

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 15 décembre 2020

Par Laure Dagonne

Née le 11 février 1989 à Limoges

**Opinions des patients concernant l'antibiothérapie dans les
infections respiratoires en médecine générale.**

Thèse dirigée par Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER
M. le Professeur Jean-François FAUCHER
M. le Professeur Louis MERLE
Mme le Docteur Léa SEVE

Présidente du jury
Juge
Juge
Juge





Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 décembre 2020

Par Laure Dagorne

Né(e) le 11 février 1989 à Limoges

Opinions des patients concernant l'antibiothérapie dans les infections respiratoires en médecine générale.

Thèse dirigée par Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER
M. le Professeur Jean-François FAUCHER
M. le Professeur Louis MERLE
Mme le Docteur Léa SEVE

Présidente du jury
Juge
Juge
Juge



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 7 septembre 2020

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE

OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS

SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2020 au 31-08-2021)
-----------------------	---

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 01-09-2018 au 31-12-2020)
SEVE Léa	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020

BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2020
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TREVES Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2021

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 12 juin 2020

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE

BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHASSANG-BRUZEAU Anne-Hélène	RADIOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE

MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Néant

A mon papi Mars, la voilà !

Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, présidente du jury et directrice de thèse.

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail.

Je vous remercie pour votre grande disponibilité et votre réassurance dans ce travail et également au cours de mes stages à vos côtés. Vos enseignements ont eu, et continuent d'avoir, une grande influence sur mon parcours.

Merci pour votre aide au-delà de la sphère universitaire.

Pour tout cela je tiens à vous témoigner ma sincère gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-François FAUCHER,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Je tiens à vous témoigner de mes sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Professeur Louis MERLE,

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Léa SEVE,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, chère Léa. Ça a été un plaisir de croiser ta route et de partager de beaux moments de notre internat ensemble. Nos consultations à l'Entrepôt me manquent.

Aux participants de l'étude, veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A tous ceux qui ont contribué à ma formation, des rencontres belles ou moins belles, toutes enrichissantes.

Mention spéciale au service de Gastro-entérologie de l'hôpital de Guéret, en particulier Caroline, Christine, Béatrice, Chantal Lesouple et M. Tabouret. Ce semestre avec vous a été le plus épanouissant et drôle de mon internat. Merci les filles et merci Alain.

A ma famille et mes amis, ça va être cucul :

A mon Adèle avec un grand A. Tu as changé ma vie de la plus belle des façons. La pudeur m'interdit de trop en dire, mais c'est gros comme ça !

Comme dit la maman d'Archibald : *je t'aime chaque jour et pour toujours*. Merci d'être là ma craquette.

A Chantal, mon premier bébé, grougrou ronron gouzigouzigouzi.

A Ks...ah Ks! Le plus beau des sosies d'un certain nageur, le plus drôle des blagues JFK, le meilleur des brasseurs et le plus doux des papas.

Je sais que la dernière ligne droite fut usante...Merci pour tout, j'espère que tu es fier de moi.

C'est quoi un Chai qui se promène sans but sur l'Himalaya ?

Merci au ballon de pilates Décath qui se reconnaîtra.

A mes parents, les deux personnes que j'admire le plus.

Merci de m'accompagner et me soutenir depuis toujours. Merci papa d'avoir été avec moi dans cet amphi de P1 le jour des choix et de m'avoir accompagnée pour les ECN. Merci maman pour toutes ces heures passées à mes côtés à me gratter le dos pendant que je révisais.

Et bien plus encore.

J'espère que vous aurez apprécié ces « années médecine » et mes efforts constants pour maintenir une certaine dose de suspense à chaque fin d'année. Faire durer ce plaisir pour la thèse était la suite logique des choses. J'espère que ça vous a plu.

Enfin fini ! Je vous aime.

Benoit, mon frère préféré, bricoleur pour rappeur et cinéphil collins.

Merci pour ton soutien et pour ce lien si fort qui nous uni. (son de violon) Je t'aime et je suis fière d'être ta sœur.

Camille, ma sœur préférée, dresseuse de cochons d'Inde, gardienne de la santé bucco-dentaire des licornes. Je t'aime mon petit chat et je t'attends en Martinique pour notre cabinet science et pole dance. (Ça rime)

Papi, c'est grâce à tes histoires que j'ai voulu devenir médecin. Merci pour tout et particulièrement pour Blaise Cendrars, Boris Vian et la peinture.

Mamie, c'est grâce à tes histoires que je n'ai pas voulu devenir joueuse de bridge. Merci pour ton amour, ton soutien et tes blagues.

Merci à vous deux de m'avoir suivie et soutenue depuis toujours, dans mon travail et ailleurs. Je vous aime.

Merci à mes amis pour votre soutien durant cette période légèrement stressante.

Mélanie, depuis que je t'ai lavé le nez dans la campagne cambodgienne j'ai senti qu'un lien très fort allait se tisser entre nous.

Ton amitié m'est précieuse, je serai toujours là pour t'accompagner à la toilette.

Merci pour ton aide et tes encouragements.

Pierre, le frère de ma sœur, égérie de Sister May, je t'admire, tu es grand même si quand même moins que Ks.

A vous trois, je vous souhaite énormément de bonheur. Je vous aime bien.

Laure, mon petit saumon zébré. Tellement de choses à dire, des souvenirs, des heures de BU, des litres de BU.

Des moments pas faciles dans la chambre d'amis du lapereau, l'adoption de Bénédicte...tu fais partie de la famille ! Merci d'être à mes côtés depuis toutes ces années.

Momo, si je devais avoir une coloscopie je voudrais que ce soit toi qui la fasses.

Merci d'avoir rendu ces « années médecine » plus belles et les matins qui chantent.

Malgré la distance tu restes *ma préférence à moi*. Attention au *coup de soleil* à la Réunion.

Popo, trampoline guichard. Merci pour nos voyages à l'autre bout du monde et tes précieux conseils pour la thèse et à peu près sur tous les autres sujets.

Je ne sais pas si on se reverra un jour, je n'ai toujours pas trouvé Cherbourg sur la carte.

Je te souhaite du bonheur avec Marco et Daniel Guichard. (et j'espère que tu as arrêté le vélo !)

Hélène, l'autre veggio. Réunies par une passion commune pour une certaine phase de la lune, tu m'inspires professionnellement et personnellement (et décorativement).

En chantier de vous connaître.

Pauline et Romie, la plus belle rencontre de ma maternité. Merci pour nos échanges quotidiens. On continue à s'éveiller difficilement.

Je nous souhaite de vivre avec des chèvres.

Alex, sirène yogi, merci pour tes encouragements, ta joie communicative et ta relecture du résumé !

Marie Doula, pour les bons moments qui font oublier qu'on n'a pas dormi plus de 3h d'affilée depuis bien trop longtemps. Remets ton masque !

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	21
I. Contexte.....	23
I.1. Les antibiotiques et l'antibiorésistance.....	23
I.1.1. Définitions	23
I.1.1.1. Antibiotiques.....	23
I.1.1.2. Antibiorésistance	23
I.1.2. Historique	23
I.2. La « crise » d'antibiorésistances actuelle.....	25
I.2.1. État des lieux sur la consommation d'antibiotiques en France	26
I.2.2. Prescriptions inappropriées	30
I.2.3. Usage en santé animale et dans l'environnement	31
I.2.4. Nombre limité d'antibiotiques disponibles.....	31
I.3. Analyse des prescriptions d'antibiotiques dans les infections respiratoires en France....	32
I.3.1. Déterminants de la prescription.	32
I.3.1.1. Du point de vue des médecins : études PAAIR	32
I.3.1.2. Opinions des patients.....	33
II. Methode	35
II.1. Objectif principal.....	35
II.2. Objectifs secondaires	35
II.3. Choix de la méthode	35
II.4. Mode de recrutement de la population d'étude.....	35
II.5. Le guide d'entretien qualitatif	35
II.6. La fiche de recueil préalable	36
II.7. Déroulement des focus groupes	36
II.8. Retranscription	37
II.9. Analyse des données.....	37
III. Résultats	39
III.1. Données sociologiques des participants :	39
III.2. Résultats du codage thématique.....	40
III.2.1. Infections respiratoires justifiant une consultation d'après les participants.....	40
III.2.1.1. Les maladies.	40
III.2.1.2. Les symptômes	41
III.2.1.3. Les motifs de non-consultation.....	41
III.2.2. Infections respiratoires justifiant une prescription d'antibiotiques.	41
III.2.2.1. Les maladies	41
III.2.2.2. Situations cliniques amenant à une prescription d'antibiotique.....	42
III.2.3. Traitements adjuvants aux prescriptions d'ATB.....	43
III.2.3.1. Traitements médicamenteux	43
III.2.3.2. Automédication.....	43
III.2.3.3. Méthodes non médicamenteuses.	44
III.2.4. Avantages des antibiotiques	44
III.2.5. Inconvénients.....	45
III.2.5.1. Effets secondaires.....	45
III.2.5.2. Résistance.....	46
III.2.5.3. Effets sur le système immunitaire	46

