



HAL
open science

Les attentes des patients lorsque le médecin généraliste ressent une pression de prescription d'antibiotiques.

Une revue systématique de la littérature

Angélique Guglielmi

► To cite this version:

Angélique Guglielmi. Les attentes des patients lorsque le médecin généraliste ressent une pression de prescription d'antibiotiques. Une revue systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03863485

HAL Id: dumas-03863485

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03863485v1>

Submitted on 21 Nov 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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

GUGLIELMI Angélique

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 octobre 2022

LES ATTENTES DES PATIENTS LORSQUE LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE RESSENT UNE
PRESSION DE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES.
UNE REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

Directeur de thèse : Madame RICHARD Amélie, Docteur, Maitre de Conférences Associé,
Médecine Générale

Président du jury : Madame HENQUELL Cécile, Professeur, CHU de Clermont Ferrand, Virologie

Membres du jury : Monsieur RUIVARD Marc, Professeur, CHU de Clermont Ferrand, Médecine
Interne

Madame VAILLANT ROUSSEL Hélène, Docteur, Maitre de Conférence Universitaire, Médecine
Générale

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

GUGLIELMI Angélique

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 octobre 2022

LES ATTENTES DES PATIENTS LORSQUE LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE RESSENT UNE
PRESSION DE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES.
UNE REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

Directeur de thèse : Madame RICHARD Amélie, Docteur, Maître de Conférences Associé,
Médecine Générale

Président du jury : Madame HENQUELL Cécile, Professeur, CHU de Clermont Ferrand, Virologie

Membres du jury : Monsieur RUIVARD Marc, Professeur, CHU de Clermont Ferrand, Médecine
Interne

Madame VAILLANT ROUSSEL Hélène, Docteur, Maître de Conférence Universitaire, Médecine
Générale



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

**PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE**

**: JOYON Louis
: DOLY Michel
: TURPIN Dominique
: VEYRE Annie
: DULBECCO Philippe
: ESCHALIER Alain**

**PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL**

**: CABANES Pierre
: FONTAINE Jacques
: BOUTIN Christian
: MONTEIL Jean-Marc
: ODOUARD Albert
: LAVIGNOTTE Nadine**

**PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES**

**: BERNARD Mathias
: DEQUIEDT Vianney
: WILLIAMS Benjamin
: HENRARD Pierre

: PEYRARD Françoise
: PAQUIS François**



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

**: DETEIX Patrice
: CHAZAL Jean**

**DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

**: CLAVELOU Pierre
: ROBERT Gaëlle**

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENNAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.

M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-physiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

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

*MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE*

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

*MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE*

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

*MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE*

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

REMERCIEMENTS ET DEDICACES :

Au Pr Cécile HENQUELL, merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, ainsi que pour la rapidité et la gentillesse avec laquelle vous avez répondu à ma demande ;

Au Pr Marc RUIVARD, merci de me faire l'honneur de faire partie de ce jury et merci d'avoir toujours répondu rapidement et positivement à mes différents courriels au cours de ces dernières années ;

Au Dr Hélène VAILLANT-ROUSSEL, merci de me faire l'honneur de faire partie de ce jury et de représenter la médecine générale ;

Au Dr Amélie RICHARD, merci pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse, merci pour ta patience et ta gentillesse pendant les périodes à « bas régime », merci d'avoir été là ;

A Nathalie PIÑOL et à la Bibliothèque Universitaire de Clermont Ferrand et de Paris, pour leur aide dans la recherche bibliographique ;

A mon père, sans qui rien n'aurait été possible. Merci de m'avoir soutenue et poussée toujours plus haut. Et merci pour les restos chinois et les noyaux d'olives !

A ma mère, pour ton amour inconditionnel, quoi qu'il arrive ;

A ma sœur, la meilleure coach de tous les temps, sans toi je n'en serais pas là, à tous les niveaux. Je n'ai même pas les mots pour t'exprimer toute ma gratitude...merci du fond du cœur !

A mon frère, car ça a toujours été toi et moi, et ça le sera toujours. La Team !

A ma Mokette, pour toujours ;

Aux copains de la fac, pour votre présence tout au long de ces années ;

Au Dr Bernard Kreitmann, pour m'avoir donné l'opportunité de montrer de quoi j'étais capable ;

A l'Auvergne : Merci pour cette belle aventure !

Table des matières

1	Introduction	13
2	Méthodologie.....	15
2.1.	Stratégie de recherche	15
2.2.	Critères d'inclusion.....	15
2.3.	Tri et sélection des articles.....	16
3	Résultats.....	17
3.1.	Flow Chart	17
3.2.	Présentation des textes retenus	18
3.3.	Résultats.....	19
3.3.1.	Les attentes générales prioritaires des patients.....	19
3.3.2.	Les attentes d'antibiotiques et la PP	21
3.3.3.	Les attentes implicites et explicites et la communication	21
4	Discussion.....	22
4.1.	Résultats principaux	22
4.2.	Forces et faiblesses de cette étude.....	22
4.3.	Des données connues depuis 30 ans	23
4.4.	Les attentes des patients : méconnaissance, reconnaissance, facteur prédicteur de prescription majeur	24

4.4.1.	Les attentes des patients : le soulagement des symptômes en priorité	24
4.4.2.	La méconnaissance : le cercle vicieux.....	25
4.4.3.	Reconnaissance et retour	26
4.5.	La pression perçue par les MG.....	26
4.6.	Les attentes perçues ou réelles du patient au centre de la PIA.....	28
4.6.1.	L'attente perçue et la demande du patient.....	28
4.6.2.	La satisfaction du patient et sa relation avec le MG.....	28
4.6.3.	Les modes de raisonnements et les biais cognitifs.....	29
4.6.4.	Le manque de communication	30
5	Conclusion.....	32
	Références bibliographiques :	33
	Annexes.....	40
	Annexe I : Equation de recherche.....	40
	• Equation de recherche PubMed :	40
	• Equation de recherche EMBase	40
	• Equation de recherche Cochrane :.....	41
	Annexe II : outil pour réduire les prescriptions d'antibiotiques.....	42
	Serment d'Hippocrate.....	43

LISTE DES TABLEAUX :

Table I. Textes retenus pour l'analyse 18

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

DDJ Dose Définie Journalière

MG Médecin Généraliste

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PIA Prescription Inappropriée d'Antibiotiques

PP Pression de Prescription

PRISMA Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

1 INTRODUCTION

La surconsommation d'antibiotiques et la résistance bactérienne sont un problème d'envergure mondiale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) soulignait l'augmentation inquiétante (+90%) du volume d'antibiotiques consommés dans le monde entre 2000 et 2015 (1). En 2019, la consommation moyenne d'antibiotiques en Europe était de 18.0 dose définie journalière (DDJ) pour 1000 habitants (2). La France était le plus gros consommateur d'antibiotiques en Europe au début des années 2000, avec 37 DDJ pour 1000 habitants en ambulatoire (3). En 2019, la consommation a baissé à 22.2 DDJ, classant la France en 4^{ème} position des consommateurs (2,3). La grande majorité (90%) des antibiotiques sont prescrits en ambulatoire en France, comme en Europe (3,4), pour des infections respiratoires hautes ou basses (3,5–7). Selon le Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies (European Center for Disease Prevention and Control), environ 50% des antibiotiques prescrits sont inappropriés (8). Ce mauvais usage entraîne des résistances, et en 2012, 25 000 décès dans l'Union Européenne étaient dus à l'antibiorésistance (4). En 2016, à l'échelle mondiale, ce chiffre s'élevait à 700 000 (9).

