutes les folles péripéties qui t'arrivent tout le temps.

A Hélène, qui nous a été d'une grande aide pour ce premier stage aux urgences. Merci pour ton oreille attentive et ton grain de folie.



A l'équipe gynéco d'Antibes :

A Valida, la co-interne sans commune mesure. Tu as été notre guide et notre bonne étoile tout au long du stage, s'il a été pour moi l'un des meilleurs de tout mon cursus c'est beaucoup grâce à toi.

A nos soirées champagne antiboises ! J'ai hâte de venir te voir en Guyane.

A Yasmine, titulaire que tout interne rêve d'avoir. Je ne peux que te remercier pour ta bienveillance, ta personnalité attachante et ingénue, ton humilité ainsi que ta capacité à m'avoir fait aimer la discipline. Bientôt une escapade en Guyane aussi ? :)

A Pietro, pour ces moments mémorables et ces pauses café « Illy » dont on se souviendra.

A Jennifer et Estelle, compagnonnes d'infortune, avec qui j'ai eu la chance de découvrir les premières manipulations d'échographie et avec qui l'aventure s'est poursuivie dans la zone tampon de fortune en pleine crise covid, où vous êtes toujours restées soudées et là pour les autres. Je ne peux que vous en remercier. A nos co-internes de zone tampon, Feryel et Céline, toujours là dans ces moments de galère et de crise, finalement l'arrivée de cette pandémie m'aura permis de rencontrer des personnes exceptionnelles.

Et c'est sans oublier Nico et Cécile, qui nous ont seniorisées en réussissant à faire de ces mois difficiles un vrai bonheur ! Merci pour tout ce que vous nous avez appris, pour votre humour un peu douteux et votre initiation à la variété française.

A tous les autres médecins titulaires de qui j'ai eu la chance d'être l'interne, qui m'ont inspirée et qui m'ont fait aimer leur discipline : Amandine, Muriel, Michaela, Margareta, et les équipes des urgences de Pasteur et de Cannes.

Au Dr Yvan Bottero pour son implication dans les soins palliatifs en ambulatoire.

A Laura EW, Steph et toutes celles avec qui nous avons partagé quelques joies des gardes cannoises et surtout de belles soirées par la suite. A Gouraya, consoeur au grand cœur avec qui j'ai partagé la joie des GEASP, merci encore pour ton aide précieuse pour la relecture des verbatim de ce travail, je t'en suis éternellement reconnaissante. A Margotte, l'ange Margotte, la reine du déguisement avec qui j'ai vécu les premières soirées d'inté niçoises. A Baptiste, Clio, Léa, Laura G, Eva, Morgane, Adam et tous les autres.

A Anna, photographe hors pair que j'ai eu la chance énorme de rencontrer par hasard à Nice. Ton talent est tel que tes photos sont (et resteront probablement) les seules sur lesquelles je m'accepte véritablement. Merci pour tous ces beaux moments niçois ou norvégiens, ta personnalité touchante et attachante.

A Christian,

Takk for all støtten de siste årene, og for alle øyeblikkene sammen. Dette arbeidet fikk meg til å innse at vi jobber litt likt : litt latskap men heldigvis også disiplin og lidenskap. Jeg har alltid blitt inspirert av måten du elsker jobben din også, og av all nerdevitenskapen du deler med meg. Jeg ser så frem til å flytte til Norge og fortsette karrieren min der sammen med deg. Å ha møtt deg i Antibes er noe av det beste som har skjedd i livet mitt.

Til Marit, Stale, Tore, Havard, Gunnhild og Silje, og Christians venner jeg møtet i Norge.

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	19
<b>Matériel et méthode</b> .....	22
Type d'étude .....	22
Population étudiée .....	22
Modalités de recrutement .....	22
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	23
Guide d'entretien .....	24
Déroulement des entretiens et recueil des données .....	24
Analyse des données .....	24
<b>Résultats</b> .....	26
Description de la population étudiée .....	26
Les connaissances théoriques des patients sur les antibiotiques versus leur compréhension et leur utilisation en pratique .....	28
Les symptômes ayant incité les patients à consommer l'antibiotique dans la PDA et l'influence de la pathologie concernée .....	29
L'influence des caractéristiques générales du patient sur l'acceptation et l'utilisation de la PDA .....	29
Le ressenti des patients sur la PDA en termes de relation soignant-soigné .....	30
Les attentes exprimées par les patients vis-à-vis de la PDA .....	31
<b>Discussion</b> .....	33
Forces et limites de l'étude .....	33
Discussion des résultats face à la littérature .....	35
Perspectives .....	42
<b>Conclusion</b> .....	44
<b>Liste des abréviations</b> .....	46
<b>Références bibliographiques</b> .....	47
<b>Annexes</b> .....	51
Guide d'entretien .....	51
Texte d'annonce pour le recrutement des médecins généralistes participants .....	53
Notice d'information aux patients .....	55
Serment d'Hippocrate .....	57

## Introduction

Les antibiotiques, découverts dans les années 1920, sont utilisés en thérapeutique humaine pour lutter contre des infections bactériennes multiples. Ces médicaments, indispensables dans la médecine moderne, restent actuellement ceux qui sauvent le plus de vies. Ils se distinguent par leur capacité à avoir augmenté l'espérance de vie à la naissance de façon spectaculaire depuis le début de l'histoire de la médecine.

A travers le monde, la plupart des antibiotiques sont consommés en médecine ambulatoire. En France, qui reste l'un des plus gros prescripteurs d'Europe <sup>(1)</sup>, 90% des antibiotiques sont prescrits en médecine de ville, dont 70% en médecine générale. Parmi ces dernières, la moitié seraient des prescriptions inutiles ou inadaptées <sup>(2)</sup>.

Ces prescriptions en excès, le plus couramment par des antibiotiques à large spectre, posent des problèmes majeurs. Elles ont un impact considérable sur l'écologie microbienne environnementale et humaine <sup>(3)</sup>. Elles favorisent l'apparition de résistances des bactéries à ces antibiotiques, si bien qu'à terme, des maladies infectieuses bien maîtrisées de nos jours pourraient ré-émerger et devenir de nouveau incontrôlables <sup>(4)</sup>, allant de la tuberculose pulmonaire aux simples infections urinaires.

Le taux de prescription d'antibiotiques le plus haut d'Europe est retrouvé dans les infections du tractus respiratoire <sup>(5)</sup>. Si ces affections paraissent simples, déterminer leur sévérité et juger de la nature virale ou bactérienne dans la pratique médicale n'est pas toujours aisé. Même avec de l'expérience, le médecin peut être biaisé dans ses hypothèses par l'intrication de nombreux facteurs, l'histoire de la maladie et la façon dont elle est racontée par le patient dans l'interrogatoire <sup>(6)</sup>. Par extension, il existe une multitude de facteurs pouvant amener les médecins généralistes à prescrire des antibiotiques de façon non conforme aux recommandations dans ces infections respiratoires. Dans la récente étude DREES 2022 sur la perception de l'antibiorésistance par les médecins généralistes français et leurs prescriptions d'antibiotiques <sup>(7)</sup>, 82% des médecins interrogés ont déclaré avoir des difficultés à refuser un antibiotique à un patient demandeur, et 18% l'expliquaient par la crainte de conséquences médico-légales en cas de complication. Ces facteurs avaient plus précisément été étudiés par les études PAAIR 1 et PAAIR 2 respectivement en 2001 et en 2004 <sup>(8)</sup>, qui retrouvaient notamment l'évocation par le patient d'expériences passées d'échec sans antibiotique, ou le fait qu'il soit perçu comme fatigué ou à risque par le médecin. Elles ont étudié les stratégies mises en place pour y faire face. Parmi elles, des explications plus poussées sur l'inefficacité des antibiotiques dans les infections virales, des examens complémentaires mais aussi la prescription de l'antibiotique en différé.

La prescription différée d'antibiotiques (PDA) en médecine ambulatoire a commencé à être étudiée à la fin des années 90 <sup>(9)</sup>. Dans les infections respiratoires hautes et basses avec un tableau clinique ambigu qui pourrait laisser penser sans certitude à une surinfection bactérienne, elle est définie par une prescription d'antibiotique classique, mais avec pour consigne donnée au patient de ne pas consommer l'antibiotique avant un certain délai indiqué afin que les symptômes se caractérisent mieux. Elle se décline de plusieurs façons : remettre l'ordonnance au patient après la consultation en mentionnant le délai et les consignes à l'écrit ou à l'oral, ou bien demander au patient de repasser au cabinet après le délai convenu afin de récupérer l'ordonnance. Notre étude s'intéressera à la première façon de procéder.

A travers le monde, la PDA s'utilise à des fréquences variables selon les pays. Elle est couramment pratiquée au Royaume-Uni <sup>(10)</sup> où elle est d'ailleurs officiellement préconisée dans les guidelines de la NICE, qui recommandent la PDA pour les OMA et sinusites, ainsi que la bronchite aiguë chez les adultes et enfants de plus de deux ans <sup>(11)</sup>. En Norvège également, elle fait partie des recommandations officielles pour les otites et les sinusites <sup>(12)</sup>.

La PDA a été étudiée dans différents pays, sous différentes conditions, sur des critères de jugement divers et sur différents types de patientèle. En particulier, une grande revue de la littérature de 2004 basée sur cinq essais cliniques contrôlés : quatre au Royaume-Uni et un en Nouvelle-Zélande <sup>(13)</sup>, où le taux de consommation de l'antibiotique chez les patients qui avaient reçu une PDA pour des affections respiratoires était comparé à ceux qui avaient reçu une prescription immédiate. Une moindre consommation dans le groupe PDA a été retrouvée de façon statistiquement significative.

La plus grande étude menée sur le sujet est une méta-analyse de sept essais contrôlés randomisés publiés essentiellement dans Cochrane, régulièrement mise à jour (dernière mise à jour en 2017) faisant le point sur les PDA dans les infections aiguës des voies respiratoires <sup>(14)</sup>, avec le niveau de preuve le plus élevé (niveau 1). Elle retrouve également que la PDA permettrait de réduire la consommation d'antibiotiques en soins primaires.

De façon générale, beaucoup d'études ont conclu au bénéfice de la PDA quant à la diminution de la consommation d'antibiotiques dans les infections respiratoires <sup>(14)</sup>. Une étude britannique de 2014 montre que la PDA présente les mêmes avantages que la prescription immédiate en termes de diminution des complications infectieuses <sup>(16)</sup> et avec moins d'excès de consommation. Une étude de 2013 du British Medical Journal <sup>(17)</sup> montre que la PDA ne serait pas associée à un plus haut risque de complications infectieuses.

Une récente étude américaine de 2020 a cependant émis plus de réserve <sup>(18)</sup> à certains aspects.

A ce jour, la PDA a fait l'objet de six thèses d'exercice en médecine générale sur le sujet en France.

(19)(20)(21)(22)(23)(24)

S'il ressort de certaines études quantitatives que la satisfaction générale du patient face à la PDA est variable <sup>(25)</sup>, la majorité des études qualitatives se sont intéressées aux attitudes du médecin et peu ont réellement exploré celles des patients. Ces derniers ayant dans ce cas une marge de manœuvre importante dans l'utilisation des antibiotiques, il est important de connaître leurs représentations vis-à-vis de la PDA.

Trouver des facteurs permettant d'établir un lien entre ces représentations et l'usage qu'ils font des antibiotiques semble intéressant pour pouvoir valoriser cette méthode, et aider davantage les médecins généralistes à réduire leur consommation en excès chez les patients.

L'objectif principal de notre étude qualitative est de décrire les perceptions et comportements des patients à qui est proposée la PDA dans les infections respiratoires, et de trouver les éléments qui influent ces attitudes. Nous pourrions a posteriori déterminer les facteurs favorisant l'acceptation et le bon usage de la PDA par les patients, mais aussi les facteurs favorisant l'inverse.

# Matériel et méthode

## Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative prospective au moyen d'entretiens semi-dirigés.

## Population étudiée

L'étude concernait des patients recrutés dans les départements des Alpes-Maritimes, dans l'Hérault et la Savoie. Leur nombre n'était pas connu initialement, il a été déterminé au fil de notre étude qualitative qui impliquait un raisonnement inductif ne nous permettant pas de le déterminer d'emblée.

Les recommandations de prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires étant différentes chez les enfants de moins de deux ans, nous nous sommes intéressés seulement aux patients d'un âge supérieur.

## Modalités de recrutement

Le recrutement des patients s'est fait de façon indirecte par l'intermédiaire de leur médecin généraliste, à qui nous avons communiqué les critères d'inclusion.

Nous avons en premier lieu lancé un appel à la participation à destination de tous les médecins généralistes de France métropolitaine via les groupes d'échange sur les réseaux sociaux, les listes de mail enregistrés au DERMG, et par connaissance, ce qui permettait de constituer un échantillon de médecins hétérogène, amplifié ensuite par la technique de la boule de neige <sup>(26)</sup>. Il s'agissait d'un e-mail expliquant l'objectif et le déroulement de l'étude, invitant tous les médecins généralistes en ambulatoire, installés ou remplaçants, à participer.