III.2.5.4. Modalités de prise	47
III.2.5.5. Modalités de délivrance.....	47
III.2.5.6. Interactions.....	47
III.2.5.7. Connaissances insuffisantes.....	47
III.2.5.8. Impact environnemental.....	48
IV. Discussion	49
IV.1. Discussion de l'analyse matricielle	49
IV.1.1. Les motifs de recours à une consultation médicale.....	49
IV.1.2. Les indications à recevoir une antibiothérapie	50
IV.1.3. Les traitements adjuvants.....	51
IV.1.4. Les avantages des antibiotiques.....	52
IV.1.5. Les inconvénients des antibiotiques.....	53
IV.2. Discussion des principaux résultats et confrontation avec la littérature existante	54
IV.2.1. Connaissances générales sur les antibiotiques	54
IV.2.2. Concernant les traitements adjuvants et l'automédication	56
IV.2.3. Impact des campagnes d'information.....	57
IV.2.4. Concernant les avantages des antibiotiques.....	58
IV.2.5. Inconvénients	58
IV.2.6. La Relation médecin malade	60
IV.3. Forces et faiblesses de l'étude	61
IV.3.1. Avantages.....	61
IV.3.2. Limites de la méthode	61
IV.3.2.1. Biais de recrutement	61
IV.3.2.2. Biais de désirabilité	61
IV.3.2.3. Biais de participation.....	62
Conclusion	63
Références bibliographiques.....	65
Annexes	69
Serment d'Hippocrate	73

Table des illustrations

Figure 1 : Publicité de l'entreprise Schenley datant de 1944 (source musée des sciences de Londres)	24
Figure 2 Dates de mise sur le marché et d'apparition des premières résistances pour les principales molécules antibiotiques. Source HCSP 2010	25
Figure 3: Évolution de la consommation d'antibiotiques en ville mesurée en nombre de DDJ pour 1000 habitants/jour entre 2000 et 2016 (source ANSM).....	27
Figure 4 : Consommation d'antibiotiques à usage systémique par pays et par groupes ATC en secteur de ville en Europe en 2017, exprimée en DDJ/1000habitants/jour (source ESAC-NET).....	28
Figure 5 : Évolution de la consommation d'antibiotiques en France en secteur de ville selon les régions entre 2009 et 2018 (DDJ)	29
Figure 6 : Motifs de prescription antibiotique en 2016 en ville (source ANSM).....	30
Figure 7 : Proportion d'infections virales (bronchite, rhinopharyngite, syndrome grippal) dans les prescriptions d'antibiotiques en Europe en 2009 (source IMS HEALTH).....	30
Figure 8 Évolution des prescriptions d'antibiotiques pour les bronchites en Europe entre 2004 et 2009 (source IMS Health 2009)	31

Table des tableaux

Tableau 1 : Données sociodémographiques de la population étudiée.	39
Tableau 2 : Motifs de consultation médicale en fonction du genre.	49
Tableau 3 : Indications des antibiotiques selon l'âge des participants.....	50
Tableau 4 : Indications des antibiotiques selon le genre des participants.	51
Tableau 5 : Indications des antibiotiques selon les catégories socio-professionnelles des participants.....	51
Tableau 6 : Traitements pris par les participants lors d'infections respiratoires, en fonction du type d'infection et du genre.	52
Tableau 7 : principaux avantages des ATB selon l'âge des participants	53
Tableau 8 : Opinions sur les inconvénients des ATB selon la catégorie socio-professionnelle des participants.	53

Introduction

Depuis leur découverte et leurs premières utilisations thérapeutiques dans les années 1940, les antibiotiques ont permis un recul considérable de la mortalité infectieuse, contribuant à une hausse de l'espérance de vie. En cela ils constituent une véritable révolution scientifique.(1)

Malheureusement leur utilisation déraisonnée a contribué à accentuer le phénomène de résistance naturellement existant chez les bactéries et constitue actuellement un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale.

Face à ce danger des actions sont menées, notamment depuis 2015 par l'OMS avec un plan de lutte contre l'antibiorésistance, recommandant aux états membres d'élaborer un plan national d'après le concept « one health » un monde, une santé. Il s'agit d'une approche coordonnée entre les différents secteurs et acteurs concernés : système de soins, filières animales, environnement, recherche, milieu scolaire, santé au travail.(2)

Sans réaction de la communauté internationale, les infections et l'antibiorésistance menacent de devenir la première cause de mortalité dans le monde d'ici 2050 et pourraient être responsable du décès de 10 millions de personnes par an.(3)

La France est l'un des plus gros consommateurs d'antibiotiques en Europe avec une consommation 30% supérieure à la moyenne européenne. En 2012 on estimait que l'antibiorésistance y était responsable de 12 500 décès par an.(4)

Malgré plusieurs campagnes et plans d'action menés depuis 2002, les chiffres de la consommation d'antibiotiques restent élevés. La majorité des prescriptions d'antibiotiques ont lieu en secteur de ville (93%), par des médecins généralistes et l'indication la plus fréquente sont les infections respiratoires, avec un taux de prescriptions inappropriées important.(5)

Les enquêtes s'étant intéressé aux déterminants de la prescription des médecins généralistes révèlent qu'une des causes de prescription inadéquate fréquente est la pression à recevoir un antibiotique ressentie par le médecin, émanant du patient.(6)

Cette pression ressentie dès mes premiers remplacements en médecine générale est ce qui a motivé ce travail de recherche. L'objectif de ce travail sera d'identifier les opinions et les connaissances des patients concernant l'antibiothérapie dans les infections respiratoires en médecine générale. Notre but est de pouvoir proposer des stratégies de communication en médecine générale pour justifier une prescription et surtout d'une non-prescription d'antibiotique.

« L'efficacité des antibiotiques est l'un des piliers de notre santé, nous permettant de vivre plus longtemps, en meilleure santé, et de bénéficier de la médecine moderne. Si nous ne prenons pas des mesures significatives pour mieux prévenir les infections mais aussi pour modifier la façon dont nous produisons, prescrivons et utilisons les antibiotiques, nous allons perdre petit à petit ces biens pour la santé publique mondiale, et les conséquences seront dévastatrices. »

Dr Keiji Fukuda, Sous-Directeur général de l'OMS, 30 avril 2014

I. Contexte

I.1. Les antibiotiques et l'antibiorésistance

I.1.1. Définitions

I.1.1.1. Antibiotiques

Les antibiotiques sont des molécules capables d'inhiber la croissance d'une bactérie (antibiotique bactériostatique), ou d'entraîner sa mort cellulaire (antibiotique bactéricide).

Ce sont des substances soit produites par des microorganismes telluriques (bactéries ou champignons) soit issues de synthèse.

I.1.1.2. Antibiorésistance

L'antibiorésistance se caractérise par son caractère naturel ou acquis, son mécanisme et son support génétique.

La résistance naturelle est une caractéristique propre appartenant à l'ensemble des souches d'une espèce de bactérie face à un antibiotique.

Elle fait partie de son patrimoine génétique car portée par le chromosome.

La résistance peut également être acquise.

Dans ce cas elle est due à une modification génétique : soit une mutation chromosomique ponctuelle, soit une acquisition de gène de résistance porté par des éléments génétiques extra-chromosomiques (plasmides, intégrons et transposons) qui sont transférables à d'autres bactéries par différents mécanismes.

Trois mécanismes principaux sont responsables de la résistance aux antibiotiques :

- un défaut d'affinité via une modification de la cible des antibiotiques ;
- une synthèse d'enzymes par la bactérie inactivant les antibiotiques ;
- une diminution de la quantité d'antibiotiques atteignant la cible, par diminution de la perméabilité bactérienne entraînant une concentration médicamenteuse insuffisante dans l'espace périplasmique ou dans le cytoplasme, ou bien par apparition de systèmes d'efflux responsables d'un relargage de l'antibiotique dans le milieu extérieur.

Plusieurs mécanismes de résistance peuvent exister pour un antibiotique ou une famille d'antibiotiques donnée, et une bactérie peut avoir une résistance à plusieurs molécules expliquant la multirésistance médicamenteuse. (7)

I.1.2. Historique

Des exemples d'utilisation des moisissures pour traiter des infections apparaissent dès l'antiquité.

Dans sa thèse de doctorat soutenue en 1897, "*Contribution à l'étude de la concurrence vitale chez les microorganismes, antagonisme entre les moisissures et microbes*", le français Ernest Duchesne est l'un des premiers à avoir envisagé les possibilités d'activité antimicrobienne des moisissures. Cependant cette découverte passa inaperçue.(8)

C'est en 1928 que le biologiste écossais Sir Alexander Flemming découvre fortuitement la pénicilline.

Cette découverte lui permet en 1945 de partager avec Ernst Boris Chain et Sir Howard Walter Florey, le prix Nobel de médecine pour leurs travaux sur la pénicilline et son application thérapeutique.

A cette occasion, en décembre 1945, lors d'une interview pour le New York Times, Flemming déjà bien conscient des risques liés à la consommation inappropriée d'antibiotiques prévient :

« *Ceux qui abuseront de la pénicilline seront moralement responsables de la mort des patients qui succomberont aux germes résistants, j'espère que ce fléau pourra être évité* ». (9)

En effet, travaillant sur la pénicilline, c'est dès 1940 que Abraham et Chain observent que des extraits de différentes bactéries sont capables de la détruire. A cette époque la pénicilline n'avait pas encore été utilisée en thérapeutique.