Les données collectées par l'European Surveillance of Antimicrobial Consumption montrent que l'Europe, surtout au sud, surconsomme les antibiotiques. Les pays nordiques sont meilleurs pour promouvoir leur utilisation prudente, selon le Dr Paolo Guglielmetti de la European Commission Health and Consumer Directorate General (4). A l'échelle européenne, les plus gros consommateurs d'antibiotiques sont la Grèce, Chypre et la Roumanie. Les Pays Bas sont les plus petits consommateurs, suivis de l'Autriche et de l'Estonie (2).

Des plans d'action nationaux visant à limiter les prescriptions d'antibiotiques existent dans la plupart des pays d'Europe (par exemple: Allemagne (10,11), Belgique (12), Espagne (13), Irlande (14,15), Italie (16), Suède (17,18), Norvège (19)) et dans le monde (par exemple : Australie (20,21), Canada (22)). Ces campagnes ont entraîné une baisse transitoire de la consommation d'antibiotiques (23), mais la surconsommation persiste, avec une nouvelle augmentation depuis 2010 (3,24). En 2020, avec la pandémie de COVID-19, la consommation d'antibiotiques a diminué pour la première fois depuis plusieurs années, en France et dans le reste du monde(25–27).

La prescription inappropriée d'antibiotiques (PIA) existe lorsque les antibiotiques sont inutiles, leur prescription trop longue, ou leur spectre trop large (28). Selon de nombreuses études, les médecins généralistes (MG) justifient leurs prescriptions par la demande des patients et affirment ressentir une pression de prescription (PP) (29–31). Cette PP entraînerait une augmentation de la prescription d'antibiotiques (5,32,33), mais certaines études estiment que la PP est surévaluée par le MG et que le patient a d'autres attentes vis-à-vis de la consultation (34–37).

Nous avons donc cherché à analyser à travers une revue de la littérature internationale quelles sont les attentes des patients lorsque le MG ressent une PP d'antibiotiques.

Comme objectif secondaire, nous avons recherché le rôle des attentes du patient dans la PIA et avons essayé de mettre en place un outil d'aide à la non-prescription d'antibiotiques à l'usage des MG.

2 METHODOLOGIE

Nous avons utilisé les recommandations de la checklist PRISMA (38) pour l'écriture des revues systématiques, ainsi que son diagramme de flux.

2.1.Stratégie de recherche

La recherche a été faite avec l'aide des bibliothécaires de la Bibliothèque Universitaire de Clermont Ferrand et de Paris. Les bases de données exploitées sont PubMed, EMBase et Cochrane. La recherche a été faite en « title » uniquement afin d'éviter trop de bruit, et les mots clefs utilisés sont : « anti-bacterial agent », « prescription », « expectations », et « physician-patient relation ». Les équations de recherches sont visibles en Annexe I. La recherche a donné 1059 résultats sur PubMed, 79 sur EMBase, et 15 sur Cochrane, avec un total de 1163 textes. Les bibliographies des études ont été lues en intégralité et une recherche manuelle a retrouvé 2 références supplémentaires.

2.2.Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion établis sont les suivants :

- Mode d'exercice : médecine générale en cabinet ambulatoire
- Personnes ciblées : patients et médecins généralistes
- Langues des articles : anglais, français, italien, espagnol, allemand
- Dates de parution des articles : 2002 à 2019 ; 2002 étant l'année de la campagne "Les antibiotiques, c'est pas automatique".

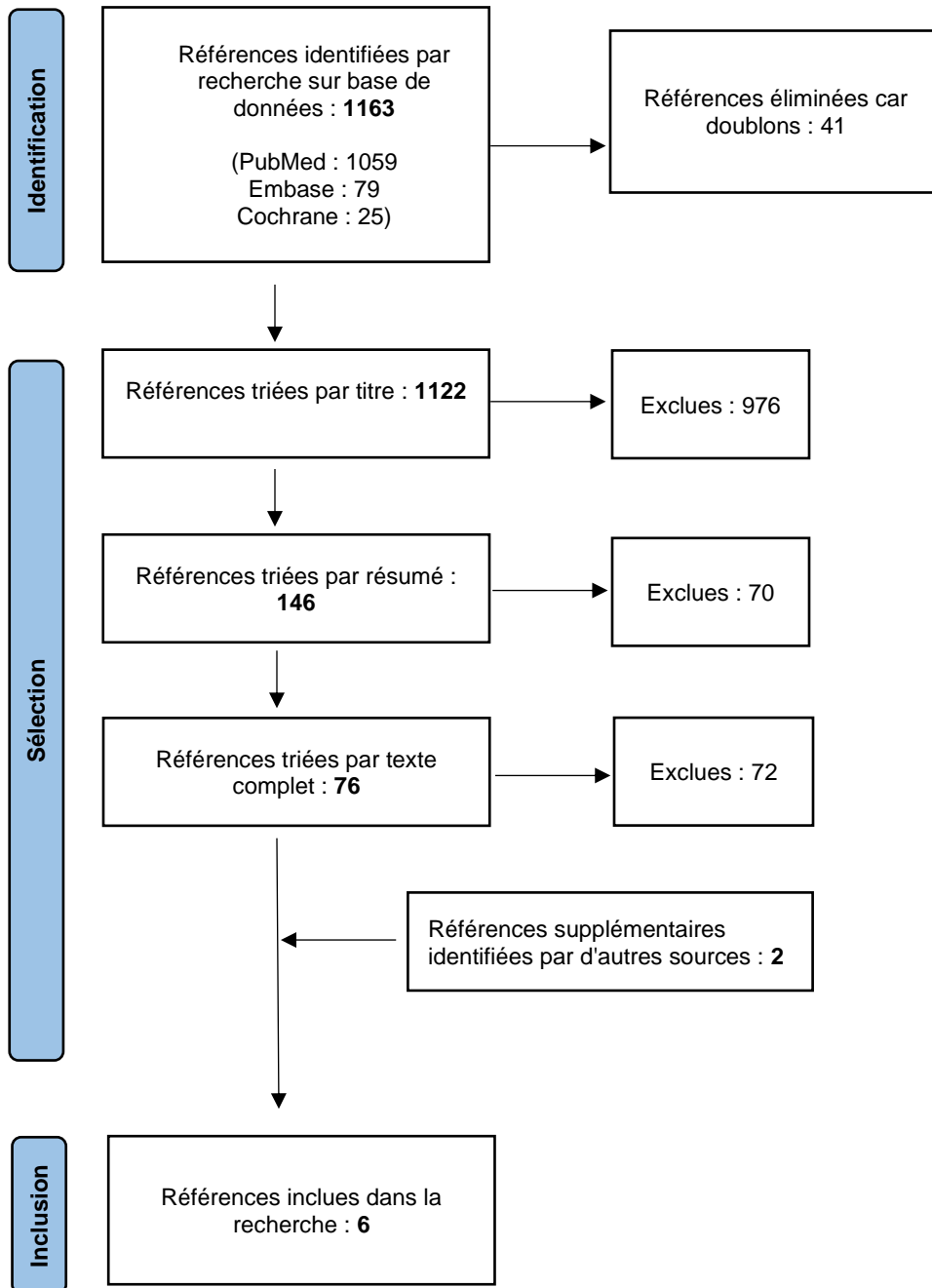
- Lieux où les études ont été menées : Union Européenne, Association Européenne de Libre Echange (Liechtenstein, Norvège, Islande, Suisse), Royaume Uni, Etats Unis, Canada, Australie, Nouvelle Zélande.
- Types de patients : adulte de plus de 15 ans qui consulte pour lui même
- Type d'article : textes originaux
- Type d'études : études qualitatives, quantitatives, mixtes, observationnelles

2.3.Tri et sélection des articles

La sélection des articles a été réalisée par un seul investigateur, AG. Cette sélection a été faite à partir du titre et de la date de parution, puis selon le résumé, et enfin selon le texte complet. Lors de la lecture par texte complet, nous avons utilisé la grille de lecture COREQ (39) pour les études qualitatives et la grille de lecture STROBE (40) pour les études observationnelles et les études quantitatives, afin d'évaluer la qualité des articles sélectionnés. Seules les études remplissant plus de 50% des critères des grilles de qualités ont été retenues. Une double lecture par AG et AR a été effectuée en cas de textes litigieux. En cas de désaccord, un consensus par discussion a été trouvé.