Ces médecins recrutaient à leur tour les patients auxquels ils étaient amenés à prescrire un antibiotique de façon différée pour les infections respiratoires. Après la consultation, ils proposaient au patient de participer à une enquête, prévenant qu'une collègue allait les contacter dans une dizaine de jours pour un entretien téléphonique. Si celui-ci acceptait, ils nous transmettaient ses coordonnées.

Par ailleurs, ils leur remettaient une notice explicative sur l'étude avec une fiche de consentement à signer (voir Annexe 3), garantissant que toutes les données communiquées et utilisées pour l'étude les concernant, médicales ou non, étaient anonymisées et que la protection des données à caractère confidentiel de l'étude avait été validée par le CERNI.

Les médecins recrutés-recruteurs qui acceptaient de participer à l'étude ont eux-mêmes reçu leur propre formulaire de consentement à signer, accompagné d'une fiche explicative sur le protocole et quelques questions sur leur pratique (voir Annexe 3).

Le temps de recrutement indirect de ces patients étant long et leur nombre un peu faible, nous avons complété par un recrutement direct au décours de prescription différée d'antibiotiques dans le cadre de consultations non programmées dans une structure de soins d'urgence en ville, c'est-à-dire les patients que nous avons-nous-même consulté. La proposition de participation à une étude qui leur était proposée au décours de la consultation s'est faite selon les mêmes modalités que pour les médecins généralistes recruteurs.

L'inclusion des patients a eu lieu d'août 2021 à janvier 2022, jusqu'à obtention d'une saturation des données, observée par analyse continue des entretiens.

## Critères d'inclusion et d'exclusion

### **Pour les médecins généralistes recruteurs**

#### Critères d'inclusion

Médecins généralistes thésés ou non, remplaçants ou installés, exerçant en ambulatoire, en libéral, au cabinet, en maison de santé pluridisciplinaire, en centre de santé, seul ou en groupe, dans tous les départements de France métropolitaine, qui étaient familiers de la PDA et qui étaient volontaires pour participer à l'étude et recruter leurs patients.

#### Critères de non-inclusion

Médecins généralistes ne délivrant pas leur consentement pour participer et recruter.

Médecins généralistes n'exerçant pas en ambulatoire, soit en hospitalier ou assimilés.

#### Critères d'exclusion

Médecins souhaitant se retirer de l'étude et du recrutement.

### **Pour les patients recrutés par les médecins généralistes**

#### Critères d'inclusion

Patients d'un âge supérieur à deux ans, présentant des signes d'infection respiratoire haute ou basse (Otite/rhinopharyngite/sinusite/trachéite/bronchite/angine à streptococque négatif ou sans streptococque), pour qui une PDA a été prescrite par le médecin recruteur, patient mineur avec autorisation parentale et présence parentale pendant l'entretien.

#### Critères de non-inclusion



Patient présentant des comorbidités à fort risque de surinfection (immunodépression, diabète mal équilibré, BPCO, etc), patient ne donnant pas son consentement pour participer, ne parlant pas le français ou l'anglais, patient illettré ou dans l'incapacité cognitive de donner son consentement.

### Critères d'exclusion

Patients souhaitant se retirer de l'étude.

### Guide d'entretien (présenté en Annexe 1)

Au préalable des interviews, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-dirigé à l'issue de la lecture d'un ensemble bibliographique nous ayant permis de relever plusieurs thématiques autour de notre question de recherche. Il comportait dix questions ouvertes neutres et invitant à la libre expression des patients, avec si besoin d'éventuelles relances.

La pertinence du guide a été testée lors de deux premiers entretiens pilotes, à la suite desquels une question a été reformulée. A partir du sixième entretien, lorsque les patients posaient des questions sur les antibiotiques, il a été décidé de ne leur révéler les réponses qu'à la fin. A partir du quatrième entretien également, nous avons mieux explicité la question 8 aux patients. Par la suite, l'ordre des questions est resté modulable en fonction du cheminement de pensée des interviewés mais le canevas d'entretien est resté le même.

### Déroulement des entretiens et recueil des données

Les entretiens ont été conduits par téléphone et selon les disponibilités des patients.

Ils suivaient le guide d'entretien préétabli et étaient enregistrés avec un dictaphone.

Nous avons pu guider les entretiens en laissant les patients s'exprimer ouvertement pour chaque question, en prenant soin de les rediriger parfois pour éviter les digressions.

Nous avons pu reformuler certaines questions pour être plus clairs, et parfois spontanément changer l'ordre des questions en fonction des sujets abordés par les patients, afin d'assurer une continuité logique du dialogue.

En aval de l'accord des patients, leurs caractéristiques telles que l'âge, le sexe, certains antécédents étaient communiquées à l'investigatrice par le biais de leur médecin traitant à leur retour du formulaire de consentement. Si certaines de ces données communiquées étaient incomplètes, les patients étaient eux-mêmes directement interrogés au préalable lors de l'entretien téléphonique.

### Analyse des données

Tous les entretiens audio ont été retranscrits par l'investigatrice en verbatim anonymisés, en intégrant les nuances et ponctuations.

Au cours de la relecture des verbatim, deux entretiens ont été finalement exclus de l'étude, un premier car nous avons noté une erreur majeure de compréhension puis d'application dans la consigne de la PDA chez l'interviewée, un deuxième car le parent interrogé n'était en réalité pas celui qui avait emmené l'enfant en consultation, information qui n'a été éclaircie qu'à la fin de l'entretien.

Après la retranscription de chaque entretien, le verbatim était relu par l'investigatrice qui le fragmentait en codes ouverts. Une deuxième investigatrice a également relu l'intégralité des entretiens pour les fragmenter en codes ouverts de façon indépendante. Cette double lecture n'ayant pas eu lieu de façon simultanée, les codages ont ensuite été confrontés, et quelques idées trop divergentes supprimées.

Ces codes, qui désignent un groupe nominal ou une phrase constituant une même unité de sens, ont été établis selon la technique de la table longue, c'est-à-dire sans l'aide d'un logiciel informatique dédié. Ces codes ont ensuite été regroupés en catégories ou thèmes répondant à la question de recherche, puis mis en lien entre eux, de façon itérative dans une démarche qui mêlait analyse thématique et méthode inspirée de la théorisation ancrée (Grounded Theory) <sup>(26)</sup>. Cela nous permettait de mieux axer les entretiens suivants.

Nous avons arrêté les entretiens à partir du moment où plus aucun code n'était rajouté a posteriori : il s'agit de la saturation des données qui a été atteinte au dix-huitième entretien <sup>(26)</sup>.

## Résultats

### Description de la population étudiée :

Nous avons pu interviewer 20 personnes, sur 23 contactées.

2 personnes ont été exclues de l'étude ensuite.

L'âge médian était de 39 ans, allant de 16 à 78 ans

L'âge moyen était de 44 ans

1/3 des interviewés soit 33% ont plus de 50 ans.

6 hommes pour 12 femmes, donc 1/3 des interviewés sont des hommes.

1 angine, 6 bronchites, 6 otites exclusivement pour des enfants, 5 sinusites

33% des interviewés étaient atteints de maladie chronique en dehors de celles citées dans les critères d'exclusion.

7 patients sur 18 avaient déjà eu une PDA dans le passé.

8 patients sur 18 ont consommé l'antibiotique (44%) un chiffre comparable aux études quantitatives sur l'usage de la PDA <sup>(10)(21)(27)(28)(29)</sup>.

3 de ces 8 patients l'ont consommé avant le délai indiqué.

Les entretiens ont duré en moyenne 19 minutes, le maximum étant de 28 minutes et le minimum étant de 10 minutes.

ESD	Tranche d'âge (années)	Genre	Affection concernée	Consultation du participant/son enfant	Ancienneté du médecin (années)	Médecin connu du patient/non connu/consultation par l'enquêtrice	Consommation de l'ATB	ATCD maladie chronique	Mauvaise expérience passée avec les ATB	Emploi dans le médical	A déjà eu une PDA auparavant
1	> 70	F	Angine test -	Du participant	< 5	Par l'enquêtrice	Oui, à 48h	Oui	Oui	Non	Oui
2	40-50	M	Bronchite	Du participant	20-30	Médecin connu	Non	Non	Oui	Non	Non
3	30-40	F	OMA + pharyngite	Sa fille, 9 ans	< 5	Médecin connu	Non	Non	Non	Non	Oui
4	< 20	F	Bronchite	Du participant	20-30	Médecin connu	Non	Non	Non	Non	Non
5	60-70	F	Bronchite	Du participant	10-20	Médecin connu	Oui, à 24h	Oui	Non	Non	Oui
6	50-60	M	Sinusite frontale	Du participant	< 5	Par l'enquêtrice	Oui, à 72h	Non	Non	Non	Non
7	40-50	M	Bronchite	Du participant	10-20	Médecin connu	Oui, à 36h	Oui	Non	Non	Non
8	20-30	F	OMA	Sa fille, 3 ans	< 5	Par l'enquêtrice	Non	Non	Oui	Non	Non
9	40-50	M	Sinusite maxillaire	Du participant	5-10	Médecin connu	Oui, à 24h	Oui	Oui	Non	Non
10	30-40	F	Bronchite	Sa fille, 10 ans	> 30	Médecin connu	Non	Oui	Non	Non	Non
11	30-40	M	OMA	Son fils, 2 ans ½	< 5	Par l'enquêtrice	Non	Non	Non	Non	Oui
12	30-40	F	Pansinusite	Du participant	5-10	Médecin connu	Non	Non	Oui	Non	Non
13	60-70	F	Sinuso-bronchite	Du participant	5-10	Médecin connu	Oui, à 72h	Non	Oui	Non	Oui
14	30-40	F	OMA	Son fils, 4 ans	< 5	Par l'enquêtrice	Non	Non	Oui	Non	Non
15	20-30	F	Bronchite	Du participant	< 5	Médecin non connu	Oui, à 48h	Oui	Oui	Oui	Non
16	50-60	F	Sinusite maxillaire	Du participant	5-10	Médecin connu	Non	Non	Non	Non	Oui
17	> 70	F	Otite	Son petit-fils, 6 ans	> 30	Médecin connu	Oui, à 48h	Non	Oui	Non	Non
18	30-40	M	OMA	Sa fille, 4 ans	5-10	Médecin connu	Non	Non	Non	Oui	Oui

## A. Les connaissances théoriques des patients sur les antibiotiques versus leur compréhension et leur utilisation en pratique

La majorité de nos participants a relevé la nécessité de consommer les antibiotiques avec parcimonie, souvent en citant la fameuse campagne de santé publique des années 2000 « les antibiotiques c'est pas automatique ».

*E12 « De me dire ben je vais pas prendre l'antibiotique parce que c'est 'pas automatique', euh... si j'en ai pas besoin ben tant mieux, euh... ça va pas forcément m'aider »*

La plupart a rapporté qu'ils servaient à lutter contre les infections, surtout si sévères, impliquant un germe plus ou moins bien caractérisé selon les personnes mais qui prêtait souvent à confusion.

*E5 « Si c'est viral on n'a pas forcément besoin d'un antibiotique, c'est euh... combattant contre les virus [...] non ?*

Les effets indésirables les plus souvent évoqués étaient les troubles digestifs et la fatigue, mais aussi parfois la perte de leur efficacité dans le temps à force d'usage

*E12 « Je crois savoir en tout cas que plus on en prend, moins c'est efficace ».*

Un seul interviewé a clairement expliqué le risque de résistance sur les germes, sans pour autant savoir citer les germes exacts

*E6 « Par rapport aux antibiotiques, qu'on en prescrivait beaucoup et que ça... enfin ça renforçait les résistances. Du coup c'est, vous me direz à la fin si c'est des bactéries, des microbes ou »*

La plupart des interviewés avait une idée de l'impact des antibiotiques sur la santé individuelle, mais seule une minorité l'avait sur la santé publique et environnementale. Globalement, la compréhension des mécanismes généraux des antibiotiques était erronée : beaucoup avançaient que le corps humain s'y habitait, comme s'il s'agissait d'un phénomène de tolérance médicamenteuse.

*E17 « Je pense qu'à force d'en prendre le corps doit s'habituer »*

De nombreux interviewés percevaient à tort l'antibiotique comme un traitement symptomatique très puissant et efficace.

*E12 « Je sais que quand on en prend ça soigne euh... très rapidement »*

*« Il m'aurait filé les antibiotiques ben c'est sûr je pense que le lendemain j'aurais été reboostée probablement, jusqu'à aller au boulot »*

De façon symétrique, certains percevaient des traitements symptomatiques associés comme utiles pour se débarrasser de l'infection, dans une moindre mesure que l'antibiotique mais dont la nécessité était souvent surestimée.