Les utilisations médicales de ce premier antibiotique se développèrent entre les deux guerres et il fut utilisé principalement pour soigner les soldats blessés durant la seconde guerre mondiale.

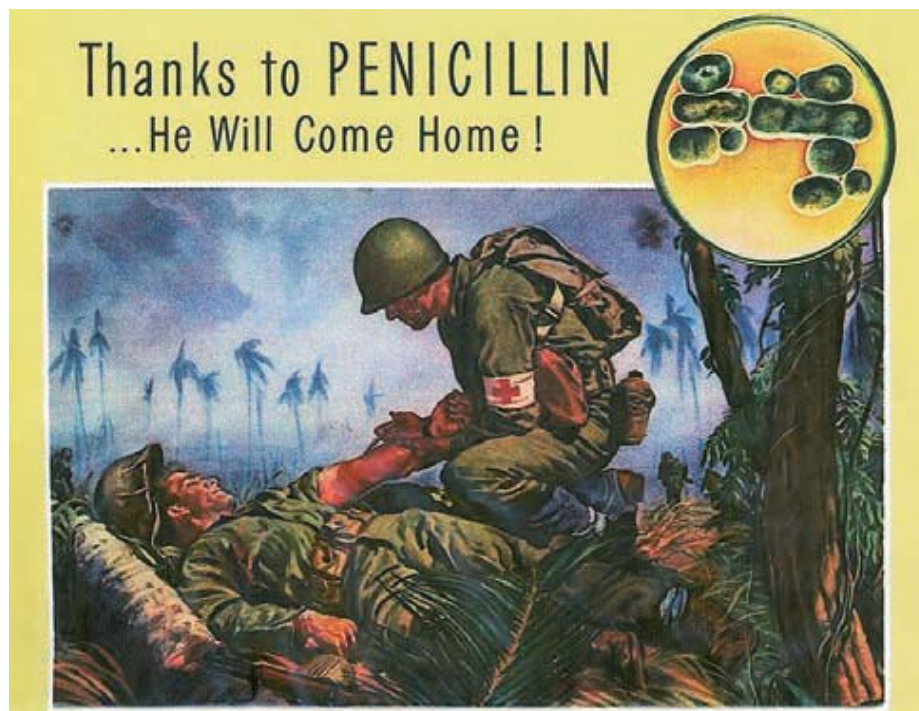


Figure 1 : Publicité de l'entreprise Schenley datant de 1944 (source musée des sciences de Londres)

Les antibiotiques ont ainsi permis de réduire drastiquement la mortalité par maladies infectieuses. Première cause de mortalité en 1940, elles sont aujourd'hui responsables de seulement 2 % des causes de décès en France.

Cependant à chaque découverte de nouvel antibiotique, des bactéries résistantes furent identifiées.

Antibiotique	Année de mise sur le marché	Année de détection des premières résistances acquises (espèces concernées)
Pénicilline	1943	1940 (<i>Staphylococcus aureus</i>)
Streptomycine	1947	1946 (<i>Shigella spp</i>)
Tétracycline	1952	1953 (<i>Shigella dysenteriae</i>)
Méthicilline	1960	1961 (<i>Staph. aureus</i>)
Acide nalidixique	1964	1966 (<i>Escherichia coli</i> , <i>Shigella spp</i>)
Gentamicine	1967	1969 (<i>Staph. aureus</i>)
Vancomycine	1972	1987 (entérocoques)
Céfotaxime	1981	1981 (<i>Enterobacter cloacae</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i>)* 1983 (<i>Klebsiella pneumoniae</i>)**
Linézolide	2000	1999 (<i>Enterococcus faecium</i>)
Daptomycine	2003	1991 (<i>Staph. aureus</i>)

* Hyperproduction de céphalosporinase AmpC
** Bêta-lactamase à spectre étendu

Figure 2 Dates de mise sur le marché et d'apparition des premières résistances pour les principales molécules antibiotiques. Source HCSP 2010

Actuellement pour toutes les classes d'antibiotiques disponibles il existe au moins un mécanisme de résistance.(10)

I.2. La « crise » d'antibiorésistances actuelle

Le rapport O'Neil, publié en 2016, comportait des estimations assez alarmantes sur les conséquences de l'antibiorésistance à l'échelle mondiale.

En effet ce rapport estimait que d'ici 2050, si rien ne change, l'antibiorésistance pourrait devenir la première cause de mortalité dans le monde avec 10 millions de morts par an, devant les cancers (8,2 millions de décès) le diabète (1,5 million), les diarrhées (1,4 million) et les accidents de la route. (1,2 million)(11)

Ce rapport formule également des propositions pour empêcher d'en arriver à cette situation, comme par exemple impliquer d'avantage les professionnels de santé et mettre en œuvre des campagnes de prévention durables.

Actuellement, l'antibiorésistance serait la cause chaque année en France de près de 12 500 décès selon l'étude Burden BMR en 2012.(12)

Les infections à *Staphylocoque Aureus* résistant à la méthicilline (SARM), *E. coli* résistant aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) et *Pseudomonas aeruginosa* résistant aux carbapénèmes sont responsables de 90 à 92% de ces décès.

La majorité des infections prises en compte dans cette étude sont associées aux soins ; au moins 20 à 30% d'entre elles étant considérées comme évitables.

Cependant ces résultats sont probablement sous-estimés car l'étude ne portait que sur des bactéries multi-résistantes (BMR) et des sites infectieux fréquents et ne ciblant que les infections à BMR diagnostiquées à l'hôpital, et pas celles prises en charge en ville.

Au niveau européen, un rapport de l'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), publié en 2018 et basé sur des données de 2015, estimait à environ 33 100 le nombre annuel de décès causés par des bactéries multirésistantes en Europe, sur environ 672 000 patients infectés.

Ces chiffres sont en augmentation par rapport aux données de 2007 où il était question de 25 000 décès attribuables.

Par ailleurs, un rapport du Center Disease Control américain de 2019 et basé sur les données de 2009 à 2011 donnait également un aperçu du poids des infections résistantes aux antibiotiques aux États-Unis, estimant à environ 2 800 000 le nombre annuel d'infections à bactéries résistantes, et à plus de 35 000 le nombre de décès qui leur seraient directement attribuables. Ces résultats sont en augmentation par rapport aux données du précédent rapport de 2013.(13)

I.2.1. État des lieux sur la consommation d'antibiotiques en France

D'après les données de l'ANSM dans un rapport de 2019, il a été vendu en France en 2018 près de 728 tonnes d'antibiotiques destinés à la santé humaine et 471 tonnes d'antibiotiques destinés à la santé animale. (14)

Concernant la santé animale, 95 % de ces antibiotiques sont administrés à des animaux destinés à la consommation humaine et 5 % à des animaux de compagnie.

En santé humaine, 93 % des antibiotiques sont dispensés en médecine de ville et 7 % en établissements de santé ; parmi ceux dispensés en ville, 13 % relèvent d'une prescription hospitalière.

Au début des années 2000, la France était le premier pays prescripteur d'antibiotiques en Europe, avec 36,2 DDJ/1000 habitants/J en 2000, soit 36 personnes sur 1000 traitées par antibiotique chaque jour (secteurs de ville et hospitalier).(15)

La DDJ est la dose définie journalière, c'est la mesure la plus couramment employée pour rendre compte de l'utilisation de médicaments, cette mesure étant supposée égale à la dose d'entretien moyenne par jour pour un médicament employé chez un adulte de 70 kg dans son indication principale.

Il ne s'agit ni :

- de la dose recommandée,
- de la dose effectivement utilisée ou prescrite

Elle constitue seulement un étalon de mesure qui permet ensuite des comparaisons.

Par convention, les résultats sont exprimés pour 1 000 habitants et par jour.

Après une baisse de la consommation puis une stabilité relative à partir de 2005, depuis 2010 la consommation repart à la hausse.