3 RESULTATS

3.1.Flow Chart



3.2. Présentation des textes retenus

1 ^{er} auteur et date	Titre	Pays	Type d'étude	Méthode	Taille de l'échantillon	Financement	Grille d'évaluation et résultat
Altiner 2004	<i>Acute cough: a qualitative analysis of how GPs manage the consultation when patients explicitly or implicitly expect antibiotic prescriptions.</i>	Allemagne	Étude qualitative	Observation de consultation	42 patients 8 médecins	Aucun	COREQ (75%)
Faber 2010	<i>Antibiotics for the common cold: expectations of Germany's general population.</i>	Allemagne	Étude observationnelle transversale	Analyse quantitative de questionnaire en ligne	1076 patients	Oui (Compagnie d'étude de marché)	STROBE (72,73%)
Van den Eng 2003	<i>Consumer attitudes and use of antibiotics</i>	USA	Étude quantitative	Sondage téléphonique par questionnaire (par logiciel SUDAAN - analyse multivariable + régression logistique multivariable)	12755 patients	Non	STROBE (77,27%)
McNulty 2013	<i>Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care: the RTI clinical iceberg</i>	Angleterre	Étude mixte	Entretiens (quantitatifs) et questionnaires en face à face (qualitatifs)	17 patients (entretiens) 1767 patients (questionnaires)	Oui (Health Protection Agency)	STROBE (81,82%) + COREQ (71,88%)
Francois Watkins 2015	<i>Knowledge and Attitudes Regarding Antibiotic Use Among Adult Consumers, Adult Hispanic Consumers, and Health Care Providers--United States, 2012-2013</i>	USA	Étude quantitative	Analyse de questionnaires (analyse descriptive par analyse de fréquence)	8546 patients 1503 médecins	Oui	STROBE (63,64%)
Delga 2003	<i>Pression de prescription : étude pilote en médecine générale</i>	France	Étude mixte	Analyse de consultations	599 patients 4 médecins	Non	STROBE (63,64%) + COREQ (59,38%)

Table I. Textes retenus pour l'analyse

3.3.Résultats

Soixante-seize articles ont été lus en texte complet, et 2 références supplémentaires ont été trouvées manuellement (41,42), soit 78 textes ont été étudiés au total. Après une première lecture, 9 articles ont été retenus, les autres ne répondant pas à la question de recherche. Sur ces 9 articles, 3 n'ont pas été inclus lors d'une deuxième lecture car ne répondant pas aux critères d'âge et de mode d'exercice. Au total, 6 articles ont été inclus dans l'analyse. Aucun article n'a été exclu sur le critère de qualité. Pour les articles payants ou introuvables, la Bibliothèque Universitaire de Clermont Ferrand a été sollicitée. Finalement, sur la totalité des ressources, 4 articles n'ont pas été trouvés. Notre revue de la littérature a inclus 6 études, 5 en anglais et 1 en français, faites dans 4 pays différents : France, Allemagne, Etats-Unis, et Angleterre. Celles-ci ont été faites entre 2003 et 2015. Au total, dans l'ensemble des études, 24 802 patients ainsi que 1515 médecins ont été questionnés / interviewés. Sur les 6 articles retenus pour l'analyse, un seul (42) répond de façon directe à la question de recherche de notre étude.

3.3.1. Les attentes générales prioritaires des patients

Lors de leur visite chez le MG, les patients peuvent attendre :

- Le soulagement de leurs symptômes :
 - Dans l'étude d'Altiner (43) un patient demandait « quelque chose de plus fort » pour soulager ses symptômes plus rapidement. Cela a été interprété par les auteurs comme une demande d'antibiotiques, mais finalement le patient était satisfait par la prescription d'un expectorant et d'un arrêt de travail.

- 44% des patients de l'étude de Faber (44) cherchaient un soulagement des symptômes, et Francois Watkins (42) montrait que 58% de la population Hispanique de son étude recherchait la même chose.
- Des explications, informations sur leur maladie, des conseils :
 - 47,3% des patients consultent pour avoir, entre autres, des conseils dans l'étude de Faber (44) ;
 - 24% attendent des conseils pour prendre soin d'eux et 7% attendent des infos sur la durée de la maladie parmi les patients étudiés par McNulty (6).
- Une prescription autre que des antibiotiques :
 - Le patient pouvait aussi rechercher une prescription de médicaments autres que des antibiotiques, une prescription pour des examens complémentaires, un courrier d'adressage chez un spécialiste. C'est le cas chez près d'un quart des participants de l'étude de Delga et al. (41).
 - Dans celle de Faber (44), 44,4% des patients voulaient un traitement symptomatique, tout comme 22% des participants à l'étude de McNulty (6).
- De la réassurance :
 - Dans l'étude de McNulty (6), l'étude qualitative montrait que plusieurs patients participant à l'étude voulaient être rassurés par leur médecin. Cela correspondait à 12% des participants de l'étude quantitative.
 - Dans l'étude de Francois Watkins (42) ce chiffre s'élevait à 42% des participants.
- Un arrêt de travail :

- 47,3% des patients de l'étude de Faber (44) voulaient entre autres, un arrêt de travail, tout comme 6% des patients de celle de McNulty (6).
- Un examen clinique :
 - Une partie des patients de Faber voulait être examinée (44).

3.3.2. Les attentes d'antibiotiques et la PP

Il reste cependant une attente d'antibiotiques réelle. Elle peut aller de 7,7% des participants en Allemagne en 2010 (44) jusqu'à 53% en Angleterre en 2013 (6), et concerne 26 à 48% des participants aux États Unis entre 2003 et 2015, selon François Watkins et Van Den Eng (45, 48). Cette attente d'antibiotiques se retrouve aussi dans l'étude allemande d'Altiner de 2004 (43). Delga et al. (41) ont quantifié la PP en consultation de médecine générale, en définissant la PP comme toute demande explicite du patient pour une prescription, et montrent que dans 15% des cas, la PP concerne les anti-infectieux.

3.3.3. Les attentes implicites et explicites et la communication

Les attentes des patients sont très rarement exprimées de façon explicite selon Altiner (43). Sur les 42 consultations étudiées, seulement 2 patients, soit 4,7%, demandaient des antibiotiques de façon explicite. Dans la même étude, durant 7 consultations, soit 16,6%, le patient demandait des antibiotiques de façon implicite en parlant d'infection, ou en demandant quelque chose qui agit vite, en mettant l'accent sur l'importance et la durée des symptômes. Cela laisse la place à l'erreur, comme lorsque le patient demande « quelque chose de plus fort » et que le MG l'interprète comme une demande d'antibiotique, alors que le patient est finalement satisfait par la prescription d'un expectorant. Les médecins surestimaient la

demande d'antibiotique dans cette étude. L'étude d'Altiner (43) montre également un manque important de communication entre le MG et son patient, en particulier concernant les attentes. En effet, sur les 42 consultations observées, le MG n'a pas une seule fois demandé au patient quelle était son attente.

4 DISCUSSION

4.1. Résultats principaux

L'attente d'antibiotiques varie grandement selon les études et les pays. Aux Etats-Unis, elle était estimée être de 48% en 2003 (45), mais seulement de 26% dans une étude de 2015 (42). En Allemagne, elle était estimée à 7,7% en 2010 (44), et en Angleterre, ce chiffre s'élevait à 53% en 2013 (6). La PP concerne la prescription d'anti-infectieux dans 15% des cas (41). Cependant, les patients veulent majoritairement être soulagés de leurs symptômes (44 à 58% des cas), ils veulent aussi des explications, être rassurés, avoir un diagnostic, ou obtenir des médicaments autres que des antibiotiques. Le patient exprime rarement ses attentes de façon explicite. Il existe un manque important de communication entre les médecins et leurs patients, notamment concernant les attentes de ces derniers, ainsi qu'une surestimation de la part des MG de l'attente d'antibiotiques par les patients (6,41–45).