*E10 « Mais euh nous on a eu souvent recours à ça [le CELESTENE] parce qu'il y a que ça en fait qui... qui fonctionne je veux dire même mieux que les antibiotiques en fait »*

## B. Les symptômes ayant incité les patients à consommer l'antibiotique dans la PDA et l'influence de la pathologie concernée

Les symptômes ayant le plus amené les patients à consommer l'antibiotique étaient la douleur (surtout dans les sinusites), la fièvre, la fatigue générale et l'encombrement bronchique si bronchite. La fièvre persistante semblait être une idée répandue quant à la sévérité de l'infection.

*E16 « Si j'avais eu de la fièvre je pense que là, j'aurais peut-être pris l'antibio [...] on a du me le dire à un moment enfin c'est un peu... implicite si vous voulez euh...fièvre infection ».*

Quant à l'encombrement bronchique, les participants associaient souvent l'importance des sécrétions à une surinfection pulmonaire.

*E5 « Je toussais vraiment gras, j'avais très mal à la gorge. J'avais pas de fièvre mais je toussais vraiment gras »*

Par ailleurs, c'est dans les bronchites que l'antibiotique a été plus souvent consommé par rapport aux autres atteintes du fait de la persistance des symptômes, y compris dans l'**entretien 13** où elle avait pourtant prolongé elle-même le délai à 72 heures. Ce délai d'attente représente un outil important dans la PDA.

L'affection pour laquelle la décision de donner l'antibiotique à 48h a semblé la plus délicate était l'OMA, pour les parents des enfants atteints. D'une part parce que l'otite n'est pas visible à l'œil nu et l'enfant s'exprime différemment, d'autre part parce que beaucoup associent l'otite de l'enfant à la prise d'antibiotiques, se référant probablement aux pratiques médicales qu'ils ont pu observer.

*E18 « Chez un adulte c'est plus facile, chez un enfant euh, là pour le cas de l'otite, c'est quand même pas évident [...] c'est pas forcément évident parce qu'elle exprime pas forcément sa douleur euh... de manière claire et puis on peut pas le voir non plus »*

*E17 « Euh oui parce que comme il a déjà eu des otites euh... au bout d'un moment on est obligés de passer aux antibiotiques quoi »*

## C. L'influence des caractéristiques générales du patient sur l'acceptation et l'utilisation de la PDA

Dans notre étude, les adultes actifs et/ou avec enfants à charge appréciaient tous la PDA pour le gain de temps qu'elle leur fournit, évitant une deuxième consultation. Toutefois, la nécessité pour eux d'être de nouveau productifs dans un délai réduit les rendait plus susceptibles de consommer rapidement l'antibiotique. Le fait d'avoir eu un temps de repos a permis à certains de réaliser que l'antibiotique n'était pas nécessaire.

*E12 « Si j'avais dû aller au travail, ouais les antibiotiques j'en aurais eu besoin parce que j'aurais pas fait la semaine euh... »*

*« Je suis repartie avec un arrêt de travail je m'y attendais pas forcément [...] ben en fait euh j'ai trouvé ça top. Parce qu'effectivement j'avais pas besoin de médicaments finalement ».*

Différer la prise de l'antibiotique a semblé déstabiliser certains participants, en particulier ceux ayant vécu une médecine plus prescriptrice d'antibiotiques. Nous avons vu le cas d'un patient provenant du Moyen-Orient, mais il s'agissait souvent des plus âgés, habitués dans leur jeunesse à prendre des antibiotiques pour les infections respiratoires de façon plus fréquente et sur décision du médecin seulement. L'une d'entre eux a directement confronté la PDA avec les pratiques anciennes auxquelles elle est familière.

*E5 « Je... je l'aurais voulu directement mais c'est pas... après c'est pas moi qui, qui, qui décidait c'est le Dr B », « Mais je sais qu'avant ça se faisait pas, le docteur il disait pas euh attendez 48h, c'est le docteur qui prenait la décision »*

Nous avons vu le cas d'un patient ayant longtemps vécu au Moyen-Orient, pour qui la PDA contrastait avec ce à quoi les médecins l'avaient habitué : une décision binaire et autoritaire d'emblée, qui pouvait aussi avoir un côté rassurant et confortable. Pour cela, ce participant était demandeur d'un accompagnement renforcé en aval de la consultation.

*E9 « En fait on préfère tout de suite quand on voit notre médecin il nous dit 'voilà, c'est ça la... la solution miracle, et comme ça c'est fait' comme en I\*\*\*\*, vous voyez [...] le souci c'était juste que j'avais besoin de, avant de prendre l'antibiotique, d'encore consulter mon médecin soit par téléphone tout ça mais c'était quand même compliqué »*

D'autre part, la décision de prendre l'antibiotique ou non semblait dépendre de la capacité personnelle de chaque patient à mobiliser ses ressources et son vécu, de son entourage familial et de son éducation. Beaucoup ont manifesté ce besoin de prendre en compte cette part de leur expérience et de leur connaissance d'eux-mêmes.

*E17 « Quand on a l'habitude [...] on voit tout de suite s'il faut y passer ou pas. On n'est pas médecins mais bon euh... on a l'habitude quand même des... des symptômes, voilà »*

Toutefois, certains s'étant dit satisfaits et rassurés par la présence de l'antibiotique qui est perçu comme un médicament puissant et sécurisant, se sont tout de même sentis seuls et dubitatifs au moment de prendre la décision.

*E12 « Finalement c'était rassurant [...] le fait d'avoir la prescription et de me dire que euh, ben si vraiment ça va pas mieux, effectivement je les prends. [...] j'ai quand même cette solution-là donc c'est vrai que c'est rassurant »*

*« Et en même temps euh... de se dire, d'être un petit peu seule finalement le jour où il faut aller les prendre [...] ça reste des médicaments quoi, et je suis pas non plus, je suis pas médecin quoi »*

## D. Le ressenti des patients sur la PDA en termes de relation soignant-soigné

Le fait de différer la prise de l'antibiotique et mettre les patients à contribution semble les aider à saisir l'histoire naturelle de la maladie dans les infections respiratoires. Ils semblent ainsi mieux comprendre la nécessité de surveiller l'évolution dans la durée et non au temps t où ils consultent le médecin, d'où son absence de décision tranchée d'emblée.

Certains patients ayant assisté à l'évolution exponentielle de la médecine, qui pouvaient être initialement surpris par cette façon de prescrire, ont toutefois apprécié ce fonctionnement et le nouveau rapport au médecin qu'il implique.

*E13 « Et du coup ça crée un échange euh... beaucoup plus, enfin ça fait un lien entre le patient et le médecin... qui n'existait pas avant », « une confiance dans les deux sens en fait »*

D'autre part, la PDA octroie une plus grande part de responsabilité aux patients par rapport à une ordonnance classique. La plupart des patients semblaient tout à fait prêts à endosser cette majoration de responsabilité, tant qu'elle restait accessible et à leur portée

*E16 « Je pense que le fait de responsabiliser le patient -quand c'est possible évidemment, parce que voilà, il faut pas aller au-delà de nos compétences non plus- ça me semble une bonne démarche »*

De ce fait, elle incombe au médecin de bien individualiser et cerner son patient afin d'estimer un éventuel mésusage, et de pouvoir lui accorder sa confiance pour lui remettre cette part de décision. Conjointement, les participants avaient tendance à mieux appréhender la PDA s'ils avaient confiance en leur médecin.

*E16 « Si on a confiance ben on... on communique mieux aussi. Et je pense que le médecin peut mieux nous cerner [...] savoir s'il peut suivre les consignes et voir aussi à quoi il est réfractaire ou pas »*

Une relation de confiance mutuelle axée sur la communication est donc primordiale dans la PDA, ce qui en fait selon certains participants une pratique mieux adaptée s'il s'agit d'un médecin connu ou qui suit régulièrement le patient.

*E16 « On vient pour une sinusite mais à côté de ça [...] il y a tout un ensemble... que vous avez avec votre médecin généraliste que vous avez pas forcément avec un... un SOS médecins parce que ben forcément, vous le voyez pas souvent ».*

## E. Les attentes exprimées par les patients vis-à-vis de la PDA

Un participant a mis en garde contre une potentielle dérive : différer en excès les antibiotiques, de façon automatique par manque de temps ou par hésitation. La relation médecin-malade ne doit pas être complètement horizontalisée, la PDA doit rester choisie au cas par cas et le médecin ne doit pas se décharger de sa responsabilité.

*E7 « Que ça devienne un automatisme. 'Ouais je suis pas sûr, oui ben écoute je vais lui faire une ordonnance différée' [...] faut que ça corresponde, pour moi, à [...] à des cas particuliers, et euh... et à un dialo... et à un, un échange. Voilà ».*

Également, les participants tenaient à ce que leurs interrogations soient prises en compte et non différées au même titre que l'antibiotique, à travers un dialogue adapté au cours duquel certains avaient besoin de consignes très claires et précises.

*E7 « Faut pas que ce soit tout seul, faut que ça soit euh... en relation avec un échange, une réflexion, etc, une note de l'information éventuelle. Si la personne ne sait pas ce que c'est que l'antibiotique [...] là le fait de différer, euh... ça diffère les questionnements aussi ».*



**E16** « Enfin moi, j'ai besoin de quelque chose de très carré et pas quelque chose de super fin où on me dise 'ben si vous allez un petit peu mieux vous les prenez pas, mais si...' fff faut être dans le factuel quoi [...] enfin avec moi en tout cas ».

Certains patients ont proposé une brochure d'information éventuelle à proposer.

**E18** « Leur donner peut-être une courbe pour les pathologies. Peut-être les signes-clés qui peuvent déclencher la prise d'antibiotiques ».

Les moins à l'aise avec la décision de prendre l'antibiotique en autonomie ont souvent évoqué l'importance de la disponibilité du médecin en aval de la consultation : la possibilité, a minima, d'une téléconsultation pour faire le point en cas de doute.

**E9** « Le souci que j'avais c'était juste que j'avais besoin de, avant de prendre l'antibiotique, d'encore consulter mon médecin soit par téléphone tout ça mais c'était quand même compliqué [...] Mais si c'était vraiment une approche par exemple euh, avec un coup de téléphone, de voir [...] s'il y a une solution comme ça franchement je pense que ce serait au top. [...] Ca m'aurait rassuré en fait ».

**E12** « Effectivement d'avoir quand même une consultation téléphonique [...] pour faire le point au bout des trois ou quatre jours [...] je pense que c'est quand même euh... bien nécessaire »,

Les autres interviewés plus à l'aise comptaient tout de même sur la possibilité d'une nouvelle consultation rapide en cas de doute.

Enfin, de nombreux patients suggéraient qu'à la vitesse à laquelle les médecins sont contraints de mener leurs consultations, le temps nécessaire au dialogue de la PDA est souvent trop court ou manquant. Cette méthode reste donc difficile à appliquer malgré toute la bonne volonté du médecin à cause de ce manque de temps.

**E10** « Peut-être rassurer plus les parents. Pas forcément les expédier même s'ils ont pas trop le temps »

**E15** « Bon le pauvre après, quand j'y suis allée il a eu une journée euh, ça s'arrêtait pas la maison médicale... J'avais jamais vu la maison médicale dans cet état-là [...] Mais après oui il a essayé de m'expliquer euh... vaguement mais euh... voilà ».

# Discussion

## Forces et limites de l'étude

### Forces

- La méthode qualitative a permis d'explorer les ressentis et comportements des patients dans une stratégie thérapeutique qui avait jusqu'alors majoritairement été étudiée du point de vue des médecins ou de façon quantitative. Elle nous a permis d'identifier des éléments pouvant influencer l'usage et le ressenti des patients sur la PDA.

- Le choix de mener des entretiens semi-dirigés individuels par téléphone et non en confrontation directe avec l'investigatrice a permis aux patients de s'exprimer librement sur leurs représentations de l'antibiotique ou de la pathologie qui les ont amenés à consulter ainsi que leurs attentes.

Les questions ouvertes invitaient à une grande diversité et individualité dans les réponses des participants. Le canevas a été préservé après le deuxième entretien pilote et est resté modulable par la suite en fonction du déroulement de l'entretien.

- La constitution progressive de l'échantillon et les modes de recrutement divers, étendus dans plusieurs régions de France nous a permis de varier le type de patientèle et de médecins. Très peu ont été exclus de l'étude donc nous avons finalement obtenu un nombre important de participants dans le cadre d'une étude qualitative.

- Nous avons accordé une grande importance à la retranscription ad-verbatim des entretiens au fur et à mesure, en conservant toutes les ponctuations et expressions non-verbales. Le fait de retranscrire soi-même nous permettait de mieux nous approprier toutes les notions et de confronter directement avec l'entretien précédent pour en retirer les codes. La double lecture a également permis de renforcer la scientificité de notre étude.