Figure 3: Évolution de la consommation d'antibiotiques en ville mesurée en nombre de DDJ pour 1000 habitants/jour entre 2000 et 2016 (source ANSM)

En 2017 la France était au 3^e rang des pays les plus consommateurs d'antibiotique dans le secteur de ville en Europe et 7^e rang en secteur hospitalier, d'après les données du réseau européen ESAC-Net. (Calculée à partir des déclarations de ventes des laboratoires pharmaceutiques effectuées auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM))(16)

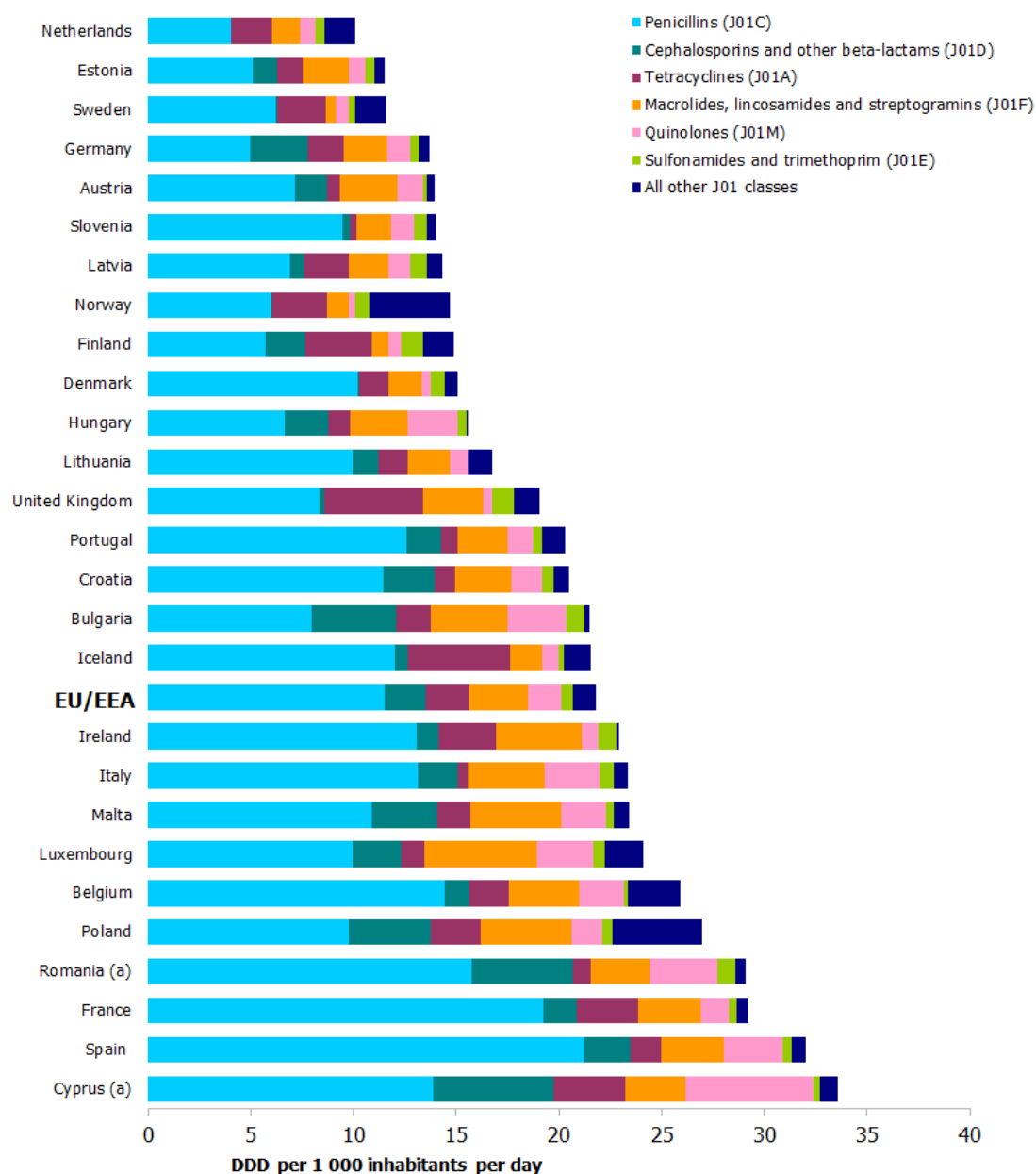


Figure 4 : Consommation d'antibiotiques à usage systémique par pays et par groupes ATC en secteur de ville en Europe en 2017, exprimée en DDJ/1000habitants/jour (source ESAC-NET)

En novembre 2019, l'observatoire GEODES de Santé Publique France a publié une synthèse concernant la consommation d'antibiotiques entre 2009 et 2018 en France en secteur de ville, en se basant sur des données différentes de l'étude précédente : les données de remboursement de l'Assurance maladie.(17)

Deux indicateurs ont été calculés : d'une part le nombre de DDJ, et d'autre part le nombre de prescriptions, tous deux exprimés pour 1 000 habitants et par jour.

En 2018, la consommation globale d'antibiotiques en secteur de ville en France, exprimée en nombre de DDJ, était de 22,5 doses pour 1 000 habitants et par jour. Elle était relativement stable comparée à 2009.

Cette consommation est répartie différemment selon :

- la classe d'antibiotique : les bêta-lactamines représentent 57,8% des consommations en secteur de ville en DDJ, l'amoxicilline étant l'antibiotique le plus consommé en France.

-l'âge des patients : entre 2009 et 2018, la consommation a baissé de 14,7% chez les enfants de moins de 5 ans et de 24,3% chez les enfants de 5 à 14 ans, alors qu'elle a augmenté de 13,1% chez les 65-74 ans, 12,8% chez les 75-84 ans et de 9,0% chez les 85 ans et plus.

- les régions et départements : il existe d'importantes différences d'une région à l'autre.

Région	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018 vs. 2009
01 - Guadeloupe	14,6	16,2	16,5	16,0	15,3	14,8	15,2	15,5	14,7	14,5	-0,7%
02 - Martinique	14,8	16,2	15,8	15,7	15,6	14,1	14,9	15,3	14,4	14,4	-2,7%
03 - Guyane	12,7	14,6	14,1	15,2	14,9	14	14,3	14,5	12,6	13,0	+2,4%
04 - La Réunion	17,3	19,2	19,1	19,5	18,9	18,5	18,7	19,2	17,8	17,4	+0,6%
11 - Île-de-France	24,7	25,1	25,5	26,1	25,5	24,7	25,0	25,3	24,2	23,8	-3,6%
24 - Centre-Val de Loire	20,9	21,1	21,7	21,8	21,9	20,9	21,8	21,8	21,1	20,8	-0,5%
27 - Bourgogne-Franche-Comté	22,4	22,5	23,2	23,2	23,8	22,6	23,3	24,4	22,7	22,6	+0,9%
28 - Normandie	23,5	23,7	24,3	24,5	24,0	23,3	24,3	24,3	23,3	23,0	-2,1%
32 - Hauts-de-France	25,4	25,3	25,9	26,0	25,5	24,9	25,5	25,9	24,4	24,4	-3,9%
44 - Grand Est	22,9	22,9	23,6	23,9	24,3	23,2	24	24,8	23,0	23,2	+1,3%
52 - Pays de la Loire	19,5	19,2	20,1	20,1	19,9	18,8	19,9	19,9	19,1	18,8	-3,6%
53 - Bretagne	21,3	21,3	22,3	22,5	22,0	20,8	22,0	21,7	20,8	20,4	-4,2%
75 - Nouvelle Aquitaine	23,0	23,1	23,7	24,1	24,2	22,8	24,2	23,9	23,3	23,3	+1,3%
76 - Occitanie	23,3	23,3	24,0	24,1	24,4	23,5	24,2	24,5	23,7	23,6	+1,3%
84 - Auvergne-Rhône-Alpes	20,4	20,3	21,2	21,2	21,5	20,5	21	21,4	20,2	20,3	-0,5%
93 - Provence-Alpes-Côte d'Azur	23,9	24,3	24,9	24,9	25,3	24,4	25,4	25,3	24,5	24,8	+3,8%
94 - Corse	19,9	21,3	21,8	21,0	21,8	21,5	22,9	23,3	22,7	23,1	+16,1%
France entière	22,7	22,9	23,5	23,7	23,6	22,7	23,5	23,7	22,6	22,5	-0,9%

[Source : SNDS]

Figure 5 : Évolution de la consommation d'antibiotiques en France en secteur de ville selon les régions entre 2009 et 2018 (DDJ)

Selon les données de panel issues de l'Échantillon Permanent de la Prescription Médicale (EPPM-IMS), les affections ORL et les affections des voies respiratoires basses étaient, en ville, à l'origine de 2/3 des prescriptions en 2016.

Les affections de l'appareil urinaire (16,4 %) ainsi que les maladies des muqueuses et de la peau (9,3 %) constituaient ensuite les motifs de prescription les plus fréquents.

À l'exception de la grippe, les autres pathologies n'ont été que marginalement à l'origine de la prescription d'un antibiotique.(18)

Les principaux médecins à l'origine de ces prescriptions sont les médecins généralistes, d'après les données de remboursement de l'assurance maladie, avec 70% des boîtes remboursées.