4.2. Forces et faiblesses de cette étude

La méthode est adaptée et suit les recommandations de la checklist PRISMA (38) pour l'écriture des revues systématiques. Nous avons utilisé des grilles de qualité pour la sélection d'articles dans cette étude. Le sujet est original car peu d'études portent sur l'interprétation des attentes du patient par le MG ainsi que des pressions perçues. Les différentes langues parlées par les

investigateurs ont permis d'éviter un biais de sélection, et aucun article n'a été écarté en raison d'une barrière linguistique. Concernant les biais de l'étude, il existe un biais de sélection en raison de la subjectivité de la question de recherche qui est basée sur le ressenti et les attentes des patients. De plus, il n'existe pas de mot clé pour « pression de prescription ». Il a donc fallu faire des choix lors de la recherche bibliographique afin d'obtenir une quantité de résultats raisonnable et exploitable. La recherche manuelle a permis d'identifier les articles intéressants que nous n'avions pas trouvés lors de notre recherche initiale. Il existe également un biais de sélection concernant l'âge de la population. Nous avons sélectionné des patients de plus de 15 ans, consultant pour eux-mêmes, afin de privilégier les interactions directes entre patient et médecin. Cela écarte de l'étude une part de la population consommatrice d'antibiotiques.

4.3.Des données connues depuis 30 ans

Les attentes des patients et l'importance de la communication dans la lutte contre la prescription inappropriée est connue depuis les années 1990 (46), et les recherches effectuées sur la période de notre étude, soit de 2002 à 2019, montrent que les attentes des patients et les mécanismes des MG sont restés les mêmes. Antérieurement à notre étude, la revue de Davey en 2002 (46) sur le rôle du patient dans le contrôle de l'antibiorésistance montre que dans les années 1990 plusieurs sujets étaient déjà connus : les médecins se trompent souvent sur les attentes supposées des patients ; les attentes d'antibiotiques de la part des patients sont surestimées ; la satisfaction du patient est essentiellement augmentée par l'écoute et les informations apportées par le médecin; il y a un manque de communication entre le MG et son patient. Davey et al. (46) recommandaient d'aller au-delà des préjugés sur la pression de prescription et de faire participer davantage le patient à la consultation en échangeant avec lui. Cockburn (47) et Macfarlane (48),

dans des études publiées en 1997, mettaient également en avant la surestimation par le MG de l'attente d'antibiotique du patient, et Hamm en 1996 (32) et Butler en 1998 (35) montraient que la satisfaction du patient est basée sur la communication avec le MG.

Les études faites entre 2002 et 2019 aboutissent aux mêmes conclusions. Très peu d'études portent sur le mode d'expression de ses attentes par le patient, et nous n'avons trouvé aucune étude portant sur la façon dont le MG perçoit et interprète ces attentes.

4.4. Les attentes des patients : méconnaissance, reconnaissance, facteur prédicteur de prescription majeur

4.4.1. Les attentes des patients : le soulagement des symptômes en priorité

Les patients consultent leur MG majoritairement pour être soulagés de leurs symptômes (44 à 58%), pour avoir des explications, un diagnostic, obtenir une prescription autre que des antibiotiques, ou pour être rassurés. Ces notions se retrouvent dans les études portant sur la prescription de médicaments en général (49–53). En France, Barré a montré que la prescription médicamenteuse est l'une des principales attentes des patients associée à la disponibilité du médecin, le temps accordé par celui-ci, l'échange et le dialogue (49). L'attente d'antibiotiques augmente chez les personnes âgées et les femmes (41). Les patients consultent leur MG lorsque les symptômes sont prolongés, quand ils sont douloureux, ou lorsqu'ils ont un impact sur leur qualité de vie (6).

4.4.2. La méconnaissance : le cercle vicieux

L'attente d'antibiotiques est renforcée par le manque de connaissances. Selon Faber en 2010 (44), les patients attendant des antibiotiques croient que ceux-ci peuvent traiter le rhume et la grippe, et qu'ils sont utiles pour éviter une aggravation. Ils ont des connaissances erronées concernant les antibiotiques. Les patients ont des croyances relatives aux symptômes et à la nécessité d'antibiotiques, comme le fait d'avoir des expectorations colorées (6). Une étude anglaise de 2002 a montré que 35,6% des patients pensaient que les antibiotiques étaient le seul traitement contre les infections, et 26.2% pensaient qu'en cas de rhume ou de toux, il fallait prendre un antibiotique (54). Les antibiotiques ont une aura particulière : ils sont considérés comme des médicaments « plus forts » (41) avec lequel le patient a un fort « lien affectif » (55), un « médicament miracle » (23). Le manque de connaissances et la surestimation des antibiotiques comme médicament miracle de la part des patients entraînent donc une demande excessive et inappropriée d'antibiotiques (6,56–59). Oxford et al (5), en 2013 en Europe, soulignent le devoir d'éduquer les patients et une technique efficace est de leur donner des fiches sur le sujet. Cette éducation thérapeutique devrait porter notamment sur les viroses. Les MG n'expliquent pas assez l'évolution et la durée prévisible des symptômes. Le patient reconsulte donc car il pense que l'évolution est anormale, et le MG pensera à ce moment-là qu'il doit obligatoirement prescrire des antibiotiques pour satisfaire le patient (60). Ceci crée un cercle vicieux : les patients penseront que la guérison est due à l'antibiotique et non à l'évolution naturelle de la virose et, à la prochaine consultation pour le même motif, ils s'attendent à nouveau à recevoir des antibiotiques et en feront la demande, et il sera alors difficile pour le MG d'expliquer pourquoi des antibiotiques ne sont pas indiqués (35,60–62). De plus, il a été montré

que les patients recevant des antibiotiques ont plus tendance à consulter le médecin, renforçant ainsi cette problématique (6).

4.4.3. Reconnaissance et retour

L'organisation des soins et la rémunération à l'acte peut expliquer des surprescriptions dans certains pays. Le patient peut attendre un retour pour le temps et l'argent dépensé (63). Lorsque le patient doit payer, il considère la prescription d'antibiotiques comme un dû, et il a plus de chance de recevoir une ordonnance d'antibiotiques (37). En Irlande, ceux qui avaient accès au docteur gratuitement recevaient moins d'antibiotiques (64). De la même manière, il se peut que le MG se sente redevable envers le patient et lui prescrive un antibiotique en échange de son paiement (55,61). Cela est particulièrement mis en évidence aux Etats Unis, où le système médical encourage le MG à prescrire, le patient étant devenu un « client » à satisfaire (65), adhérant notamment à la croyance culturelle que « plus = mieux » (33). L'organisation des soins a ainsi un impact fort sur les PIA. La prescription de médicaments est aussi, pour le patient, un moyen d'être reconnu en tant que malade et de se sentir légitime dans sa plainte (49–52).