### Limites

- La méthode des entretiens semi-dirigés est limitée par la disponibilité des patients au moment de l'entretien. Leur implication dans les questions était variable et dépendait beaucoup du temps dont ils disposaient. Parmi les plus pressés, certains entretiens ont été relativement courts contrairement à ce que requiert une étude qualitative, parfois une douzaine de minutes.

- Un biais de désirabilité était probable, les patients ayant tendance à apporter les réponses que le médecin voudrait entendre. Parmi ceux ayant exprimé une certaine malaisance avec la PDA, peu ont vraiment su expliquer pourquoi, en particulier les patients les plus âgés de notre étude.

Ce biais pouvait être particulièrement présent chez les patients que l'investigatrice (moi-même) a elle-même consulté.

- Parmi les médecins généralistes participants, aucun n'a relevé de refus de PDA exprimée par un patient à l'issue même de la consultation. Il aurait été intéressant dans le cadre de notre étude de recueillir le point de vue d'un patient ayant exprimé ce refus.

- Un biais de sélection était présent, les patients acceptant de participer à l'étude présentant d'emblée un minimum d'intérêt sur la question. De ce fait, notre échantillon contenait probablement une patientèle relativement éduquée sur le sujet. Sept de nos participants (sur dix-huit) avaient déjà entendu parler ou eu une prescription différée d'antibiotiques auparavant. Ce biais de sélection pourrait expliquer en partie pourquoi ce chiffre est un peu plus élevé que ceux retrouvés dans la littérature <sup>(30)(31)</sup>. Pour cela, nous ne nous sommes pas attardés sur l'influence du niveau d'éducation sur la prise d'antibiotiques. Les données de la littérature sont de toute manière divergentes sur le sujet et montrent que le lien entre niveau d'éducation et bon usage des antibiotiques n'est pas linéaire ni évident <sup>(32)(33)</sup>.

- Pour des raisons de temps, nous n'avons pas pu nous intéresser au devenir des boîtes de médicaments non utilisés. En effet, avoir des boîtes d'antibiotiques au domicile incite à une future auto-médication <sup>(28)</sup>, comme le précise la dernière version de la méta-analyse Cochrane <sup>(14)</sup>.

Pour que la PDA reste pertinente, il faudrait que les pharmacies demandent au patient de ramener la boîte si elle n'est pas utilisée, comme le préconise l'OMS.

- Tous les délais proposés par les médecins de notre étude ayant été de 48 heures, nous n'avons pas pu étudier l'influence de cette durée sur les attitudes des patients face à la PDA. Toutefois, d'après la thèse de Adrien Caffar, la durée de ce délai n'a pas montré de différence statistiquement significative sur la décision de consommer ou non l'antibiotique <sup>(21)</sup>. L'étude quantitative de 2012 dans treize pays européens n'a pas montré une moindre consommation d'antibiotiques non plus si le délai d'attente était plus long <sup>(10)</sup>.

- Les médecins sélectionnés et leur patientèle participante appartenaient surtout à des milieux urbains et semi-urbains, aucun à des milieux ruraux. La tendance à la prescription d'antibiotiques y étant plus élevée, il aurait été intéressant d'avoir plus de participants provenant de milieux ruraux.

- Enfin, comme toute méthode d'analyse qualitative, malgré nos techniques pour assurer un maximum de scientificité, il persiste une certaine subjectivité dans l'analyse et l'interprétation des résultats.

## Discussion des résultats face à la littérature

### **Des représentations variées des antibiotiques dans les connaissances populaires, influencées par des facteurs individuels et les campagnes de santé publique**

Bien que notre étude ne puisse pas tirer de conclusion quantitative, la nécessité d'utiliser les antibiotiques avec parcimonie est l'idée ressortie la plus fréquemment à leur propos, par 12 interviewés sur 18. La majorité a spontanément cité le fameux message de santé publique diffusé à partir des années 2000 « Les antibiotiques c'est pas automatique ». Plusieurs études ont démontré son impact sur la baisse de leur utilisation, par les patients comme par les prescripteurs <sup>(34)(35)</sup>. Cette baisse a été plus marquée pour des atteintes comme les rhinopharyngites ou les gripes, et observée jusqu'en 2009 <sup>(36)</sup>. Ce message rythmique semble donc avoir été largement retenu, et nous pouvons supputer son impact non négligeable sur la volonté générale de nos participants d'éviter les antibiotiques.

Ces campagnes pourraient être poursuivies et complétées : le rapport du colloque 2002 de l'IFAR <sup>(37)</sup> précise que ces interventions de santé publique ont plus de chances d'être efficaces si elles visent à changer les comportements plutôt qu'à répandre une information seule.

Beaucoup de nos participants ont déclaré vouloir consommer les antibiotiques avec parcimonie en raison de leur perte d'efficacité à force d'usage, entre autres. Si l'idée générale est correcte, leur schématisation du phénomène était souvent faux : ils pensaient que le corps humain s'habitue à l'antibiotique, le rendant inefficace sur l'utilisateur. De nombreuses études retrouvent cette tendance <sup>(32)(38)(39)</sup>. Peu avaient notion du germe résistant à l'antibiotique.

Cette interprétation, certes faussée, a toutefois l'avantage de garantir aux utilisateurs une certaine conscience des dangers de l'excès d'antibiotiques, ce qui les incite à moins en consommer.

Dans une étude qualitative néo-zélandaise de 2013 sur les réticences des patients à prendre des antibiotiques <sup>(38)</sup>, les participants comprenaient tout aussi peu le concept de résistance aux antibiotiques mais savaient qu'une utilisation excessive pouvait réduire leur efficacité dans le temps. Les chercheurs suggéraient de faire de cette réticence généralisée chez les patients une ressource pour l'éducation et la promotion de la santé. Ces idées communes, parfois associées à ces campagnes de santé publique, semblaient permettre à nos interviewés de donner du sens à prendre les antibiotiques en différé et donc de mieux adhérer à ce type de prescription.

Cependant, la notion de risque collectif n'a été que très peu soulevée chez eux, seulement deux ont évoqué des risques pour la santé collective à long terme. Une revue de la littérature de 2015 étudiant

les connaissances des patients sur la résistance aux antibiotiques <sup>(39)</sup> a révélé que la majorité d'entre eux ne se sentait pas personnellement impliquée dans ce risque puisqu'elle le pensait limité aux personnes qui utilisaient trop ou mal ces antibiotiques, associant la résistance à une habitude du corps humain. Ce défaut d'interprétation rendait les notions de risques collectifs et environnementaux difficiles à concevoir, malgré qu'ils constitueraient des arguments percutants pour comprendre et adhérer à la PDA. En outre, une bonne utilisation pratique de la PDA chez nos participants ne semblait pas dépendre de leur capacité à citer les termes de virus, bactérie ou autre, mais surtout de la compréhension générale des antibiotiques, de leur mécanisme de résistance, et de la conscience des risques collectifs. Bien que notre échantillon soit faible pour tirer une conclusion, nous n'avons pas observé une meilleure utilisation de la PDA chez les participants qui savaient correctement citer les termes de virus ou bactéries.

Cette tendance s'est retrouvée dans une étude quantitative britannique de 2003, qui s'intéressait aux réponses des patients face à la PDA dans les infections respiratoires hautes <sup>(29)</sup>. Elle mentionnait la proposition du Standing Medical Advisory Committee d'éduquer les patients aux différences réelles entre virus et bactérie, arguant que cela aiderait à réduire la consommation d'antibiotiques non-nécessaires. Or, elle n'a pas démontré d'association statistiquement significative entre les connaissances des patients sur les virus et les bactéries, et leur comportement avec les antibiotiques par la suite.

Par ailleurs, une autre étude qualitative de 1998 avait montré que ce genre d'éducation semblait plus porter les patients à confusion <sup>(40)</sup>.

Une autre confusion prédominait parmi nos interviewés, qui pensaient parfois l'antibiotique efficace pour s'attaquer aux symptômes eux-mêmes. Cette confusion pourrait s'expliquer de plusieurs façons :

- Seul face à ses symptômes, le patient pourrait empiriquement attribuer leur disparition à l'antibiotique, alors qu'elle est due à l'histoire naturelle de la maladie <sup>(41)</sup>.
- Certaines mauvaises attitudes de prescription des médecins eux-mêmes qui persistent encore aujourd'hui. En effet, on retrouve encore dans certaines études des prescriptions d'antibiotiques par les médecins à visée symptomatique, dans le groupe contrôle d'une étude interventionnelle allemande de 2007 <sup>(42)</sup>, mais aussi dans la plus récente thèse d'Adela Ghez et Julien Marc en 2013, où l'idée de traiter des symptômes comme la fièvre par des antibiotiques a été évoquée par certains médecins participants <sup>(22)</sup>. La nécessité de faire évoluer les connaissances et responsabiliser les médecins là-dessus est encore actuelle. Le manque de formation médicale par rapport aux antibiotiques en Europe, à l'antibiorésistance et le manque de mise à jour des professionnels de

santé a d'ailleurs été retrouvé dans la revue de la littérature de 2018 sur les déterminants de l'usage irrationnel des antibiotiques en Europe <sup>(32)</sup>.

Ces attitudes sont susceptibles d'alimenter la confusion chez les patients entre traitements symptomatiques et étiologiques : dans notre étude, certains participants attribuaient aussi un rôle aux traitements symptomatiques pour combattre l'infection. Par ailleurs, une étude de 2013 sur les croyances des patients sur les antibiotiques <sup>(38)</sup> a relevé que beaucoup essayaient de combattre les infections sans antibiotique, au moyen de diverses sources populaires : paracétamol, extrait de graine de pamplemousse, ail, huiles essentielles, etc. Elle n'a pas exploré le crédit qu'ils donnent exactement à ces différentes techniques pour combattre l'infection, mais l'imprécision des mécanismes qu'ils imaginent pourrait exagérer l'importance qu'ils accordent à tous ces traitements symptomatiques.

### **La PDA requiert une adaptation singulière au type d'infection et de patient**

A l'image de ce que l'on retrouve dans la littérature <sup>(28)(29)</sup>, les symptômes ayant conduit à la prise (ou leur absence à la non prise) de l'antibiotique les plus couramment cités dans notre étude étaient la douleur, la fatigue et la fièvre. Parmi ceux atteints de bronchite, l'encombrement et la quantité importante et compacte des sécrétions incitaient souvent à prendre les antibiotiques <sup>(38)</sup>. Beaucoup de nos participants ont évoqué le risque que l'infection « tombe dans les poumons », une représentation souvent mal interprétée et probablement entretenue par le fait que les médecins français prescrivent encore beaucoup d'antibiotiques dans les bronchites <sup>(8)</sup>.

La nature de l'infection respiratoire influençait la façon dont nos participants utilisaient la PDA. Les OMA pédiatriques semblent avoir le plus laissé les parents dans l'incertitude : elles ne sont pas visibles à l'œil nu et les enfants n'expriment pas leur douleur de la même façon <sup>(43)</sup>. Du fait de leurs expériences passées, la plupart de ces parents associaient l'otite de l'enfant à la prise d'antibiotiques, sans lesquels des complications qu'ils n'ont pas explicité pouvaient survenir selon eux <sup>(20)(38)</sup>. Dans une étude américaine de 2003 sur les OMA de l'enfant <sup>(44)</sup>, les parents étaient aussi très coutumiers du traitement antibiotique pour les otites : leur fournir uniquement un traitement antalgique avait tendance à les contrarier. Nous pourrions donc penser que les parents concernés s'attendraient plutôt à une décision tranchée dans l'OMA, et non à une prise d'antibiotiques en différé à évaluer eux-mêmes, et cela pose la question de la PDA dans l'OMA de l'enfant versus une nouvelle consultation à 48 heures.

Toutefois, les données de la littérature retrouvent que l'OMA ainsi que la sinusite sont deux motifs pertinents pour la PDA : d'une part les symptômes ne doivent pas durer si l'affection est virale, ce

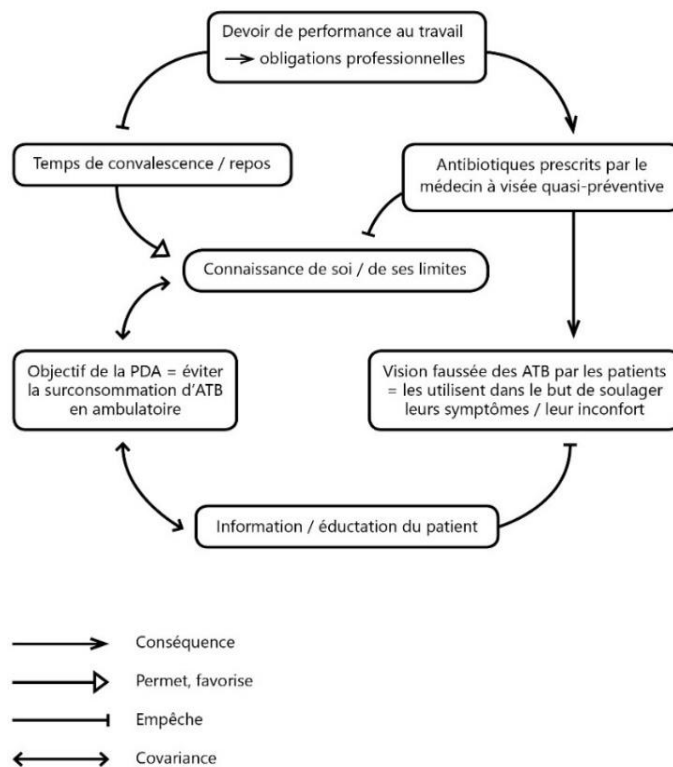
qui est rapide à évaluer, d'autre part s'ils durent, les complications infectieuses ne sont pas si rares donc l'antibiotique a sa place <sup>(28)</sup>.