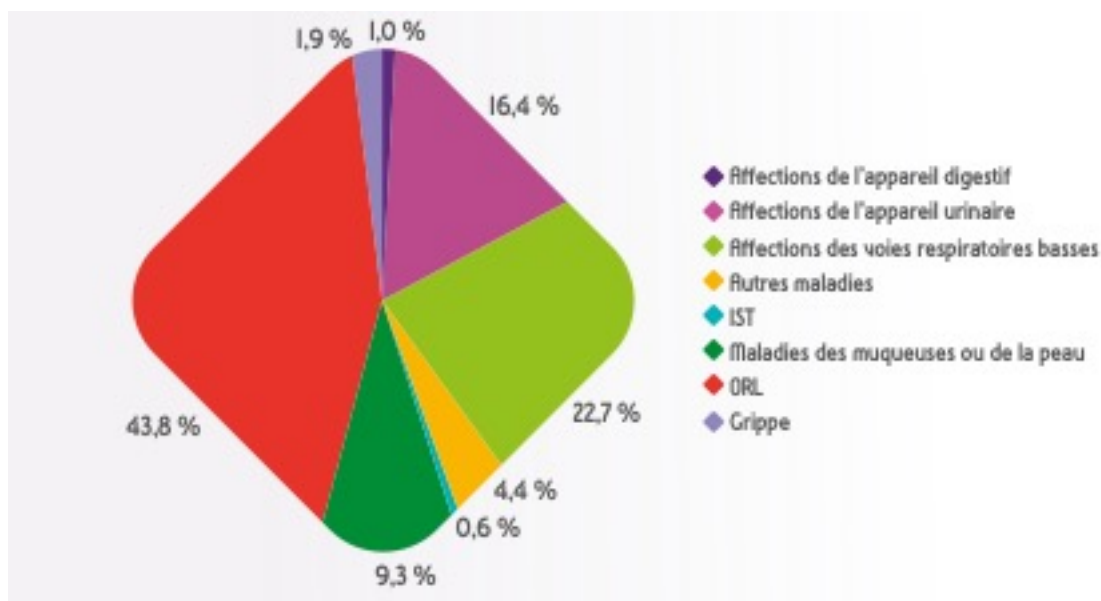


Figure 6 : Motifs de prescription antibiotique en 2016 en ville (source ANSM)

I.2.2. Prescriptions inappropriées

Les prescriptions d'antibiotiques lors d'infections virales sont inutiles et participent à l'émergence de résistances bactériennes, cependant, encore trop d'antibiotiques sont prescrit hors recommandations.

D'après une étude française basée sur les données de prescriptions d'un panel de médecin généralistes français(19), une consultation sur deux(50,8%) pour rhinopharyngite se concluait par une prescription d'antibiotiques.

D'après les données de l'EPPM-IMS, en 2009, 26% des prescriptions d'antibiotiques étaient destinées au traitement des infections virales en France, cette proportion est plus élevée que dans d'autres pays européens. (12% aux Pays-Bas, 8% au Royaume-Uni)

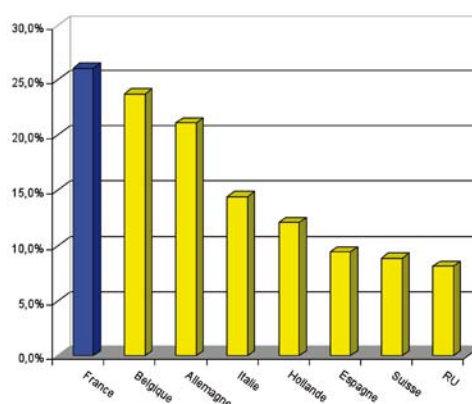


Figure 7 : Proportion d'infections virales (bronchite, rhinopharyngite, syndrome grippal) dans les prescriptions d'antibiotiques en Europe en 2009 (source IMS HEALTH)

Parmi ces infections virales, les bronchites aiguës étaient les pathologies les plus fréquemment traitées par antibiotiques en France, avec 76% des bronchites traitées par antibiothérapie en médecine de ville, suivies par les angines pour lesquelles 66% des diagnostics se soldent par une prescription d'antibiotiques alors que dans la majorité des cas c'est une pathologie virale n'en nécessitant pas.(20)

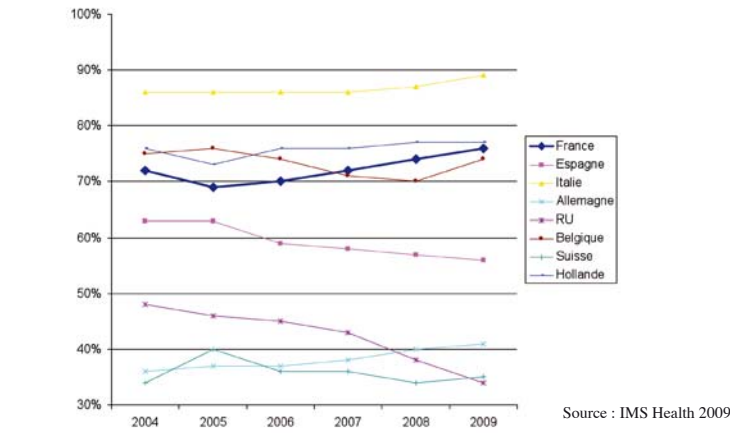


Figure 8 Évolution des prescriptions d'antibiotiques pour les bronchites en Europe entre 2004 et 2009 (source IMS Health 2009)

I.2.3. Usage en santé animale et dans l'environnement

Les antibiotiques avaient été principalement utilisés comme promoteurs de croissance dans l'élevage jusqu'en 2016 où la prescription à des fins non thérapeutiques a été interdite, et limitée strictement à des fins vétérinaires.

Actuellement en santé animale, 95 % des utilisations d'antibiotiques concernent les animaux destinés à la consommation humaine. 5% pour les animaux de compagnie.

Entre 2008 et 2018, l'exposition globale des animaux aux antibiotiques a diminué de 42 %. La poursuite de cette diminution est un objectif du plan Ecoantibio du ministère de l'agriculture et de l'alimentation.(21)

Les activités humaines, la surconsommation d'antibiotiques et leurs mauvais usage entraînent le rejet dans l'environnement de molécules antibiotiques en quantités importantes et favorisent l'émergence de bactéries résistantes dans tous les écosystèmes (humains, animaux, eaux, sols...).(22)

La présence de molécules d'antibiotiques, de leurs métabolites ou produits de dégradation, même à très faible concentration, exerce une pression de sélection sur les micro-organismes favorisant la persistance de bactéries résistantes. Ce phénomène pourrait être accentué par le rejet de détergents, désinfectants et métaux lourds dans l'environnement.(23)(24)

I.2.4. Nombre limité d'antibiotiques disponibles

La ressource antibiotique s'épuise face aux résistances bactériennes.

En France entre 2000 et 2013 le nombre d'antibiotiques disponibles a baissé de 20%. (15)

Ce problème est mondial, aux États-Unis également, le nombre d'enregistrements de nouvelles substances actives antibiotiques a considérablement diminué.

Sur les 155 substances actives enregistrées depuis 1938, 62% seulement, soit 96 substances, sont encore disponibles à ce jour.

Durant la période 1999-2008, 34 substances actives antibiotiques ont été retirées du marché, alors que seules 17 nouvelles ont été autorisées. (15)(25)

I.3. Analyse des prescriptions d'antibiotiques dans les infections respiratoires en France

Comme vu précédemment, en France la majorité des antibiotiques sont prescrit en médecine de ville et pour des pathologies respiratoires hautes et basses. La consommation d'antibiotiques est encore très élevée par rapport à d'autres pays européens et encore trop souvent prescrite sans respecter les recommandations, de manière inappropriée. Plusieurs travaux se sont intéressés aux déterminants et facteurs influençant ces prescriptions.

I.3.1. Déterminants de la prescription.

I.3.1.1. Du point de vue des médecins : études PAAIR

En 2001, pour essayer de comprendre les déterminants de la prescription inappropriée d'antibiotiques, une étude qualitative de pratique réflexive a été menée en Île-de-France auprès de 30 médecins généralistes enseignants. (26)

Il s'agissait de l'étude PAAIR 1 (Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires) qui a permis d'identifier onze situations cliniques à risque de prescription inappropriée d'antibiotiques, ainsi que des stratégies de non-prescription, dans un contexte d'infections respiratoires présumées virales.

Parmi ces onze situations, il y avait des facteurs propres au patient :

- 1- Le patient souhaite des antibiotiques (explicite ou implicite)
- 2- Fait référence à des expériences passées vécues à tort ou à raison comme des échecs médicaux
- 3- A déjà commencé les antibiotiques
- 4- Renvoie à des expériences douloureuses personnelles ou familiales
- 5- A déjà consulté une ou plusieurs fois pour ce même épisode
- 6- Met implicitement ou explicitement en concurrence plusieurs médecins et parfois le médecin avec lui même

Et quatre autres liés au médecin :

- 7- Le patient lui paraît fatigué ou très fatigué
- 8- Perçoit des risques particuliers
- 9- A une faible certitude sur l'origine virale
- 10- A une conviction « forte » et opposée aux recommandations dans ce cas précis
- 11- La prescription d'antibiotiques n'est pas le principal problème de la consultation

Face à ces onze situations à risque, ont été développées des stratégies de non-prescription.

Il fallait très tôt, au cours de la consultation :

- repérer que la non-prescription risquait de poser un problème ;
- prendre la décision de ne pas prescrire puis la négocier au cours de la consultation ;
- faire expliciter la demande puis expliquer à partir des craintes et des représentations des patients ;
- faire un examen précis, ritualisé et commenté à chaque étape ;
- expliquer la différence entre virus et bactéries, l'action et les effets indésirables des antibiotiques ;
- proposer une cause non infectieuse de « rechange ».

Pour ne pas prescrire, une explication était nécessaire mais pas suffisante. Les médecins devaient proposer, voire négocier, des stratégies alternatives aux antibiotiques.