4.5. La pression perçue par les MG

Dans très peu de cas, les attentes du patient sont exprimées de manière directe et explicite. La plupart du temps, elles sont perçues par le MG comme étant exprimées de manière implicite, laissant la place à l'erreur lors de l'interprétation de cette attente. Elles peuvent prendre la forme de circonstances non médicales (exemple : un évènement important pour lequel le patient veut à tout prix être rétabli), des récits de consultations précédentes où des antibiotiques avaient été prescrits, ou un auto diagnostic, par exemple lorsque le patient insiste pour décrire ses

symptômes comme une infection (5,44,66,67). Dans l'étude d'Altiner de 2004 (43) par exemple, une demande pour « quelque chose de plus fort » est interprétée à tort par le MG comme une demande d'antibiotiques. La perception du MG des attentes du patient en matière d'antibiotiques est souvent erronée et surestimée (68,69). Le MG perçoit une attente d'antibiotique mais cela peut être, par exemple, une attente pour un arrêt de travail (43). Dans une étude américaine de 2015, plus de la moitié (54%) des médecins interrogés pensaient que leurs patients attendaient des antibiotiques pour une infection virale, alors que seulement 26% des patients avaient réellement cette attente (42). Une étude britannique en 2014 a sondé 1000 patients et a découvert que seulement 4% s'attendaient à des antibiotiques à chaque visite, et 6% s'y attendaient pour la plupart des visites (36). Pour Gaarslev (63), en Australie en 2016, 19,5% des participants attendaient une prescription d'antibiotiques en cas de rhume ou de grippe. Ces résultats correspondent à l'attente chez 7,7% à 53% des patients retrouvée dans notre étude. L'attente principale des patients est d'être soulagés de leurs symptômes et le MG souhaite satisfaire le patient. Or, l'attente de soulagement du patient place le MG dans l'impossibilité de la satisfaire. En effet, il n'existe pas de traitement permettant un soulagement immédiat de la virose. Cette pression perçue est d'autant plus grande que la prescription d'antibiotiques est moins justifiée. Dans une étude avec des patients ayant de la toux, la pression perçue fut plus grande lorsque l'auscultation était normale (70). Les attentes perçues par les MG quant au traitement antibiotique paraissent influencer le processus de diagnostic : les MG qui perçoivent que les patients attendent des antibiotiques sont deux fois plus susceptibles de leur donner un diagnostic qui justifie un traitement antibiotique (60). Cela souligne la grande difficulté du MG à ne pas prescrire et à exprimer l'impuissance de la médecine face aux symptômes de virose. Il est

collectivement admis, au contraire, que le MG prescrit un traitement et apporte reconnaissance et soulagement à son patient. Si la virose semble évidente, le MG pourrait chercher un diagnostic qui justifierait un traitement antibiotique et se retrouver dans la posture connue et gratifiante de prescripteur. Il sait que cette prescription est inappropriée mais s'appuie pourtant sur une pression perçue et incertaine.

4.6. Les attentes perçues ou réelles du patient au centre de la PIA

4.6.1. L'attente perçue et la demande du patient

Une étude espagnole de 2014 (71) et une étude Belge de 2006 (70) montrent que les patients demandeurs d'antibiotiques sont plus susceptibles de s'en voir prescrire. Dans l'étude anglaise de McNulty en 2013 (6), la quasi-totalité des patients ayant demandé directement un antibiotique à leur MG a reçu une prescription (97%). Si la demande est implicite, comme le montre une étude anglaise de 2004, le besoin du patient perçu par le MG est le facteur prédicteur le plus important du comportement de prescription (72). Les pays où la demande d'antibiotiques est la plus forte sont ainsi les pays avec la plus forte consommation (par exemple, les Etats-Unis (73)), et inversement, les moins demandeurs sont les moins consommateurs (par exemple, l'Allemagne (74)) (44).

4.6.2. La satisfaction du patient et sa relation avec le MG

Dans une étude de 2014 au Royaume Uni, 44% des MG sondés ont déclaré avoir prescrit un antibiotique pour éviter la confrontation d'un refus et préserver une bonne relation avec le patient, cédant ainsi à sa demande, réelle ou perçue (36). On observe la même situation dans une étude australienne de 2016 (58). Une étude Islandaise de 2005 a montré que la prescription

d'antibiotique était pour le MG une façon de satisfaire le patient afin qu'il ne change pas de MG (67). Pourtant, une étude allemande menée en 2010 a montré que cette inquiétude était infondée (44). En effet, dans cette étude, seulement 3% des patients ont déclaré qu'ils auraient changé de MG en cas de refus de prescription d'antibiotiques. La majorité se serait estimée satisfaite avec des explications du MG. De même, dans une étude anglaise de 2014, seulement 5% des patients sont allés voir un deuxième MG lorsque le premier avait refusé de leur prescrire un antibiotique. Plusieurs études ont montré que la satisfaction des patients dépendait de ses attentes (75), qui sont peu souvent une attente d'antibiotiques, ainsi que de ses expériences passées et préférences personnelles (65). Ainsi, les patients sont plus satisfaits lorsqu'ils reçoivent des informations, lorsqu'ils ont le sentiment que le MG est à l'écoute et qu'il leur consacre du temps (42,65,75,76). L'insatisfaction des patients n'est significativement liée qu'à une mauvaise communication avec le MG (77). L'étude américaine de Sharp en 2017 (78) montre d'ailleurs qu'une bonne relation médecin-patient renforçait la satisfaction du patient, qu'il y ait prescription d'antibiotiques ou non. Cela est valable également pour la prescription de médicaments en général (79).

4.6.3. Les modes de raisonnements et les biais cognitifs.

Certaines tendances vers des décisions irrationnelles sont des biais cognitifs. Le psychologue et économiste Daniel Kahneman (Prix Nobel d'Économie en 2002) l'a bien décrit dans son ouvrage intitulé : « Thinking Fast and Slow » en 2011 (80). Il existe 2 modes de pensées : la pensée intuitive, et la pensée analytique. La pensée intuitive est rapide et efficace, et vient d'une trop grande confiance dans l'intuition que peut avoir le professionnel (surtout s'il y a peu de retour ou s'ils sont de mauvaises qualité). Comme ici les MG peuvent se laisser aller à cette pensée

intuitive que le patient souhaite un antibiotique. Cette pensée est fausse mais le MG est persuadé du contraire. La pensée analytique, en revanche, s'oppose à cette intuition. Elle est dirigée consciemment, elle est plus lente et demande plus d'efforts. Si les MG utilisaient ce raisonnement, ils seraient plus à même de communiquer avec leurs patients pour valider ou invalider leurs hypothèses. Il existe aussi plusieurs types de biais cognitifs : biais de statu quo, biais de confirmation, et tâche aveugle, pour en citer quelques-uns.

4.6.4. Le manque de communication

Selon de nombreuses études, la mauvaise communication entre le MG et son patient, induite par la certitude de l'intuition du médecin, serait l'un des plus gros facteurs dans la surprescription d'antibiotiques (55,65,81). Les MG préfèrent ne pas demander directement au patient quelles sont ses attentes afin d'éviter un potentiel conflit dans le cas où le patient souhaiterait vraiment un antibiotique (67,81). Ils préfèrent utiliser des méthodes indirectes telles que laisser le patient parler en espérant qu'il exprime ses attentes, choisir ses mots lors de l'examen clinique afin de rassurer et « d'éloigner » le patient des antibiotiques afin qu'il change d'avis. Ces méthodes permettent au MG d'éviter le dialogue direct sur les attentes du patient qui, selon lui, est source de tensions, afin de préserver une bonne relation médecin-patient tout en satisfaisant ce dernier (81). C'est le cas également en cas de stress, anxiété ou fatigue chez le médecin, quand celui-ci n'a pas la force ni le temps d'affronter une potentielle confrontation avec le patient (67). Dans une étude islandaise de 2005, nombreux médecins affirmaient d'ailleurs avoir déjà prescrit des antibiotiques par manque d'énergie et de patience face au patient (67). Depuis les années 1990, le rôle de la charge de travail trop importante dans la surprescription est déjà discutée (46). En 1998, Butler (35) évoquait déjà comme raison non médicale de prescription les préoccupations

concernant l'emploi du temps chargé, la salle d'attente pleine et le temps limité de consultation, la fatigue physique et mentale du MG. Cela est encore d'actualité aujourd'hui (5,8,33,55,58,65,82,83).