Dans les infections respiratoires basses, en revanche, il est tout à fait normal que les symptômes persistent plus de dix jours contrairement à ce que pensent les patients : la consommation d'antibiotiques dans la PDA avec un délai de 48h est donc plus élevée dans les infections respiratoires basses que dans les infections respiratoires hautes <sup>(10)</sup>. Pour ces raisons, en Norvège la prescription d'antibiotiques est simplement déconseillée dans les infections respiratoires basses type bronchite <sup>(12)(16)</sup>.

Si la taille de notre échantillon est trop faible, on notera tout de même que sur les onze infections respiratoires hautes, quatre ont consommé l'antibiotique, et sur les sept bronchites, quatre ont consommé l'antibiotique également.

Avoir une activité professionnelle prenante ou être jeune parent semble permettre d'apprécier la PDA pour le gain de temps qu'elle procure, évitant une deuxième consultation <sup>(20)(27)</sup>. Cependant, ce genre de patients seraient plus enclins à consommer l'antibiotique dans l'espoir d'être rétablis rapidement et pouvoir être de nouveau productifs au travail <sup>(45)</sup>. Dans notre étude, sur les trois patients qui ont consommé l'antibiotique avant les 48 heures requises, deux ont déclaré l'avoir fait en raison d'obligations professionnelles. Le délai de repos des participants ayant bénéficié d'un arrêt de travail leur a permis de réaliser qu'ils n'avaient pas besoin de l'antibiotique.

Dans l'étude PAAIR 2, l'arrêt de travail était une technique également utilisée pour éviter une prescription d'antibiotique en excès, mais nous n'avons pas de données quant à son efficacité <sup>(8)</sup>.



**SCHÉMA 1**

Également, l'usage de la PDA variait chez les participants en fonction de leur capacité personnelle à mobiliser leur vécu et leurs ressources. La plupart d'entre eux s'est déclarée globalement à l'aise avec cela, une majorité plusieurs fois retrouvée dans les études quantitatives <sup>(28)(29)</sup>.

Certains ont toutefois émis plus de réserve, une catégorie de participants qualifiable de demandeurs implicites d'antibiotiques. En effet, les attentes des patients sont rarement explicites et souvent non communiquées au médecin <sup>(40)</sup>, et les patients qui désirent un antibiotique sont plus susceptibles de le consommer <sup>(10)(21)</sup>. La thèse de Noémie Henriet et William Reynier en 2016 <sup>(24)</sup> soutenait que pour limiter le mésusage de la PDA, il paraissait intéressant d'identifier cette population de demandeurs.

Dans notre étude, une demande implicite semblait émaner des patients ayant longtemps connu une médecine plus prescriptrice d'antibiotiques.

Les participants les plus âgés de notre étude, de la génération où les prescriptions d'antibiotiques étaient très courantes dans les affections respiratoires, semblaient conserver cette idée de les guérir avec des antibiotiques et donc surpris de devoir attendre <sup>(20)</sup>. Une étude britannique de 2015 rapportait que les plus âgés avaient tendance à moins accepter la PDA <sup>(30)</sup>, mais ne précisait pas les raisons pour lesquelles cette tranche d'âge était moins en faveur. Les observations de notre étude pourraient donc constituer une piste.

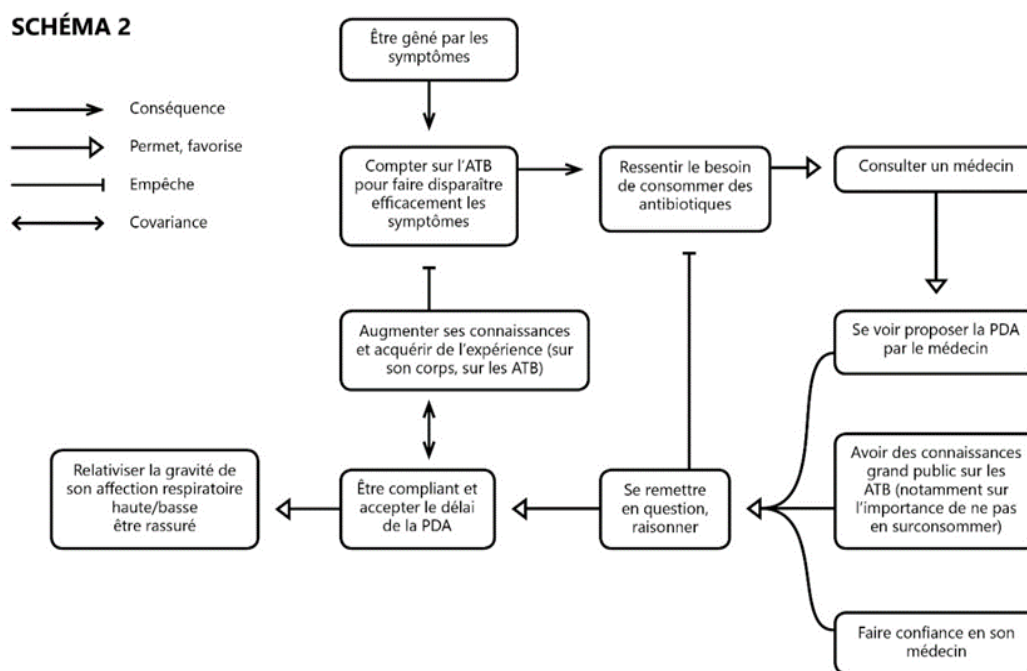


Un participant plus jeune mais arrivé en France depuis quelques années après avoir vécu dans un pays du Moyen-Orient beaucoup plus prescripteur d'antibiotiques, a semblé surpris de cette technique pour des raisons similaires.

Peu d'études ont été faites pour comparer l'utilisation des antibiotiques en France et au Moyen-Orient, mais nous pouvons faire le parallèle avec les différences observées au sein des pays d'Europe <sup>(32)</sup>. Dans les pays les plus consommateurs et prescripteurs, le médecin ne peut pas se dire incertain du diagnostic car cela entacherait son autorité envers le patient. L'antibiotique, symbole de pouvoir et d'expertise, offre une réassurance psychologique à la fois pour le patient et pour le médecin <sup>(45)</sup>.

Cette opposition avec ce schéma a pu créer un inconfort psychologique chez notre participant, susceptible d'entraver le bon usage de la PDA.

Parmi ces participants plus demandeurs, il est intéressant de noter que tous ont consommé l'antibiotique, dont deux avant le délai indiqué.



## La PDA, inhérente à l'évolution de la relation médecin-malade au fil des décennies, incombe aux médecins une attitude nouvelle envers les patients

Par définition, la PDA s'inscrit dans la décision médicale partagée et s'oppose à l'ancien schéma médecin-malade paternaliste qui reposait plus intégralement sur la décision de l'autorité médicale. Une bonne communication y est essentielle, afin de mieux appréhender les véritables attentes des patients. En effet, la littérature rapporte que les médecins surestiment souvent l'attente d'un

antibiotique de leur part <sup>(40)</sup>, et peuvent les prescrire en pensant entretenir une bonne relation médecin-malade, alors qu'en réalité la satisfaction des patients serait plus liée au temps d'information, de réassurance et de soulagement de la douleur qu'à la prescription de l'antibiotique <sup>(47)</sup>. Ces trois éléments vont de pair avec la PDA qui présente un bon compromis dans ce genre de situation : elle diminuerait le taux de consommation d'antibiotique tout en maintenant le patient satisfait, sans risque significativement majoré de complications <sup>(14)</sup>.

Certains de nos participants ont naturellement saisi ce schéma, qui aide à comprendre l'absence de certitude médicale au temps t et le caractère évolutif de ce type d'affections.

En revanche, ce schéma a semblé mettre les plus âgés dans l'inconfort, possiblement du fait de son contraste avec le modèle plus paternaliste qu'ils ont connu. Quant au cas du participant ayant grandi à l'étranger, une revue de la littérature franco-norvégienne de 2015 a montré que cette acceptation d'un stade « entre deux » présentait certaines variabilités culturelles en Europe <sup>(45)</sup> mais que si le médecin fait comprendre au patient que l'absence de décision tranchée à ce stade est normale, le patient n'aura pas moins confiance malgré l'absence de diagnostic « clair », et l'antibiotique n'aura plus cette importance symbolique.

Si elle reste accessible et à leur niveau, les participants étaient globalement favorables à endosser une plus grande part de responsabilité qu'implique la PDA. Pour les médecins, elle constitue un moment privilégié pour éduquer et responsabiliser les patients <sup>(20)(27)(48)</sup>. Avant de leur remettre cette responsabilité, ils doivent cependant cerner et déceler leur satisfaction de cette approche pour anticiper un éventuel mésusage <sup>(27)(30)(48)</sup>. En effet, beaucoup de nos participants eux-mêmes ont rapporté que la PDA n'est pas adaptée à tous les individus.

Pour ces raisons, certains participants ont avancé que la PDA était plus adaptée par un médecin connu ou qui les suivait <sup>(20)</sup>. Dans ce cas, le lien de confiance nécessaire à toute prescription d'antibiotiques en général en médecine ambulatoire <sup>(46)</sup> et encore plus en PDA pour assurer son bon usage <sup>(20)(30)</sup> était déjà établi. Le médecin doit avoir confiance en son patient pour lui remettre une telle ordonnance et lui attribuer cette part de responsabilité, et le patient doit avoir confiance en son médecin pour mieux appréhender et utiliser la PDA.

## Perspectives

La PDA s'inscrit dans l'évolution du lien médecin-patient, qui laisse plus de place à ce dernier dans sa prise en charge. Si une plus grande part de responsabilité est accordée au patient, elle doit rester justement répartie et la PDA ne doit pas décharger celle du médecin.

Par ailleurs, cette méthode est inhérente d'un temps de dialogue avec le patient, où le médecin explique les enjeux et les consignes de consommation de l'antibiotique, mais qui paraît souvent incomplet : nos interviewés laissaient parfois entendre que les consignes données par les médecins étaient assez générales voire arbitraires. Plus que toute autre prescription, la PDA devrait donc fournir des consignes très claires, étiquetées et adaptées aux caractéristiques des patients <sup>(20)(22)</sup>, à la pathologie concernée, en particulier pour l'OMA dont l'évaluation par les parents pour la prise d'antibiotiques était la plus ardue.

Toutefois, l'OMA demeure parmi les motifs les plus pertinents pour appliquer la PDA, autant d'un point de vue microbien que de la rapidité d'évolution des symptômes, comme le rapportent les recommandations norvégiennes et anglaises <sup>(11)(12)</sup>. Si les parents sont dans l'impossibilité de reconsulter à 48h, il semble donc judicieux de pratiquer la PDA sur l'OMA si possible avec un bon accompagnement, en amont comme en aval, et une meilleure information, des consignes de prise d'antibiotique claires et simples. Si possible, associer des brochures d'information comme l'avait proposé la campagne Antibios quand il faut <sup>(46)</sup>, et dont le bénéfice a été démontré par beaucoup d'études <sup>(21)(31)</sup>.

Le délai d'attente conseillé dans la PDA est souvent de 48 heures par défaut dans les pays sans recommandations officielles. Il mériterait cependant d'être adapté en fonction de l'ancienneté des symptômes et de l'atteinte concernée <sup>(10)</sup>, en particulier pour les infections respiratoires basses où les symptômes persistent volontiers plus de dix jours en cas d'atteinte virale, contrairement à ce que pensent les patients. Les recommandations britanniques NICE préconisent un délai d'attente allant parfois jusqu'à sept jours en cas de bronchite suspecte <sup>(11)</sup>. Etant donné la longueur du délai, demander au patient de reconsulter semble plus pertinent. De façon générale, il faudrait pouvoir diminuer la prescription d'antibiotiques dans les bronchites en France car cela semble entretenir l'idée reçue qu'une affection bronchique qui dure plusieurs jours nécessite des antibiotiques, et cela passe par une amélioration de la formation initiale et continue des médecins.