- proposer une alternative thérapeutique, traitements symptomatiques contre les antibiotiques.
- proposer une « mise en attente » avec réévaluation de la situation en cas de persistance
- prescription différée de 3, 4, 7...jours ?(27)

Par la suite entre 2004 et 2006, l'étude PAAIR 2 a été menée auprès de 200 médecins généralistes, cette fois non-enseignants.

Elle confirmait que les mêmes situations à risque identifiées dans PAAIR 1 étaient communes à tous les généralistes et montrait qu'une formation modifie la quantité de prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires en médecine générale. (26)

Enfin l'étude PAAIR 3, cinq ans plus tard confirmait que la formation interactive des médecins généralistes avait réduit durablement leurs prescriptions inappropriées d'antibiotiques dans les infections respiratoires hautes et basses présumées virales.(28)

I.3.1.2. Opinions des patients

Une étude IPSOS de 2005 sur *le rapport des français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments*, interrogeait le grand public et des médecins généralistes en France, Espagne, Allemagne et Pays-Bas.(29)

La consommation de médicaments était plus importante en France que dans les 3 autres pays, avec 90% des consultations qui se concluent par une ordonnance contre moins de la moitié (43,2%) aux Pays-Bas. Une des explications données dans cette enquête était la pression à prescrire ressentie par le médecin de la part des patients, (pour 46% des médecins français de l'enquête).

La pression ressentie se traduit du côté des médecins par des prescriptions effectuées « contre leur gré » dans 10,2% des cas alors que les ¾ des patients répondent qu'ils auraient compris et adhéré au fait que le médecin ne prescrive rien s'il leur avait expliqué. (29)

De même dans une autre étude d'opinion prospective(30) il apparaissait que les médecins avaient tendance à surestimer les attentes des patients en matières de prescription d'antibiotiques.

II. Méthode

II.1. Objectif principal

Notre objectif principal était de recueillir et analyser les opinions des patients concernant la prescription ou non d'antibiotiques dans le cadre des infections respiratoires courantes de l'adulte, en médecine générale

II.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier les situations cliniques d'infection respiratoire justifiant pour le patient la prescription d'antibiotiques.
- Identifier les motivations sous-tendant leur demande
- Identifier les représentations qu'ils ont des antibiotiques
- Proposer des stratégies d'éducation du patient dans le cadre de demande de prescription inappropriée d'antibiotique dans les infections respiratoires

II.3. Choix de la méthode

Pour répondre à la problématique posée, le choix s'est porté sur une étude qualitative en théorisation ancrée, jusqu'à saturation des données, menée par des focus groupes. Nous avons choisi les focus groupes plutôt que des entretiens individuels pour une plus grande interactivité entre les participants.

II.4. Mode de recrutement de la population d'étude

Les participants des focus groupes étaient des adultes volontaires résidant en Haute-Vienne, recrutés par cooptation et bouche à oreille sur Limoges, puis contactés par mail ou téléphone par la chercheuse.

Il n'y avait pas de facteur d'exclusion.

II.5. Le guide d'entretien qualitatif

Ce guide d'entretien était constitué de cinq questions ouvertes, courtes et claires. Les questions ouvertes permettent de favoriser les échanges et les interactions.

La question « brise-glace » qui permettait déjà d'identifier et de cibler les pathologies concernées par notre recherche :

1. Quelles infections respiratoires vous ont déjà amené à consulter votre médecin ?

Il s'agissait ensuite d'identifier les situations cliniques d'infection respiratoire justifiant une prescription d'antibiotique selon le patient.

2. Quels traitements avez-vous reçus ?
3. D'après vous quelles pathologies respiratoires mériteraient une prescription d'antibiotiques ?

Les 2 dernières questions avaient pour but de connaître leurs représentations concernant le traitement antibiotique.

4. Quels sont les avantages à recevoir un traitement antibiotique ?
5. Quels sont les inconvénients à prendre un antibiotique ?

Ce guide a été conçu par la chercheuse et sa directrice de thèse sans être soumis à d'autres avis et est resté le même pour les 3 entretiens, même s'il était possible de le faire évoluer si besoin.

II.6. La fiche de recueil préalable

Nous avons élaboré un questionnaire anonyme, qui a été distribué à chaque participant en début de focus groupe.

Ce questionnaire cherchait à renseigner : le genre, l'âge, la profession (profession et catégories socio professionnelles selon la classification de l'INSEE), le lieu d'habitation (+/- 2000 habitants), le nombre d'enfants au foyer et leur âge, la déclaration ou pas d'un médecin traitant et les pathologies au long cours.

II.7. Déroulement des focus groupes

Trois focus groupes ont été réalisés entre avril 2018 et avril 2019.

Les séances ont été réalisées en soirées, à partir de 20h-20h30, pour permettre une meilleure disponibilité.

Le premier focus groupe a eu lieu dans des locaux privés pour répondre au souhait du plus grand nombre de participants présumés mais malheureusement la moitié d'entre eux se sont désistés le jour même.

Nous avons maintenu le lieu mais la faculté de médecine aurait été plus adaptée car plus calme et mieux agencée.

Les deux autres focus groupes ont eu lieu à faculté de Médecine de Limoges, dans les

locaux du Département Universitaire de Médecine Générale.

Nous avons arrêté les entretiens au bout du 3^{ème} focus car la saturation des données était atteinte.

En dehors des participants, étaient présents lors des focus groupes un modérateur et un observateur : ma directrice de thèse et moi-même.

Les trois focus se sont déroulés de la même façon.

Un focus groupe débutait par le remplissage pour chacun des volontaires de la fiche de recueil préalable.

Le focus était enregistré, après information et accord des participants, grâce à deux smartphones qui faisaient office de dictaphones.

Puis c'est le modérateur qui animait la séance en suivant le guide d'entretien préalablement établi constitué de cinq questions ouvertes. Le modérateur avait pour rôle de recentrer les propos autour du thème si nécessaire, mais aussi de relancer la discussion.

Le rôle de l'observateur était d'être attentif au non verbal et également veiller à ce que chaque participant ait pris la parole pour chacune des questions.

Les participants s'exprimaient sur chaque question et l'on passait à la question suivante seulement lorsqu'il n'y avait plus de nouvelles idées.

II.8. Retranscription

Grâce à l'écoute des enregistrements, les trois entretiens ont été retranscrits intégralement sur Word[®], mot pour mot et sans reformulation, de la façon la plus fidèle possible. Ont également été annotés entre parenthèses les échanges non verbaux. (Rires, silence...)

II.9. Analyse des données

La retranscription écrite des entretiens a constitué un verbatim, support de notre analyse.

L'analyse des données s'est ensuite effectuée via le logiciel N'VIVO 12[©], selon trois niveaux de codage : descriptif, thématique, matriciel avec une triangulation des données.

La première étape était l'analyse descriptive où chaque idée et thème a été rattaché à un code ou nœud descriptif. Chaque nœud était rattaché dans le logiciel aux extraits de

verbatim correspondant, au participant à l'origine de l'extrait et au focus groupe d'origine.

L'analyse thématique constitue la deuxième étape. Elle consistait à regrouper les codes descriptifs sous forme de thèmes, dans une optique interprétativiste, pour répondre à la question de recherche.

Enfin le codage matriciel constitue la dernière étape. Elle consiste à croiser les données qualitatives avec les caractéristiques sociodémographiques des participants, afin d'identifier d'éventuelles typologies de répondants.

III. Résultats

Trois focus groupes ont été réalisés entre avril 2018 et avril 2019.

Vingt-deux volontaires ont participé à nos 3 focus groupes.

Parmi eux on comptait 14 femmes et 8 hommes, entre 20 et 79 ans.

Les entretiens ont duré entre 36 et 57 minutes.

Le premier focus a eu lieu le 25/04/2018, il a réuni 7 participants et a duré 36 minutes.

Le deuxième a duré 51 minutes et rassemblait également 7 volontaires, le 04/07/2018.

Pour finir le troisième focus de 57 minutes s'est déroulé le 03/04/2019 avec 8 personnes.

III.1. Données sociologiques des participants :

Les données sociologiques des participants sont présentées sous forme de tableau pour plus de clarté. Nous présentons les résultats sous forme de tranches de 10 ans pour l'âge afin de faciliter l'analyse matricielle.

Tableau 1 : Données sociodémographiques de la population étudiée.