La prescription inappropriée d'antibiotiques est donc en partie basée sur les suppositions que fait le MG sur les attentes du patient, celui-ci ne les exprimant que rarement de façon explicite, laissant la place aux erreurs et incompréhensions. Il paraît donc essentiel d'améliorer la communication entre le MG et son patient, en se penchant notamment sur les modes de raisonnements, et une étude a montré que les MG qui ont reçu une formation en communication prescrivent moins que ceux qui ne l'ont pas reçue (27% de prescription contre 54%) (60).

5 CONCLUSION

Dans la majorité des consultations, les patients attendent le soulagement de leurs symptômes et des explications, des conseils et de la réassurance. Ces attentes sont rarement explicites. Le MG perçoit des pressions de prescriptions implicites de la part des patients qui semblent, en réalité, inexistantes. Selon les études de notre revue, le MG surestime de façon importante l'attente d'antibiotiques des patients. Or, les attentes des patients (réelles ou perçues) représentent le facteur majeur de prescriptions. Les médecins semblent être dans un système de pensée intuitive, fréquente dans les milieux professionnels de la décision, rapide et efficace mais raccourcie et erronée. Ils ne questionnent pas directement les patients sur leurs attentes et montrent une trop grande confiance dans leur interprétation et leur ressenti de pression implicite. Cette revue de la littérature a permis de créer un outil de non-prescription d'antibiotiques, avec les stratégies les plus efficaces en termes de communication, de pratique ou de renforcement des comportements. Un prochain travail de recherche qualitatif explorera comment les médecins imaginent terminer leurs consultations pour virose en l'absence de prescription.

Le Doyen de l'Université :

Pierre CLAVELOU



Le Président du Jury :

Cécile HENQUELL

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Klein EY, Milkowska-Shibata M, Tseng KK, Sharland M, Gandra S, Pulcini C, et al. Assessment of WHO antibiotic consumption and access targets in 76 countries, 2000–15: an analysis of pharmaceutical sales data. *Lancet Infect Dis*. 2021 Jan;21(1):107–15.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption - Annual Epidemiological Report for 2019 [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 4]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-consumption-europe-2019>
3. Cavalié P, Hider-Mlynarz K. ANSM - L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015 [Internet]. ANSM; 2017 [cited 2022 Jul 9]. Available from: https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-08/ANSM-rapport-antibio_2016_bd2.pdf
4. Villanueva T. Europe clamps down on antibiotic misuse. *Can Med Assoc J*. 2012 Jan 10;184(1):E31–2.
5. Oxford J, Goossens H, Schedler M, Sefton A, Sessa A, Velden A. Factors influencing inappropriate antibiotic prescription in Europe. *Educ Prim Care Off Publ Assoc Course Organ Natl Assoc GP Tutors World Organ Fam Dr*. 2013 Jul 1;24:291–3.
6. McNulty CA, Nichols T, French DP, Joshi P, Butler CC. Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care: the RTI clinical iceberg. *Br J Gen Pract*. 2013 Jul;63(612):e429–36.
7. Ashworth M, Charlton J, Ballard K, Latinovic R, Gulliford M. Variations in antibiotic prescribing and consultation rates for acute respiratory infection in UK general practices 1995–2000. *Br J Gen Pract*. 2005 Aug 1;55(517):603–8.
8. Cernadas. La indicación inadecuada e innecesaria de antibióticos; un problema creciente. *Arch Argent Pediatr*. 2015 Feb 1;113(1).
9. O'Neill J. Review on Antimicrobial Resistance - Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 9]. Available from: https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf
10. Federal Ministry of Health. DART - German Antimicrobial Resistance Strategy [Internet]. 2008 [cited 2022 Jul 9]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/DART_-_German_Antimicrobial_Resistance_Strategy.pdf
11. The Federal Government. DART 2020 - Fighting antibiotic resistance for the good of both humans and animals [Internet]. 2013 [cited 2022 Jul 9]. Available from:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/BMG_DART_2020_Bericht_en.pdf

12. Cross ELA, Tolfree R, Kipping R. Systematic review of public-targeted communication interventions to improve antibiotic use. *J Antimicrob Chemother.* 2017 Apr 1;72(4):975–87.
13. Gobierno de España. Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) 2019-2021 [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); 2019 [cited 2022 Jul 9]. Available from: https://resistenciaantibioticos.es/en/system/files/field/files/pran_2019-2021_0.pdf?file=1&type=node&id=497&force=0
14. Department of Health. Ireland’s National Action Plan on Antimicrobial Resistance 2017-2020 (iNAP1) [Internet]. 2017 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <https://assets.gov.ie/9519/afcba9bce7c54bf9bcbe9a74f49fdaf2.pdf>
15. Department of Health. Ireland’s second One Health National Action Plan on Antimicrobial Resistance 2021-2025 (iNAP2) [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <https://assets.gov.ie/204952/75635d71-abf8-4f07-88f7-9465c8da7e6e.pdf>
16. Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 [Internet]. 2017. Available from: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2660_allegato.pdf
17. Government Offices of Sweden. Swedish strategy to combat antibiotic resistance [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <http://strama.se/wp-content/uploads/2016/06/swedish-strategy-to-combat-antibiotic-resistance-1.pdf>
18. Government Offices of Sweden. Swedish Strategy to Combat Antibiotic Resistance 2020–2023 [Internet]. [cited 2022 Jul 9]. Available from: https://www.government.se/499178/globalassets/government/dokument/socialdepartementet/amr_strategi_eng_web.pdf
19. Norwegian Ministries. National Strategy against Antibiotic Resistance 2015–2020 [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5eaf66ac392143b3b2054aed90b85210/antibiotic-resistance-engelsk-lavoppløst-versjon-for-nett-10-09-15.pdf>
20. Wutzke SE, Artist MA, Kehoe LA, Fletcher M, Mackson JM, Weekes LM. Evaluation of a national programme to reduce inappropriate use of antibiotics for upper respiratory tract infections: effects on consumer awareness, beliefs, attitudes and behaviour in Australia. *Health Promot Int.* 2007 Mar 1;22(1):53–64.
21. Final Progress Report: Australia’s First National Antimicrobial Resistance Strategy 2015-2019 [Internet]. Antimicrobial resistance. Antimicrobial resistance; 2021 [cited 2022 Jul 4].

Available from: <https://www.amr.gov.au/news/final-progress-report-australias-first-national-antimicrobial-resistance-strategy-2015-2019>

22. Public Health Agency of Canada. Résistance et recours aux antimicrobiens au Canada : cadre d'action fédéral [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3296046>
23. Filippini M, Ortiz LGG, Masiero G. Assessing the impact of national antibiotic campaigns in Europe. *Eur J Health Econ*. 2013;14(4):587–99.
24. 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 1;66(12):2872–9.
25. Bara W, Brun-Buisson C, Coignard B, Watier L. Outpatient Antibiotic Prescriptions in France: Patients and Providers Characteristics and Impact of the COVID-19 Pandemic. *Antibiotics*. 2022 May;11(5):643.
26. Blix HS, Høye S. Use of antibiotics during the COVID-19 pandemic. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internet]. 2021 Feb 12 [cited 2022 Jul 4]; Available from: <https://tidsskriftet.no/en/2021/02/kort-rapport/use-antibiotics-during-covid-19-pandemic>
27. Buehrle DJ, Wagener MM, Nguyen MH, Clancy CJ. Trends in Outpatient Antibiotic Prescriptions in the United States During the COVID-19 Pandemic in 2020. *JAMA Netw Open*. 2021 Sep 22;4(9):e2126114.
28. Hersh AL, Kronman MP. Inappropriate Antibiotic Prescribing: Wind at Our Backs or Flapping in the Breeze? *Pediatrics*. 2017 Apr;139(4):e20170027.
29. IPSOS 2005. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Paris: Cnamts; 2005.
30. Schwartz RK, Soumerai SB, Avorn J. Physician motivations for nonscientific drug prescribing. *Soc Sci Med*. 1989 Jan 1;28(6):577–82.
31. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. [Internet]. Paris: CNAMTS; 2005 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=331929>
32. Hamm R, Hicks RJ, Bembien D. Antibiotics and respiratory infections: Are patients more satisfied when expectations are met? *J Fam Pract*. 1996;43:56–62.
33. Feller E. Why do doctors overprescribe antibiotics? *R I Med J*. 2019;3.

34. Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen MM. Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of patient expectations in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 1997 Jan 1;15(3):118–22.
35. 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.
36. Cole A. GPs feel pressurised to prescribe unnecessary antibiotics, survey finds. *BMJ*. 2014 Aug 19;349(aug19 15):g5238–g5238.
37. Glover RE, Dangoor M, Mays N. Antibiotic resistance: don't blame patients. *BMJ*. 2019 Mar 19;11218.
38. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;n71.
39. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 2015 Jan 1;15(157):50–4.
40. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles - ScienceDirect. *Kinésithérapie Rev*. 2015;15(157):34–8.
41. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez JP, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. *Thérapies*. 2003 Nov;58(6):513–7.
42. Francois Watkins LK, Sanchez GV, Albert AP, Roberts RM, Hicks LA. Knowledge and Attitudes Regarding Antibiotic Use Among Adult Consumers, Adult Hispanic Consumers, and Health Care Providers — United States, 2012–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015 Jul 24;64(28):767–70.
43. Altiner A. Acute cough: a qualitative analysis of how GPs manage the consultation when patients explicitly or implicitly expect antibiotic prescriptions. *Fam Pract*. 2004 Oct 1;21(5):500–6.
44. Faber MS, Heckenbach K, Velasco E, Eckmanns T. Antibiotics for the common cold: expectations of Germany's general population. *Eurosurveillance*. 2010 Sep 2;15(35):19655.
45. Vanden Eng J, Marcus R, Hadler JL, Imhoff B, Vugia DJ, Cieslak PR, et al. Consumer Attitudes and Use of Antibiotics. *Emerg Infect Dis*. 2003 Sep;9(9):1128–35.
46. Davey P, Pagliari C, Hayes A. The patient's role in the spread and control of bacterial resistance to antibiotics. *Clin Microbiol Infect*. 2002 Jan 1;8:43–68.

47. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations—a questionnaire study. *BMJ*. 1997 Aug 30;315(7107):520–3.
48. 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 Nov 8;315(7117):1211–4.
49. Barré T. Perception et attentes concernant la prescription médicamenteuse des patients consultant en médecine générale : approche qualitative / par Thomas Barré ; sous la direction de Florence Adeline-Duflo. Université Paris Est Créteil; 2016.
50. Garet A. Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des français en cas de pathologies bénignes. Enquête d'opinion évaluant la demande de traitement médicamenteux des Français. Enquête qualitative évaluant les facteurs associés à l'attente de médicaments. 2011.
51. Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A, Rochoy M, Messaadi N. Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. *Exercer*. 2015 Feb 1;117:13–21.
52. Charra E Farge, Thierry. Représentations et vécu des patients a propos de la non-prescription médicale: étude qualitative a partir de 4 focus groups. Université Claude Bernard (Lyon); 2012.
53. Mouret-Bonzi M. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014. Université Lille 2; 2015.
54. Britten N, Ukoumunne OC, Boulton MG. Patients' attitudes to medicines and expectations for prescriptions: Patients' attitudes to medicines. *Health Expect*. 2002 Sep;5(3):256–69.
55. Onteniente S, Fournet S. Déterminants de la prescription des antibiotiques en médecine générale: analyse qualitative dans la région du Centre Hospitalier Annecy Genevois. 2017;75.
56. Hansen MP, Hoffmann TC, McCullough AR, van Driel ML, Del Mar CB. Antibiotic Resistance: What are the Opportunities for Primary Care in Alleviating the Crisis? *Front Public Health*. 2015 Feb 24;3:35.
57. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests: A Systematic Review. *JAMA Intern Med*. 2015 Feb 1;175(2):274–86.
58. Fletcher-Lartey S, Yee M, Gaarslev C, Khan R. Why do general practitioners prescribe antibiotics for upper respiratory tract infections to meet patient expectations: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016 Oct;6(10):e012244.

59. Napolitano F, Izzo MT, Di Giuseppe G, Angelillo IF. Public Knowledge, Attitudes, and Experience Regarding the Use of Antibiotics in Italy. Cloeckaert A, editor. PLoS ONE. 2013 Dec 23;8(12):e84177.
60. Llor C. Uso prudente de antibióticos y propuestas de mejora desde la atención primaria 2018. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 2010 Nov 1;28:17–22.
61. Feron JM, Legrand D, Pestiaux D, Tulkens P. Prescription d’antibiotiques en médecine générale en Belgique et en France : entre déterminants collectifs et responsabilité individuelle. *Pathol Biol*. 2009 Feb;57(1):61–4.
62. Kianmehr H, Sabounchi NS, Seyedzadeh Sabounchi S, Cosler LE. Patient expectation trends on receiving antibiotic prescriptions for respiratory tract infections: A systematic review and meta-regression analysis. *Int J Clin Pract*. 2019;73(7):e13360.
63. Gaarslev C, Yee M, Chan G, Fletcher-Lartey S, Khan R. A mixed methods study to understand patient expectations for antibiotics for an upper respiratory tract infection. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2016 Dec;5(1):39.
64. Murphy M, Byrne S, Bradley CP. Influence of patient payment on antibiotic prescribing in Irish general practice: a cohort study. *Br J Gen Pract*. 2011 Sep;61(590):e549–55.
65. Baummer - Carr A, Nicolau DP. The challenges of patient satisfaction: influencing factors and the patient – provider relationship in the United States. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2017 Oct 3;15(10):955–62.
66. Scott J, Cohen D, DiCicco-Bloom B, Orzano A, Jaén C, Crabtree BF. Antibiotic use in acute respiratory infections and the ways patients pressure physician for a prescription. *J Fam Pract*. 2001 Nov 1;50:853–8.
67. Petursson P. GPs’ reasons for “non-pharmacological” prescribing of antibiotics A phenomenological study. *Scand J Prim Health Care*. 2005 Jun;23(2):120–5.
68. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*. 2000 Feb 19;320(7233):484–8.
69. Akkerman AE, Kuyvenhoven MM, van der Wouden JC, Verheij TJM. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *J Antimicrob Chemother*. 2005 Nov 1;56(5):930–6.
70. Coenen. Antibiotic prescribing for acute cough: the effect of perceived patient demand - 2006. *Br J Gen Pract*. 2006;8.
71. Llor C, Bjerrum L, Munck A, Cots JM, Hernández S, Moragas A. Access to Point-of-Care Tests Reduces the Prescription of Antibiotics Among Antibiotic-Requesting Subjects With Respiratory Tract Infections. *Respir Care*. 2014 Dec 1;59(12):1918–23.

72. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. 2004 Feb 21;328(7437):444.
73. Braun BL, Fowles JB. Characteristics and experiences of parents and adults who want antibiotics for cold symptoms. *Arch Fam Med*. 2000 Jul 1;9(7):589–95.
74. Cals JW, Boumans D, Lardinois RJ, Gonzales R, Hopstaken RM, Butler CC, et al. Public beliefs on antibiotics and respiratory tract infections: an internet-based questionnaire study. *Br J Gen Pract*. 2007 Dec 1;57(545):942–7.
75. Welschen I. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. *Fam Pract*. 2004 Jun 1;21(3):234–7.
76. van Driel ML, Sutter AD, Deveugele M, Peersman W, Butler CC, Meyere MD, et al. Are Sore Throat Patients Who Hope for Antibiotics Actually Asking for Pain Relief? *Ann Fam Med*. 2006 Nov 1;4(6):494–9.
77. Coenen S, Francis N, Kelly M, Hood K, Nuttall J, Little P, et al. Are Patient Views about Antibiotics Related to Clinician Perceptions, Management and Outcome? A Multi-Country Study in Outpatients with Acute Cough. Palaniyar N, editor. *PLoS ONE*. 2013 Oct 23;8(10):e76691.
78. Adam L. Sharp MD, Ernest Shen P, Michael H. Kanter MD, Laura J. Berman MPH, Michael K. Gould MD. Low-Value Antibiotic Prescribing and Clinical Factors Influencing Patient Satisfaction. *Am J Manag Care*. 2017 Oct 13;23(10).
79. Arzur J. Le refus de prescription: impact sur la relation médecin-patient. Université de Caen; 2011.
80. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. 1st pbk. ed. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011. 499 p.
81. Mustafa M, Wood F, Butler CC, Elwyn G. Managing Expectations of Antibiotics for Upper Respiratory Tract Infections: A Qualitative Study. *Ann Fam Med*. 2014 Jan 1;12(1):29–36.
82. Coenen S, Michiels B, Van Royen P, Van der Auwera JC, Denekens J. Antibiotics for coughing in general practice: a questionnaire study to quantify and condense the reasons for prescribing. *BMC Fam Pract*. 2000;3(1):16.
83. Kumar S. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. *BMJ*. 2003 Jan 18;326(7381):138–138.

ANNEXES

Annexe I : Equation de recherche

- Equation de recherche PubMed :

(Anti-Bacterial Agents[MeSH Terms]) AND (Physician-Patient Relations[MeSH Terms])

OR

(antibiotic*[Title] OR antibiotherap*[Title])

AND

(expectation*[Title] OR attitude*[Title] OR request*[Title] OR unreasonable[Title] OR demand*[Title] OR pressurised[Title] OR Unnecessary[Title] OR overprescribe[Title] OR Inappropriate[Title] OR influencing[Title] OR misuse[Title] OR discussing[Title] OR Communication[Title] OR Difficult patients[Title] OR Difficult patient[Title] OR Patient pressure[Title] OR Patients pressure[Title] OR Parent pressure[Title] OR Parents pressure[Title] OR (pressure[Title] AND (prescribing[Title] OR prescribe[Title] OR prescription[Title] OR prescriptions[Title])))

- Equation de recherche EMBase

(Antibiotic agent) AND (Prescription) AND (Expectation)

OR

(antibiotic*[Title] OR antibiotherap*[Title])

AND

(expectation*[Title] OR attitude*[Title] OR request*[Title] OR unreasonable[Title] OR demand*[Title] OR pressurised[Title] OR Unnecessary[Title] OR overprescribe[Title] OR Inappropriate[Title] OR influencing[Title] OR misuse[Title] OR discussing[Title] OR Communication[Title] OR Difficult patients[Title] OR Difficult patient[Title] OR Patient pressure[Title] OR Patients pressure[Title] OR Parent pressure[Title] OR Parents pressure[Title] OR (pressure[Title] AND (prescribing[Title] OR prescribe[Title] OR prescription[Title] OR prescriptions[Title])))

- Equation de recherche Cochrane :

(antibiotic*:ti OR antibiotherap*:ti)

AND

(expectation*:ti OR attitude*:ti OR request*:ti OR unreasonable:ti OR demand*:ti OR pressurised:ti OR Unnecessary:ti OR overprescribe:ti OR Inappropriate:ti OR influencing:ti OR misuse:ti OR discussing:ti OR Communication:ti OR Difficult patients:ti OR Difficult patient:ti OR Patient pressure:ti OR Patients pressure:ti OR Parent pressure:ti OR Parents pressure:ti OR (pressure:ti AND (prescribing:ti OR prescribe:ti OR prescription:ti OR prescriptions:ti)))

Annexe II : outil pour réduire les prescriptions d'antibiotiques



Communication, raisonnement : éviter les intuitions et préférer l'analyse

- **DEMANDER** : « Qu'attendez-vous de cette consultation ? Attendez-vous des antibiotiques ? » :
 - Les antibiotiques ne sont PAS l'attente principale des patients. Les réponses pourraient vous surprendre.
- **EXPLIQUER** « le rhume guérit en une semaine sans traitement et en 7 jours avec un traitement » :
 - L'évolution de la maladie, le rôle et les effets secondaires des antibiotiques, leur inefficacité sur les viroses. C'est long la première fois mais c'est du temps et des consultations de gagné à long terme ...



Pratique :

- Utiliser le tiers payant pour ne pas se sentir redevable au patient pour l'argent dépensé
- Demander l'avis d'un confrère pour rassurer le patient
- Utiliser les fiches conseils de la HAS ou CPAM
- Limiter la fatigue, le stress et les pressions de temps (utiliser des cotations adaptées pour certaines consultations longues : MPH, Dépression, etc ..)
- Limiter l'incertitude
 - Avec des **examens complémentaires** tests rapides (BU, streptotest)
 - Mettre en place un **suivi** pour réévaluer et expliquer l'évolution des symptômes
 - Faire un **examen commenté** dès le début de la consultation



Renforcement positif ou négatif :

- Prescrire de façon inappropriée renforce la croyance du patient sur l'efficacité ubiquitaire des antibiotiques
- Les patients recevant des antibiotiques consultent plus et attendent plus d'antibiotiques (attention au cercle vicieux)
- Ne pas prescrire est un investissement en temps pour les consultations suivantes (cercle vertueux et de gain de temps).

97% des patients sont satisfaits de leur médecin avec ou sans d'antibiotiques !

Les médecins utilisant plusieurs stratégies prescrivent d'autant moins d'antibiotiques

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Angélique GUGLIELMI

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Angélique GUGLIELMI

RESUME

Les attentes des patients lorsque le médecin généraliste ressent une pression de prescription d'antibiotiques.

Une revue systématique de la littérature

CONTEXTE La surconsommation d'antibiotiques est un problème persistant de santé publique à l'échelle mondiale. Elle entraîne une résistance bactérienne qui est responsable de 700 000 décès par an au niveau mondial. De nombreux médecins généralistes (MG) affirment ressentir une pression de prescription (PP) d'antibiotiques de la part des patients. Plusieurs études confirment cette PP, tandis que d'autres estiment qu'elle est surestimée et erronée.

OBJECTIF Analyser quelles sont les attentes des patients lorsque le MG ressent une PP d'antibiotiques, et secondairement, rechercher le rôle des attentes du patient dans la PIA.

METHODE Revue de la littérature effectuée dans PubMed, EMBase et Cochrane, de 2002 à 2019. Sélection des articles selon des grilles de qualité adaptées et rédaction de la revue de la littérature selon les recommandations PRISMA.

RESULTATS La PP est bien réelle et dans certains cas le patient attend des antibiotiques de la consultation (7,7 à 53%). Mais les patients veulent majoritairement être soulagés de leurs symptômes (44 à 58%), des explications ou avoir un diagnostic (7 à 47%), obtenir des prescriptions autre que des antibiotiques (22 à 44,4%) ou être rassurés (12 à 42%).

CONCLUSION L'attente majoritaire des patients est le soulagement des symptômes. Les attentes sont rarement exprimées de façon explicite par le patient et le MG surestime l'attente d'antibiotiques. Les attentes du patient, réelles ou perçues, sont le facteur prédictif de prescription le plus important. Le MG semble être dans un système de pensée intuitive, faisant obstacle à la bonne communication avec son patient.

Mots-clés : pression de prescription ; attentes ; relation médecin-patient ; antibiotiques