Ce temps de dialogue permettrait également d'expliquer aux patients de façon vulgarisée le principe des antibiotiques, pour leur faire comprendre que le germe causant l'infection devient résistant lui-même aux antibiotiques, et que disséminé dans la nature par la suite, le risque de résistance est

collectif et non individuel. Également, il faut pouvoir les aider à distinguer traitement de la cause et traitement des symptômes <sup>(20)</sup>, en s'assurant qu'ils aient compris plutôt qu'appris. Pour cela, ils pourraient s'appuyer sur des outils récemment élaborés par Santé Publique France en collaboration avec la CPAM et leur fournir les fiches explicatives de non-prescription d'antibiotiques, ainsi que l'espace en ligne AntibioMalin <sup>(49)</sup>, qui ne sont à ce jour respectivement utilisées que par 15% et 1% des médecins <sup>(7)</sup>.

Le médecin doit pouvoir prendre aussi ce temps pour individualiser chaque patient et adapter son discours : pour les plus demandeurs, expliquer que l'absence de prise de décision n'est pas signe d'incompétence mais au contraire d'optimisation du rapport bénéfice-risque par rapport à une prescription d'antibiotique potentiellement inutile. Pour les personnes âgées en capacité de gérer la décision, il faudrait leur expliquer les raisons des changements avec les pratiques d'antan vis-à-vis des antibiotiques <sup>(20)(30)</sup>.

Bien entendu, la PDA est à proscrire pour les personnes âgées trop vulnérables chez qui déconstruire de vieux schémas ancrés paraît impossible.

Pour les patients actifs, prescrire un temps de repos pourrait dans certaines situations leur éviter de prendre l'antibiotique dans l'espoir de mieux remplir leurs obligations professionnelles.

Pour les moins à l'aise avec la prise de décision à 48 heures, prévoir un temps de disponibilité en aval à travers une consultation a minima téléphonique serait une bonne solution, mais plutôt réservée aux médecins qui suivent régulièrement le patient.

Toutefois, le manque de temps constitue un obstacle à beaucoup d'éléments dans la pratique des médecins généralistes, notamment pour la PDA <sup>(20)(22)</sup>. Comme nos participants l'avaient exprimé, elle ne peut pas être une consultation expéditive, au risque d'être mal comprise et mal utilisée.

Si le rythme actuel des médecins généralistes dépasse difficilement quinze minutes par patient, il est toutefois important de souligner que ce temps d'explications est justifié par l'épargne d'une nouvelle consultation.

Enfin, il faut continuer à promouvoir davantage les connaissances générales sur les antibiotiques dans la population, qui est elle-même demandeuse <sup>(32)</sup>, poursuivre et renouveler les campagnes de santé publique.

## Conclusion

L'acceptation et l'usage de la PDA dans les infections respiratoires chez les patients dépend de l'intrication d'une multitude de facteurs.

Leur niveau d'information sur les antibiotiques déterminé entre autres par leur milieu, leur entourage et les campagnes de santé publique, semblait jouer un rôle. Cependant, ce niveau ne semblait pas garantir d'une bonne appréhension de la PDA et d'un usage approprié par les patients. Ces facteurs dépendaient surtout de leur compréhension générale des antibiotiques et de leur conscience du danger à long terme pour la santé individuelle et collective.

Ils dépendaient également d'une éventuelle confusion entre les traitements symptomatiques et étiologiques. Elle pouvait amener les patients à consommer l'antibiotique dans le but d'agir directement sur leurs symptômes, occasionnant une prise excessive dans la PDA.

En effet, malgré notre échantillon faible, on note que 44% de nos participants ont tout de même consommé l'antibiotique, ce qui reste une part non négligeable et superposable aux autres résultats de la littérature.

Pour ces raisons, il paraît nécessaire de poursuivre les campagnes de santé publique et répandre toujours plus d'informations simples et accessibles sur le fonctionnement des antibiotiques. Il faudrait permettre plus de temps d'échange avec les médecins sur ces sujets courants, mais aussi améliorer la formation des professionnels de santé eux-mêmes. Ces derniers pourraient promouvoir le partage aux patients de fiches de non prescription d'antibiotiques récentes élaborées par la CPAM et Santé Publique France, régulièrement mises à jour et facilement accessibles sur le net comme AntibioMalin.

De nombreux patients actifs appréciaient la PDA pour le gain de temps qu'elle procurait, toutefois leur incitation à retourner travailler rapidement pouvaient les rendre plus enclins à consommer l'antibiotique dans l'espoir de guérir plus vite. Un temps de convalescence associé à la PDA semble donc parfois nécessaire pour éviter de consommer l'antibiotique en excès.

Parmi les patients les plus demandeurs se trouvaient ceux ayant vécu une médecine plus paternaliste et plus consommatrice d'antibiotiques comme les personnes âgées ou provenant d'un autre pays, plus enclins également à consommer l'antibiotique.

La capacité personnelle des patients à mobiliser leurs ressources et leur vécu s'est présentée comme un facteur majeur dans la décision de consommer l'antibiotique ou pas : subjectif et très variable en fonction des patients, la PDA est donc une décision médicale à personnaliser en fonction de chaque

situation rencontrée. Le médecin doit cerner le patient pour adapter sa prescription et son dialogue, éventuellement développer avec lui ses ressources personnelles pour l'aider à les mobiliser. Il doit également l'adapter au type d'infection respiratoire concernée. La littérature montre qu'elle est bien adaptée pour l'OMA de l'enfant du fait de son évolution rapide, mais dans notre étude, elle laissait souvent les parents inquiets. Le médecin doit donc fournir des informations et consignes claires, adaptées, rassurer, éventuellement utiliser un support écrit et surtout être disponible en aval. La PDA est moins adaptée dans les bronchites non surinfectées qui sont très souvent virales et dont l'évolution plus lente a incité les patients à consommer l'antibiotique à 48 heures. En cas de suspicion de surinfection, il faudrait éventuellement prolonger le délai d'attente après le début des symptômes et ne pas négliger les outils CPAM à disposition pour les patients.

La PDA s'inscrit dans un schéma relationnel moderne avec le patient, plus horizontal qu'autrefois. Il invite le patient à participer activement à sa prise en charge à travers un dialogue axé sur la communication, à la recherche de ses attentes et craintes par rapport aux antibiotiques.

Pour certains patients, ce type de relation pouvait être déstabilisant et le médecin doit s'adapter à leur diversité, notamment culturelle et générationnelle. Il peut leur faire comprendre que dans certains cas, l'absence de décision tranchée devient plus pertinente qu'une décision binaire d'emblée qui pouvait sembler à tort plus confortable et rassurante pour eux.

En outre, la PDA majore la responsabilité du patient qui effectue un travail actif à l'issue de la consultation, une tâche qui doit rester adaptée et à sa portée. Pour cela, le médecin doit faire confiance au patient. Réciproquement, la confiance du patient en son médecin garantit une meilleure compliance, compréhension de la PDA et un meilleur usage.

L'ensemble de ces éléments nécessaires à une bonne démarche de PDA nécessitent du temps, qui peut être justifié par l'absence d'une deuxième consultation.

## Liste des abréviations

PDA : Prescription différée d'antibiotiques

OMA : Otite moyenne aiguë

NICE : National Institute of Health and Care Excellence

DREES : Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

DERMG : Département d'enseignement et de recherche en médecine générale

CERNI : Comité d'éthique sur les recherches non interventionnelles

BPCO : Broncho-pneumopathie obstructive chronique

ESD : Entretien semi-dirigé

ATCD : Antécédents

ATB : Antibiotiques

IFAR : International Forum on Antibiotic Resistance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

## Références bibliographiques

- (1) Revue de presse de l'Eurobaromètre 2016 [Surveys - Eurobarometer \(europa.eu\)](http://ec.europa.eu/eurobarometer/)
- (2) Etienne C, Pulcini C. *Prospective cross-sectional study of antibiotic prescriptions in a sample of French general practitioners*. Presse Medicale 2015 Mar;44(3):e59-66. DOI: 10.1016/j.lpm.2014.07.022. PMID: 25650299
- (3) Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.  
<http://www.sante.gouv.fr/plan-national-d-alerte-sur-les-antibiotiques-2011-2016.html>
- (4) Rapport de l'OMS en 2014 sur la résistance aux antibiotiques :  
"à moins que les nombreux acteurs concernés n'agissent d'urgence, de manière coordonnée, le monde s'achemine vers une ère post-antibiotique, où les infections courantes et des blessures mineures qui ont été soignées depuis des décennies pourraient de nouveau tuer"
- (5) Herman Goossens, Matus Ferech, Robert Vander Stichele, Monique Elseviers, ESAC Project Group, *Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance : a cross-national database study*, Lancet 2005 Feb 12-18;365(9459):579-87. doi: 10.1016/S0140-6736(05)17907-0. PMID: 15708101.
- (6) Alexander Kiderman, MD; Guy Marciano, BSc; Tali Bdolah-Abram, MA; et al, *Bias in the Evaluation of Pharyngitis and Antibiotic Overuse*, Arch Intern Med. 2009 Mar 9;169(5):524-5. doi: 10.1001/archinternmed.2008.596. PMID: 19273784.
- (7) Pierre Verger, Lisa Fressard, Anne-Fleur Jacquemot (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur) Maxime Bergeat, Noémie Vergier (DREES), *Un médecin généraliste sur deux est confronté à des problèmes d'antibiorésistance*, DREES, janvier 2022 ER1217.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)
- (8) C Attali, S. Rola, V. Renard, *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*, Janvier 2008, étude PAAIR 2 exercer 2008;82:66-72.
- (9) Michael E. Pichichero, MD, *Understanding Antibiotic Overuse for Respiratory Tract Infections in Children*, Pediatrics. 1999 Dec;104(6):1384-8. doi: 10.1542/peds.104.6.1384. PMID: 10585992.
- (10) Francis NA, Gillespie D, Nuttall J, Hood K, Little P, Verheij T, Goossens H, Coenen S, Butler CC. *Delayed antibiotic prescribing and associated antibiotic consumption in adults with acute cough*. Br J Gen Pract. 2012 Sep;62(602):e639-46.
- (11) Respiratory tract infections—antibiotic prescribing: Prescribing for antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Jul. PMID: 21698847.
- (12) Lindbæk M, Jensen S, Eliassen KE, Fetveit A, Grude N, Berild D, Hjørtedahl P. *New guidelines for use of antibiotics in the primary health care service*. idsskr Nor Laegeforen. 2013 May 28;133(10):1052-3. English, Norwegian. doi: 10.4045/tidsskr.13.0465. PMID: 23712162.  
<https://tidsskriftet.no/en/2013/05/new-guidelines-use-antibiotics-primary-health-care-service>



- (13) Bruce Arroll, Tim Kenealy, Ngaire Kerse, *Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections ? A systematic review*, Br J Gen Pract. 2003 Nov;53(496):871-7. Erratum in: Br J Gen Pract. 2004 Feb;54(499):138. PMID: 14702908; PMCID: PMC1314731.
- (14) Méta-analyse Cochrane, la dernière version :  
Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. *Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections*. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 7;9(9):CD004417.
- (15) Paul Little, Michael Moore, Jo Kelly, Ian Williamson, Geraldine Leydon, Lisa McDermott, Mark Mullee, Beth Stuart, PIPS Investigators University of Southampton "Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care : pragmatic, factorial, randomised controlled trial", BMJ. 2014 Mar 6;348:g1606. doi: 10.1136/bmj.g1606. PMID: 24603565; PMCID: PMC3944682.
- (16) Little P, Stuart B, Hobbs FD, Butler CC, Hay AD, Delaney B, Campbell J, Broomfield S, Barratt P, Hood K, Everitt H, Mullee M, Williamson I, Mant D, Moore M; DESCARTE investigators. *Antibiotic prescription strategies for acute sore throat: a prospective observational cohort study*. Lancet Infect Dis. 2014 Mar;14(3):213-9.
- (17) Little, Paul et al. "Predictors of suppurative complications for acute sore throat in primary care: prospective clinical cohort study" BMJ (Clinical research ed.) vol. 347 f6867. 25 Nov. 2013
- (18) Theresa A. Rowe, DO, Jeffrey A. Linder, MD, "Delayed Antibiotic Prescriptions in Ambulatory Care : Reconsidering a Problematic Practice" JAMA 2020 May 12;323(18):1779-1780. doi: 10.1001/jama.2020.2325. PMID: 32297898.
- (19) Thèse de Damien Boudon « Usage de la PDA dans la rhinopharyngite aiguë de l'enfant. Audit auprès de médecins généralistes du Sud de l'Essonne par rapport à la recommandation de l'AFSSAPS 1999 pour les rhinopharyngites aiguës de l'enfant de 1 à 6 ans », 2005
- (20) Thèse de Emilie Khalifa, *Etude des freins et des facteurs facilitant la mise en pratique de l'antibiothérapie différée dans l'Otite Moyenne Aiguë chez l'enfant en médecine générale. Enquête qualitative réalisée auprès de médecins généralistes Charentais en 2012*
- (21) Thèse de Adrien Caffar, *Le devenir des PDA en soins primaires : étude transversale descriptive évaluant le taux de consommation d'antibiotique en fonction des déterminants à sa prescription dans la pratique courante des médecins généralistes*, 2017
- (22) Thèse de Adela Ghez et Julien Marc, « Analyse qualitative de la prescription différée d'antibiotiques par des médecins généralistes : étude dans les infections respiratoires hautes et basses (en dehors de la pneumopathie) de l'enfant de plus de 2 ans et de l'adulte sain », 2013
- (23) Thèse de Mélanie Bourdel, « La PDA : son recours dans les infections respiratoires hautes en médecine générale », 2015
- (24) Thèse de Noémie Henriet et William Reynier « Etude quantitative du mésusage de la prescription différée d'antibiotiques dans les infections respiratoires en Médecine Générale », 2016