PARTICIPANTS	SEXE	TRANCHE AGE	PROFESSION	LIEU DE VIE	ENFANTS AU FOYER	MT DECLARE	PATHOLOGIES AU LONG COURS
Participant 1	F	20-30 ans	Étudiant	>2000 hab	0	oui	
Participant 2	F	20-30 ans	Étudiant	>2000 hab	0	oui	
Participant 3	F	31-40 ans	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	>2000 hab	0	oui	Asthme, allergie
Participant 4	M	20-30 ans	Étudiant	>2000 hab	0	oui	
Participant 5	M	31-40 ans	Étudiant	>2000 hab	0	oui	
Participant 6	M	20-30 ans	Étudiant	>2000 hab	0	oui	
Participant 7	F	61-70 ans	Retraité	>2000 hab	0	oui	Dyslipidémie
Participant 8	F	61-70 ans	Retraité	<2000 hab	0	oui	Dyslipidémie
Participant 9	M	41-50 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures	>2000 hab	2	oui	Dyslipidémie
Participant 10	M	20-30 ans	Employés	>2000 hab	0	oui	
Participant 11	M	61-70 ans	Retraité	<2000 hab	0	oui	Asthme
Participant 12	F	71-80 ans	Retraité	>2000 hab	0	oui	Allergies
Participant 13	F	31-40 ans	Employés	<2000 hab	0	oui	
Participant 14	F	20-30 ans	Employés	>2000 hab	0	oui	
Participant 15	M	61-70 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures	>2000 hab	1	oui	
Participant 16	F	41-50 ans	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	>2000 hab	1	oui	
Participant 17	F	41-50 ans	Employés	>2000 hab	1	oui	
Participant 18	F	20-30 ans	Sans activité	>2000 hab	1	non	
Participant 19	F	51-60 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures	>2000 hab	1	oui	
Participant 20	F	51-60 ans	Employés	>2000 hab	0	oui	Allergie
Participant 21	M	20-30 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures	>2000 hab	0	oui	
Participant 22	F	20-30 ans	Cadres et professions intellectuelles supérieures	>2000 hab	0	non	Hypothyroïdie

III.2. Résultats du codage thématique

Lors du codage descriptif nous avons mis en évidence 120 codes que nous avons ensuite choisis de regrouper en 5 grands thèmes :

- les situations justifiant une consultation
- les situations justifiant une prescription d'antibiotiques
- les traitements adjuvants dans les infections respiratoires
- les avantages des antibiotiques
- les inconvénients des antibiotiques

III.2.1. Infections respiratoires justifiant une consultation d'après les participants

III.2.1.1. Les maladies.

Les participants se sont prononcés sur les infections qui les avaient amenés à consulter.

9 participants évoquent la **bronchite** comme motif de consultation

« une bronchite, parfois ça peut-être sévère donc il vaut mieux consulter » (participant 15)

Les **rhinopharyngites** sont également un motif de recours à une consultation.

« j'ai eu des espèces de gros rhumes j'suis allé consulter le médecin au bout de 7-8 jours parce que ça passait pas » (participant 10)

Les **angines** sont citées 6 fois, ainsi que la **grippe**

« j'ai eu la grippe, j'ai été obligée de consulter » (participant 3)

Pour 3 participants, un autre motif amenant à consulter est la **pneumopathie**.

« j'ai eu une pneumopathie ...là j'ai pas eu le choix oui, il faut consulter ça passera pas comme ça » (participant 17).

Le participant 8 cite les **pleurésies**.

Les **laryngites** sont également un motif de consultation, ainsi que les **otites**.

« j'ai eu une otite cette année » (participant 17)

« les laryngites aussi » (participant 10)

Le participant 12 parle de la **tuberculose**

« la tuberculose ; je ne connais personne qui l'a eue mais ça peut amener à consulter. »

Les **bronchiolites** sont également évoquées.

« *mon fils a déjà fait des bronchiolites* » (participant 9)

Enfin l'**épiglottite** est citée par le participant 19.

« *Elle a eu une épiglottite* »

III.2.1.2. Les symptômes

Les participants ont également mentionné certains **symptômes** comme étant des motifs de consultation.

Pour 4 participants il s'agissait de la **fièvre persistante**.

« *Quand il y a une fièvre persistante, malgré les solutions proposées que ce soit des médecines chimiques ou alternatives comme on peut dire, qui n'a pas été suffisante, on consulte son médecin* » (participant 22)

« *Si je vois que le Doliprane® que je prends ça n'a pas d'effet et que ça dure vraiment longtemps, oui je vais aller chez le médecin sinon non* » (participant 4)

La toux est également un motif de consultation pour 2 participants

« *si au bout de 3 jours je continue à tousser ça me convient pas donc je vais consulter* » (participant 8)

III.2.1.3. Les motifs de non-consultation

En réponse à la question des pathologies amenant à consulter, la moitié des participants citent **les rhumes**, mais en précisant qu'ils **ne consultaient pas** pour cette pathologie :

« *j'ai eu des rhumes mais je ne suis pas allée consulter pour ça* » (participant 2)

« *non la crève je sais que pendant 3 jours j'avais pas être bien puis voilà ça va passer, je prends mon mal en patience et puis j'attends quoi* » (participant 5)

Parmi les pathologies énoncées nous avons voulu savoir d'après eux quelles étaient celles justifiant une prescription d'antibiotiques.

III.2.2. Infections respiratoires justifiant une prescription d'antibiotiques.

III.2.2.1. Les maladies

Les participants se sont prononcés sur les pathologies qu'ils estimaient nécessiter une prescription d'antibiotique.

Sont évoquées **les angines** pour 4 participants.

« je me souviens d'avoir pris des antibiotiques il y a très longtemps pour une angine. » (participant 12)

La grippe est une pathologie citée :

« mais quand on a une bonne grippe on doit être content de prendre des antibiotiques » (participant 5)

« j'ai été très encombrée après la grippe et je pense que si j'avais pas eu les antibiotiques, euh ça aurait duré encore plus longtemps » (participant 3)

Parmi les réponses, on note **les infections virales**.

« peut-être un virus qui passe par là et je suis couchée pendant 2-3jours, et si je n'ai pas les antibiotiques je ne guérie pas » (participant 7).

Sont également mentionnées **la bronchite et surinfection bronchique** par 4 participants et **les rhinopharyngites** pour 5 des volontaires :

« les surinfections bronchiques, quand ça tombe sur les bronches etc... » (participant 22)

« J'ai fait une rhinopharyngite, ba la seule chose qui a réussi à en venir à bout c'est l'amoxicilline, enfin c'est les antibiotiques. »(participant 9)

« J'avais des gros rhumes le médecin m'avait mis sous antibiotique, » (participant 10)

Un participant avait une expérience personnelle d'**épiglottite** chez son enfant et se souvenait bien du traitement antibiotique :

« j'veux dire l'épiglottite de ma fille ça c'est clair » (participant 19)

Sont également évoquées **la pneumonie**,

« pneumonie c'est grave » (participant 9),

Et **l'otite**

« je confirme otite, j'ai eu une otite cette année »(participant 17)

III.2.2.2. Situations cliniques amenant à une prescription d'antibiotique

Des situations cliniques étaient aussi évoquées, ayant un caractère de **gravité**, notamment lorsque le pronostic vital est engagé.

« je pense qu'il faut en prendre quand la vie est en danger » (participant 19)

Le participant 21 cite comme motif global les **infections bactériennes**

« si y'a antibio c'est qu'il y a une infection bactérienne contre laquelle le système immunitaire peut pas être suffisant »

Également **la fièvre persistante** pour 2 participants.

« lorsqu'il y a une fièvre persistante » (participant 15)

Chez **les personnes immunodéprimées** une antibiothérapie serait justifiée pour 2 volontaires

« les personnes immunodéprimées aussi sont plus fragiles » (participant 13)

L'**âge** du patient est également évoqué comme critère de prescription : les personnes âgées pour un participant ou les enfants

« *peut-être qu'un enfant est plus fragile* » (participant 9)

Certains ne se prononçaient pas.

« *pas vraiment d'idée* » (participant 12)

Deux participants rappelaient que les antibiotiques n'étaient pas systématiques lors d'infections.

« *je suis d'accord sur le fait de pas donner d'antibio systématiquement pour des petites infections* » (participant 14)

III.2.3. Traitements adjuvants aux prescriptions d'ATB

Les participants se sont exprimés sur les différents traitements pris lors des infections qu'ils avaient citées précédemment, hors traitement antibiotique.

III.2.3.1. Traitements médicamenteux

On retrouvait des prescriptions de **fluidifiants bronchiques** chez 3 participants.

« *par rapport aux infections bronchiques j'avais eu donc des fluidifiants bronchiques,* » (participant 13)

Des **corticoïdes** pour un participant, des **antalgiques** et **antipyrétiques**.

« *pour la grippe on m'a mis sous paracétamol, ibuprofene* » (participant 3)

« *l'angine non car il m'a dit qu'elle n'était pas soignable par antibiotiques donc il m'a donné de l'ibuprofene* » (participant 1)

Également du **sirop pour la toux** : « *pour la bronchite j'ai pris des antibiotiques, et du sirop et voilà* » (participant 1)

III.2.3.2. Automédication

Les autres traitements des infections respiratoires étaient en **automédication** : des antipyrétiques.

« *moi pour les rhumes, Doliprane® si un peu de fièvre* » (participant 22)

Du **spray nasal** pour un participant.

« *du sérum phy pour nettoyer le nez histoire de bien drainer* » (participant 22)

Des **pastilles pour la gorge et sirop** étaient également là aussi citées mais sans prescription médicale.

Aucun participant n'a évoqué d'automédication avec les antibiotiques.

III.2.3.3. Méthodes non médicamenteuses.

Lors d'infections respiratoires, trois participants se soignaient également avec les **huiles essentielles**.