- (25) Dowell J, Pitkethly M, Bain J, Martin S. *A randomised controlled trial of delayed antibiotic prescribing as a strategy for managing uncomplicated respiratory tract infection in primary care*. Br J Gen Pract. 2001 Mar;51(464):200-5 PMID: 11255901; PMCID: PMC1313951.
- (26) Jean-Pierre Lebeau, *Initiation à la recherche qualitative en santé*, Global Média Santé 2021, CNGE productions
- (27) Arroll B, Goodyear-Smith F, Thomas DR, Kerse N. *Delayed antibiotic prescriptions: what are the experiences and attitudes of physicians and patients ?* J Fam Pract. 2002 Nov;51(11):954-9. PMID: 12485551.
- (28) Høye S, Frich JC, Lindbæk M. *Use and feasibility of delayed prescribing for respiratory tract infections : a questionnaire survey*. BMC Fam Pract. 2011 May 18;12:34. doi: 10.1186/1471-2296-12-34. PMID: 21592334; PMCID: PMC3114766.
- (29) Edwards M, Dennison J, Sedgwick P. *Patients' responses to delayed antibiotic prescription for acute upper respiratory tract infections*. Br J Gen Pract. 2003 Nov;53(496):845-50. PMID: 14702903; PMCID: PMC1314726.
- (30) McNulty CA, Lecky DM, Hawking MK, Quigley A, Butler CC. *Delayed/back up antibiotic prescriptions: what do the public think ?* BMJ Open. 2015 Nov 27;5(11):e009748. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009748. PMID: 26614626; PMCID: PMC4663434.
- (31) Bunten AK, Hawking MKD, McNulty CAM. *Patient information can improve appropriate antibiotic prescribing*, UK, 2015, www.nursinginpractice.com
- (32) Machowska A, Stålsby Lundborg C. *Drivers of Irrational Use of Antibiotics in Europe*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16, 27. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010027>
- (33) McNulty CA, 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. 2007 Apr;59(4):727-38. doi: 10.1093/jac/dkl558. Epub 2007 Feb 16. PMID: 17307770
- (34) Sabuncu E, David J, Bernède-Bauduin C, Pépin S, Leroy M, Boëlle PY, Watier L, Guillemot D. *Significant reduction of antibiotic use in the community after a nationwide campaign in France, 2002-2007*. PLoS Med. 2009 Jun 2;6(6):e1000084. doi: 10.1371/journal.pmed.1000084. Epub 2009 Jun 2. PMID: 19492093; PMCID: PMC2683932.
- (35) Huttner B, Harbarth S. *"Antibiotics are not automatic anymore"--the French national campaign to cut antibiotic overuse*. PLoS Med. 2009 Jun 2;6(6):e1000080. doi: 10.1371/journal.pmed.1000080. Epub 2009 Jun 2. PMID: 19492081; PMCID: PMC2683568.
- (36) Chahwakilian P, Huttner B, Schlemmer B, Harbarth S. *Impact of the French campaign to reduce inappropriate ambulatory antibiotic use on the prescription and consultation rates for respiratory tract infections*. J Antimicrob Chemother. 2011 Dec;66(12):2872-9. doi: 10.1093/jac/dkr387. Epub 2011 Sep 29. PMID: 21965428.
- (37) Finch RG, Metlay JP, Davey PG, Baker LJ; International Forum on Antibiotic Resistance colloquium. *Educational interventions to improve antibiotic use in the community: report from the International Forum*

on Antibiotic Resistance (IFAR) colloquium, 2002. Lancet Infect Dis. 2004 Jan;4(1):44-53. Erratum in: Lancet Infect Dis. 2004 Mar;4(3):185. PMID: 14720568.

(38) Norris Pauline et al. "Public Beliefs about Antibiotics, Infection and Resistance : A Qualitative Study." Antibiotics (Basel). 2013 Nov 5;2(4):465-76. doi: 10.3390/antibiotics2040465. PMID: 27029314; PMCID: PMC4790263.

(39) McCullough AR, Parekh S, Rathbone J, Del Mar CB, Hoffmann TC. *A systematic review of the public's knowledge and beliefs about antibiotic resistance.* J Antimicrob Chemother. 2016 Jan;71(1):27-33. doi: 10.1093/jac/dkv310. Epub 2015 Oct 12. PMID: 26459555.

(40) Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. *Understanding the culture of prescribing : qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats.* BMJ. 1998 Sep 5;317(7159):637-42. doi: 10.1136/bmj.317.7159.637. PMID: 9727992; PMCID: PMC28658.

(41) 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 1997; 315 :1211 doi:10.1136/bmj.315.7117.1211

(42) Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. *Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients : a cluster-randomized intervention study.* J Antimicrob Chemother. 2007 Sep;60(3):638-44. doi: 10.1093/jac/dkm254. Epub 2007 Jul 10. PMID: 17626023.

(43) Thèse de Romain Clavelin-Truchon, *Antibiothérapie dans l'OMA de l'enfant de moins de 6 ans : enquête de pratique auprès de médecins généralistes de Lyon et de sa périphérie*, 2015

(44) Siegel RM, Kiely M, Bien JP, Joseph EC, Davis JB, Mendel SG, Pestian JP, DeWitt TG. *Treatment of otitis media with observation and a safety-net antibiotic prescription.* Pediatrics. 2003 Sep;112(3 Pt 1):527-31. doi: 10.1542/peds.112.3.527. PMID: 12949278.

(45) Touboul-Lundgren P, Jensen S, Drai J, Lindbæk M. *Identification of cultural determinants of antibiotic use cited in primary care in Europe : a mixed research synthesis study of integrated design "Culture is all around us".* BMC Public Health. 2015 Sep 17;15:908. doi: 10.1186/s12889-015-2254-8. PMID: 26381376; PMCID: PMC4574721.

(46) Campagne « Antibios quand il faut© » mise en place dans le département des Alpes-Maritimes C. Pradier, B. Dunais, C. Ricort-Patitano, S. Maurin, A. Andreini, P. Hofliger, M.-L. Durant, E. Joulié, D. de Ricaud, J.C. Mabriez, J.M. Muller, P. Touboul, P. Bruno, H. Carsenti, P. Dellamonica, pour le Groupe d'étude et de prévention des infections de l'enfant (Gepie©), Médecines et maladies infectieuses, 2003

(47) Lundkvist J, Akerlind I, Borgquist L, Mölsted S. *The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice.* Fam Pract. 2002 Dec;19(6):638-40. doi: 10.1093/fampra/19.6.638. PMID: 12429667.

(48) Høye S, Gjelstad S, Lindbaek M. *Effects on antibiotic dispensing rates of interventions to promote delayed prescribing for respiratory tract infections in primary care.* Br J Gen Pract. 2013 Nov;63(616):e777-86. doi: 10.3399/bjgp13X674468. PMID: 24267861; PMCID: PMC3809431.

(49) <https://www.sante.fr/antibiomalins> Les antibiotiques : soyons malins, utilisons-les mieux (sante.fr)

## Annexe 1 : Guide d'entretien

### Texte préliminaire à l'entretien

« Bonjour,

*Merci d'avoir donné une réponse positive et d'accepter de participer à mon travail sur la prescription différée d'antibiotiques. Je suis une collègue du Dr X, et cet entretien va revenir sur la consultation que vous avez eue avec lui/elle il y a une dizaine de jours, afin de recueillir des données nationales qui nous permettraient par la suite d'améliorer les prises en charge futures pour les patients.*

*Nous vous rappelons que l'anonymisation de vos données et de tout ce que vous nous communiquerez dans cet entretien est garantie par la protection des données dans le cadre du comité d'éthique, le CERNI, et aucune de vos réponses ne peut être identifiée comme nous l'avions précisé au préalable dans la signature du consentement.*

*A présent je vais vous poser une dizaine de questions, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ceci n'est pas une évaluation et il est important d'y répondre seulement en fonction de votre ressenti et de vos connaissances.*

*Si vous êtes d'accord, on peut commencer. »*

### Guide d'entretien

#### **1) Est-ce que vous pourriez me décrire, avec vos mots à vous et ce que vous en savez, ce qu'est un antibiotique ?**

Relances possibles :

- Savez-vous contre quoi les antibiotiques sont utilisés ?
- Dans quelle mesure un antibiotique peut-il être néfaste selon vous/connaissez-vous les effets indésirables ? Cela impacte-t-il l'utilisation que vous en faites ?

#### **2) Avant de vous rendre à cette consultation chez votre médecin généraliste, à quel degré d'inquiétude auriez-vous jugé vos symptômes (ou ceux de votre enfant) ?**

Relances possibles :

- Est-ce que vous étiez particulièrement inquiet(e) ?
- Qu'est-ce que qui vous dérangeait le plus ?

#### **3) Qu'attendiez-vous comme traitement de la part de votre médecin ?**

Relances possibles :

- Est-ce que vous vous attendiez à avoir un antibiotique ?
- Vous attendiez-vous à avoir un autre traitement, si oui le(s)quel(s) ?

#### **4) Racontez-moi les expériences passées avec les ATB dont vous vous souvenez (pour vous ou votre enfant).**

Relances possibles :

- Avez-vous déjà eu une expérience particulière avec les antibiotiques, bonne ou mauvaise ?
- Des effets indésirables graves ou au contraire une guérison grâce aux antibiotiques ?

**5) Par rapport à la prescription différée d'antibiotique que vous avez eu : qu'avez-vous pensé de l'avoir en différé ?**

Relances possibles

- Étiez-vous plutôt surpris(e) ?
- Auriez-vous préféré une prescription classique ?
- Était-ce pratique pour vous ?

**6) Expliquez-moi les éventuelles appréhensions ou inquiétudes que ce type d'ordonnance aurait pu provoquer pour vous.**

Relances possibles :

- Avez-vous bien compris les explications du médecin, était-ce assez clair ?
- Quelles ont été ces explications ?

**7) Comment avez-vous pris la décision d'utiliser l'antibiotique ou pas ?**

Relances possibles :

- Si vous l'avez pris, l'avez-vous pris avant le délai ou après ?
- Quelles sont les raisons qui ont fait que vous avez consommé l'antibiotique ?

**8) Qu'avez-vous pensé du fait d'avoir à prendre cette décision partiellement par vous seul(e), par le fait d'être autonomisée ainsi par le médecin ?**

Relances possibles :

- Avez-vous ressenti une pression particulière ?
- Vous êtes-vous senti(e) trop responsabilisé(e) ?
- L'avez-vous plutôt ressenti comme un soulagement ou au contraire un « abandon » dans la décision ?

**9) Dans l'ensemble, quelle est votre satisfaction de cette prise en charge « partagée » entre vous et le médecin ?**

Relances possibles :

Étiez-vous satisfaite, peu satisfaite, sans avis ?

**10) Avez-vous des suggestions pour améliorer ce type de prise en charge ?**

## Annexe 2 : Texte d'annonce pour le recrutement des médecins généralistes participants

« Cher(e) collègue,

Je suis médecin remplaçante en région niçoise et effectue ma thèse sur la prescription différée d'antibiotiques (PDA) dans les infections respiratoires sur une patientèle de médecins généralistes français.

Elle consiste à conseiller au patient de ne prendre l'antibiotique qu'après un certain délai en fonction de l'évolution de la maladie, lorsque le stade ne nous permet pas encore de trancher entre la simple inflammation virale ou la surinfection bactérienne.

Il vous arrive sûrement d'utiliser cette technique, qui est par ailleurs déjà reconnue et validée dans certains pays comme le Royaume-Uni ou la Norvège.

Si tel est le cas, je vous invite à lire ce mail qui ne vous prendra que trois minutes.

Il ne vous reste ensuite qu'à sélectionner au minimum un patient qui serait concerné au cours des prochaines semaines/mois, et l'orienter vers moi car c'est à eux que l'on s'intéresse ! En l'occurrence leurs retours, leurs usages et leurs points de vue vis-à-vis de la PDA.

Une très simple démarche à suivre :

- Vous pouvez inclure entre un et cinq patients pour lesquels vous allez effectuer (ou avez récemment effectué) une prescription différée d'antibiotique (PDA) pour des infections respiratoires hautes ou basses : otite, sinusite, rhinopharyngite, trachéite, bronchite, angine à streptococcus négatif ou sans streptococcus.

- Ces patients peuvent être de tout âge supérieur à deux ans.

- La durée, la posologie et le délai à attendre avant la prise de l'antibiotique si besoin seront décidés par vous-même (respectant un minimum de 48h avant la première prise), vous conserverez une trace de l'ordonnance dans le dossier ou le double si faite main.

- A chaque fois que vous décidez de faire une prescription différée d'antibiotique, nous vous demandons de bien noter le nom du patient concerné, ses coordonnées et de le recontacter dix jours plus tard, soit après la fin de l'antibiothérapie présumée.

Vous leur demanderez s'ils sont d'accord pour participer à une enquête « pour la science » dans le cadre d'un entretien avec un professionnel de santé d'une vingtaine de minutes en visio ou par téléphone.

**Voici un exemple de premier message de recrutement que vous pouvez leur envoyer (par mail, au téléphone ou à l'oral) :**

*Bonjour Mr X, je vous recontacte au sujet de la consultation du (date) que nous avons eu ensemble récemment. Une collègue effectue sa thèse sur le sujet et a besoin de patients volontaires pour participer à une étude pour la recherche médicale. Elle ne nécessitera qu'un entretien téléphonique ou par visioconférence, selon votre préférence, d'une vingtaine de minutes maximum. Si vous êtes intéressé(e), je vous envoie un formulaire de consentement*

*à l'étude, très rapide à lire, à signer et me renvoyer, afin qu'elle puisse vous recontacter.  
Merci par avance !*

S'ils vous donnent leur accord, vous pouvez leur envoyer par mail, fax ou SMS la fiche de consentement ci-jointe qu'ils devront remplir et vous renvoyer signée.

Une fois reçue, vous indiquez que vous donnez leurs coordonnées aux praticiens réalisant l'étude et qu'une enquêtrice les contactera pour décider ensemble le moment de l'entretien.

En précisant bien évidemment que toutes les données qu'ils fournissent sont protégées par l'anonymat et le secret médical dans le cadre du comité d'éthique de protection des personnes.

*(Quant aux patients qui selon vous relevaient d'une PDA mais qui ont refusé cette dernière et exigeaient l'antibiotique de suite, nous vous prions de bien vouloir nous faire également part de ces consultations, et de recontacter également ces patients après la fin du traitement pour leur faire la même proposition).*

Merci de répondre à ces quelques questions pour votre participation à l'étude :

- Précisez votre âge, votre sexe et votre ancienneté de pratique
- Êtes-vous en milieu urbain, semi-urbain, rural ou zone sous-dense ?
- S'agit-il d'une première consultation avec ce(tte) patient(e) ou bien est-il/elle connu(e) de votre patientèle ?
- Date de la consultation
- Quels sont ses ATCD (notamment diabète, immunodépression, pathologies respiratoires) ?
- Quelle est l'infection des voies respiratoires diagnostiquée lors de la consultation ?  
Otite/rhinopharyngite/sinusite/trachéite/bronchite/angine à streptococcus négatif ou sans streptococcus
- S'il s'agit d'un enfant, par qui est-il(elle) accompagné(e) ?  
Père / mère / les deux / grands parents / tuteur / moniteur de loisirs / autres (précisez)
- Quelle est votre certitude diagnostique dans ce cas de figure ?  
Certain / Presque certain / Peu certain / Pas du tout certain
- Quelle durée d'attente avant de prendre l'antibiotique avez-vous indiqué au patient ?
- Les consignes et signes à surveiller donnés au patient sont sous forme :
  - Ecrite sur l'ordonnance
  - Ecrite sur un autre support
  - Orale
- Quels autres médicaments sont sur l'ordonnance (notamment ultralevure, probiotiques) ?
- Quel est le temps de la consultation ?

**Merci de nous renvoyer pour chaque patient participant ayant donné son accord :**

- **son formulaire de consentement signé**
- **ses coordonnées (numéro de téléphone ou mail) afin que je puisse le/la recontacter**
- **par mail le petit questionnaire ci-dessus dûment rempli.**
- **et une dernière signature sur votre consentement à la participation en pièce-jointe**

Et un grand merci pour votre participation ! »

## Annexe 3 : Notice d'information aux patients

**Titre du projet : Etude des perceptions et des comportements des patients face à la prescription différée d'antibiotiques (PDA) dans les infections respiratoires hautes (IRH) et basses (IRB) chez les patients âgés de plus de deux ans en médecine générale.**

**Etude qualitative prospective menée auprès de patients de médecins généralistes en soins primaires en France.**

**Chercheur titulaire responsable scientifique du projet :**

Dr MONDAIN Véronique, MD, mondain.v@chu-nice.fr

**Lieu de recherche :**

L'étude va être conduite dans toutes les régions de France métropolitaine dans lesquelles les médecins généralistes se seront portés volontaires.

L'étude étant nationale mais monocentrique, pilotée par le Dr Véronique Mondain, il n'y a pas d'autre investigateur donc pas d'autre protocole rédigé et déposé ailleurs.

**But du projet de recherche :**

Analyser les déterminants d'une bonne acceptation et d'un bon usage d'une prescription différée d'antibiotiques pour les infections respiratoires en médecine ambulatoire.

**Ce que l'on attend de vous (méthodologie) :**

Récemment, vous avez eu une consultation avec un médecin généraliste. Nous souhaiterions vous contacter pour un entretien d'une vingtaine de minutes et revenir sur cette consultation pour recueillir des données nationales qui nous permettraient d'améliorer les prises en charge par la suite.

Pour cela, en signant ce formulaire vous acceptez que ce médecin généraliste transmette votre numéro de téléphone ou votre e-mail à la collègue qui se chargera de l'investigation, afin qu'elle puisse vous contacter pour cet entretien.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ceci n'est pas une évaluation et il est important d'y répondre seulement en fonction de votre ressenti, de vos idées et de vos connaissances.

L'entretien étant en distanciel, il peut s'effectuer soit par téléphone, soit en visioconférence dans le lieu que vous préférez, en évitant les lieux publics (chez vous, à domicile de préférence). Il sera enregistré sur dictaphone, et filmé uniquement si vous donnez votre accord. Ces échanges seront ensuite retranscrits à l'ordinateur, en enlevant tout ce qui peut vous identifier, puis les bandes son (et vidéo) seront par la suite détruites.

C'est à partir de ce texte que notre équipe va mener son travail d'analyse.

**Vos droits de vous retirer de la recherche à tout moment :**

1/ Votre contribution à cette recherche est volontaire.

2/ Vous pourrez vous en retirer ou cesser votre participation dès que vous le souhaitez et à n'importe quel moment.

3/ Votre décision de participer, de refuser de participer, ou de cesser votre participation n'aura aucune incidence sur la prise en charge par votre médecin.



### **Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée :**

- 1/ Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité.
- 2/ Votre identité ne sera pas divulguée, et sera remplacée par un « matricule » (détail : "Participant 1, âge, F/M + médecin généraliste MG1", "Participant 2, âge, F/M + MG2").
- 3/ Aucun autre renseignement qui puisse révéler votre identité ne sera dévoilé
- 4/ Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé, archivées et stockées sur une clé USB cryptée dans une armoire fermée à clé au Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale à la faculté de Nice (06).  
Seuls le responsable scientifique (Dr Mondain) et les chercheurs adjoints (Vanel Johanna) y auront accès.
- 5/ Il vous sera possible de demander rectification de vos données, ou leur destruction immédiate.
- 6/ Nous vous proposerons de vous envoyer le texte de notre entretien pour que vous puissiez le valider si vous le souhaitez. La méthode d'envoi sera celle de votre préférence : courriel ou voie postale. Si vous ne souhaitez pas effectuer votre propre relecture et que vous donnez votre accord pour l'analyse immédiate, votre entretien sera analysé comme expliqué initialement. Si après relecture vous souhaitez invalider l'entretien, le document sera automatiquement détruit.

### **Bénéfices :**

- Mieux connaître les conditions propices à l'utilisation d'une prescription différée d'antibiotiques en médecine générale.
- La satisfaction d'avoir contribué à la recherche médicale
- Pouvoir exprimer son ressenti et ses besoins par rapport à sa santé, être écouté

### **Risques possibles :**

Possibilité de se sentir mal à l'aise à la suite de questions posées par l'investigateur, auquel cas une pause voire un arrêt de l'entretien peuvent être demandés.

### **Diffusion :**

Ce travail ne pourra porter ses fruits que si ses conclusions sont portées à la connaissance de la communauté scientifique, des professionnels de santé, des enseignants en santé et des patients. Les communications ou articles concernant ce travail pourront comporter des morceaux de texte anonymisés pour illustrer la réalité recueillie sur le terrain.

### **Vos droits de poser des questions :**

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le responsable scientifique du projet par courrier électronique à l'adresse suivante : [mondain.v@chu-nice.fr](mailto:mondain.v@chu-nice.fr)

## Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.*

## Résumé

Contexte : Les antibiotiques, utilisés en médecine pour lutter contre des infections multiples, sont aujourd'hui majoritairement prescrits en médecine générale en France, en particulier dans les infections des voies respiratoires. La plupart étant d'origine virale, ces prescriptions sont très souvent inutiles ou inadaptées, favorisant l'émergence de résistances bactériennes. La prescription différée d'antibiotiques (PDA), ordonnance sur laquelle figure l'antibiotique avec pour consigne de ne le consommer qu'après un certain délai suivant l'évolution des signes cliniques, est une méthode parfois utilisée par les généralistes pour limiter ces consommations excessives.

L'objectif de notre étude est de décrire les attitudes des patients face à la PDA dans les infections respiratoires, et de déterminer les facteurs qui influent ces attitudes.

Matériel et méthode : Etude qualitative prospective sur une population de 18 patients Français âgés de plus de deux ans, appartenant à une patientèle de médecins généralistes recrutés dans les Alpes Maritimes, l'Hérault ou la Savoie via un appel à la participation sur la liste de mails du DERMG, la diffusion sur les réseaux sociaux et l'amplification par snowball effect. Le recueil de données s'est fait par des entretiens semi-dirigés, puis l'analyse par codages successifs et double lecture.

Résultats : Consommer les antibiotiques avec parcimonie était une idée très répandue chez nos participants suite aux campagnes de santé publique françaises. Si elle a parfois pu les dissuader de consommer dans la PDA, un usage raisonné semblait plutôt émaner de la compréhension du risque réel de résistance, surtout collectif. Une confusion entre les traitements symptomatiques et les traitements étiologiques était fréquente, ce qui pouvait inciter les participants à prendre l'antibiotique. Les OMA pédiatriques ont semblé les plus difficiles à évaluer pour certains parents. Les antibiotiques ont été souvent consommés à 48h dans les bronchites devant la toux et les sécrétions persistantes, associées à une surinfection selon les patients. Les adultes actifs, favorables à la PDA pour le gain de temps seraient aussi plus enclins à consommer pour assurer leur travail. L'appartenance à une génération et une culture plus familières d'une médecine ancienne ou traditionnelle, plus consommatrice d'antibiotiques, pouvait déstabiliser certains face à ce schéma de prescription nouveau.

En effet, la PDA s'inscrit dans un modèle soignant-soigné moderne axé sur la décision médicale partagée. L'absence de prise de position du médecin pouvait sembler déstabilisante mais aussi vue comme une occasion de mieux se responsabiliser pour certains. Pour ces raisons, une confiance mutuelle solide entre le soignant et le soigné est indispensable à la PDA. En outre, le médecin doit s'adapter aux singularités de chaque patient, ce qui en ferait une prescription plus adaptée pour un médecin qui le suit régulièrement.

Conclusion : L'acceptation et l'usage de la PDA dans les infections respiratoires relève de nombreux facteurs. La compréhension du danger collectif de la résistance des germes semble avoir un impact majeur. Ce point pourrait être développé en consultation, ainsi que les différences entre traitements symptomatiques et étiologiques, confusion amenant parfois à consommer l'antibiotique en excès. Des brochures pourraient être remis aux patients, comme les récentes fiches de non prescription de la CPAM sur la nouvelle rubrique AntibioMalin.

La PDA doit être adaptée à la nature de l'affection : dans les bronchites suspectes, une prolongation du délai de plusieurs jours paraît nécessaire. Dans l'OMA pédiatrique, un accompagnement renforcé pour les parents est nécessaire. Enfin, le médecin doit prendre en compte la singularité de chaque patient pour adapter sa prescription : un arrêt maladie bref pour les actifs semble dissuader la consommation, une bonne explication de l'optimisation du rapport bénéfice-risque pour les plus demandeurs. La communication et le temps de dialogue sont indispensables pour établir une confiance mutuelle, ainsi que la disponibilité du médecin en aval de la consultation, un temps qui peut être justifié par l'absence d'une deuxième consultation.