« des inhalations avec des huiles essentielles » (participant 1)

Et le « **grog** » et des **infusions** étaient évoqués par 6 des participants:

« ah oui du miel avec un grog (rires) , c'est surtout le rhum » (participant 11)

« je fais aussi des tisanes de thym ! ça marche très bien, ou quelques inhalations avec des huiles essentielles à type de menthe » (participant 13)

D'autre part 6 participants ne consultent pas et ne prennent **aucun traitement** en cas de simple virose:

« non la crève je sais que pendant 3 jours j'avais pas être bien puis voilà ça va passer, je prends mon mal en patience et puis j'attends quoi » (participant 5)

« juste attendre que ça passe et se reposer » (participant 4)

III.2.4. Avantages des antibiotiques

Les antibiotiques sont vus par les participants comme permettant une guérison **rapide** :

« la guérison est quasiment instantanée, c'est sous 24 heures, moi je constate très rapidement du mieux, c'est quand même systématique » (participant 9).

Grâce à cette rapidité d'action, les antibiotiques permettent **de limiter l'absentéisme**

« pour aller à l'école au travail, hein c'est très important pour une personne hein, elle va être guérie tout de suite, » (participant 7)

Ils sont également perçus comme **efficaces**, et avec un avantage lorsque la pathologie présente un critère de gravité.

« Je pense que les antibiotiques ont fait leur preuve, on a confiance, on se dit c'est sûr qu'on va guérir » (participant 15)

« ba ça sauve la vie » (participant 19)

Les antibiotiques, selon nos participants permettent **d'éviter la contagion et l'aggravation**
« ça peut aider à ce que ça empire pas » (participant 1)
« moi je vois un avantage c'est éviter la contagion et donc pour des raisons de santé publique » (participant 21)

Pour certains, le traitement antibiotique présente un avantage par rapport à d'autres médicaments chez les **populations les plus fragiles** :

« Ça dépend de la fragilité des personnes j pense que pour les enfants ou les nourrissons c'est plus important que les personnes d'âge mur » (participant 1)

« celles qui ont des pathologies ba par exemple j pense l'asthme ça peut aider à ce que ça empire pas » (participant 1)

Les antibiotiques étaient également considérés par un participant comme n'ayant **pas de contre-indication**.

« je pense qu'on peut en donner à n'importe qui » (participant 14)

Ils sont aussi perçus comme permettant de **soulager les symptômes** et principalement la **douleur**

« la souffrance, la douleur, ça dépend des pathologies » (participant 16)

Pour un des participants il y a également un avantage pour le médecin qui prescrit un antibiotique en termes de **protection juridique** :

« on est dans des états plutôt procéduriers. Pour éviter le cas qui pourrait arriver beaucoup de médecins vont prescrire des médicaments pour se mettre à l'abri, seulement sur un plan collectif c'est quand même dramatique ça. Donc sur un plan individuel, les médecins se protègent en prescrivant des antibiotiques au cas où » (participant 19))

Les antibiotiques permettraient également une **sécurité plus importante** lors de la prescription.

« si jamais on n'est pas sûr de la maladie qu'on a, les antibio ca permet peut-être de prendre plus large pour les guérir » (participant 6)

Enfin, quatre participants **ne se prononçaient pas** sur les avantages des traitements antibiotiques

« on n'a pas trop les connaissances sur les avantages et inconvénients des antibiotiques pour pouvoir se prononcer du coup pour peser le pour et le contre » (participant 6)

III.2.5. Inconvénients

III.2.5.1. Effets secondaires

Les participants citaient parmi les inconvénients des traitements antibiotiques leurs **effets secondaires** : les **allergies** pour 5 participants
« *tout ce qui est allergies,* »(participant 22)

D'autres effets secondaires seraient des problèmes digestifs avec la **diarrhée**.
« *le transit qui peut... (rires) être un peu perturbé, très accéléré* » (participant 3)

les nausées et la **perturbation de la flore intestinale** pour 4 participants.
« *donc oui tous les effets indésirables, nausée* » (participant 22)
« *effets indésirables au niveau de la flore intestinale en particulier* » (participant 10)

Sont également citées **les mycoses** « *des mycoses aussi* » (participant 16) et des **douleurs abdominales** pour le participant 7.

III.2.5.2. Résistance

Pour 9 des participants, un des inconvénients de la prescription d'antibiotique est le risque de **résistances bactériennes**.

« *si l'antibiotique est mal utilisé, trop administré, ça peut générer des résistances et du coup il peut y avoir des bactéries multi résistantes*» (participant 10).

« *les résistances ce sont de plus en plus développées* » (participant 22)

« *toutes les bactéries seront devenues résistantes à tous les antibiotiques et du coup on pourra plus soigner avec les antibiotiques* » (participant 13)

Associé à ce risque de résistance, 3 participants sont conscients qu'il existe un **nombre limité d'antibiotiques** disponibles.

« *je sais pas si faut en découvrir d'autres, ou si y'en a d'autres mais pour le moment on résiste et c'est pas bon du tout* » (participant 15)

« *En plus on trouve plus trop de molécules efficaces dans les antibiotiques. Donc les inconvénients c'est que là ça marche encore, mais jusqu'à quand et surtout qu'est-ce qu'on va faire ensuite quand on aura plus de solution. C'est mon gros inconvénient à moi* » (participant 22)

III.2.5.3. Effets sur le système immunitaire

Pour certains c'est également une **diminution des défenses immunitaire** qui est à craindre lors de la prise d'antibiotiques.

« *les antibiotiques font le travail du système immunitaire et du coup est moins habitué et moins apte à faire son travail pour de futures maladies* » (participant 6)

« *ça empêche nos défenses naturelles de fonctionner* » (participant 18)

Et une **perte d'efficacité** du traitement si les antibiotiques sont pris trop fréquemment.

« *c'est sûr qu'au bout d'un certain temps, l'efficacité est moindre* » (participant 11),

« *à la longue peut-être que le corps va s'habituer et ne répondra plus* » (participant 9)

« mon médecin m'avait dit qu'à force de prendre des antibiotiques le corps commençait à, enfin le virus, commençait à .. En fait à plus avoir d'effet sur le virus, » (participant 1)

III.2.5.4. Modalités de prise

Les participants ont cité plusieurs inconvénients : la **durée** des traitements et la **perte d'efficacité si inobservance**

« il faut y penser tous les jours et je sais pas si on oublie souvent si ça fait moins effet du coup »(participant 2)

Pour 2 participants c'est le **délai d'action** qui pose problème.

« c'est pas efficace tout de suite » (participant 6)

III.2.5.5. Modalités de délivrance

Pour certains (2 participants) ce sont également les **modalités de délivrance** qui sont problématiques :

« je pense que quand y'a 10 jours de traitement faudrait filer 10 gélules au lieu de nous en filer 40 » (participant 5)

« j 'avais 15 jours de traitement matin midi et soir et il me manquera pour 3 ou 4 jours » (participant 6)

La **taille des comprimés** peut être un inconvénient pour le participant 16.

« y'en a qui sont très gros, je me rappelle l'amoxicilline ils sont énormes. (rires) »

Le **coût des traitements** est évoqué par 2 participants

« c'est aussi le tout gratuit, si les gens se rendaient compte du cout des antibiotiques, s'ils payaient 70 euros les 5 cachets, ils attendraient vraiment d'en avoir besoin » (participant 16)

III.2.5.6. Interactions

Concernant les interactions avec le traitement un participant a cité **l'incompatibilité avec la consommation d'alcool et avec la conduite automobile** :

« on ne peut pas boire d'alcool (rires) et pour la conduite aussi je crois qu'il faut faire attention » (participant 2)

III.2.5.7. Connaissances insuffisantes

Certains participants déplorent **un manque d'information** donné par leur médecin lors de la prescription d'antibiotiques

« je pense qu'on souffre d'un manque d'info sur au final ce que c'est un antibiotique, ce qu'on ingère, j pense que c'est vraiment un problème avec les médecins qui devraient nous expliquer un peu plus ben à quoi peut servir ce médicament, qu'est-ce qui est compris dedans, pourquoi il nous le donne au final et quels sont les effets qu'on pourrait avoir, » (participant 4)

« si nos médecins avaient le temps de garder les patients en consultations pour leur expliquer les vertus d'un bon lavage de nez...si on avait le temps de les éduquer, même si au niveau médias on balançait pas que « les antibiotiques tout ça », y'a les lobby des industries pharmaceutiques, après tout ça c'est mon avis. » (participant 16)

Le participant 6 émet quant à lui des **doutes** sur l'efficacité des antibiotiques.

« parce que du coup on n'a pas de preuve vraiment que ça fonctionne, à part bon les médecins ils en ont surement mais nous grand public on peut se poser des questions à ce niveau-là »

III.2.5.8. Impact environnemental

Trois participants ont évoqué l'impact négatif de la consommation antibiotique au niveau de **l'écologie**.

« ce qui est rejet dans l'environnement et toutes les conséquences que ça va avoir, sur les milieux aquatiques en particulier. » (participant 21)

« A travers l'urine, tout ce qui passe et qui touche l'écologie. Le problème c'est qu'on se centre tellement sur l'individuel au lieu de se centrer sur le collectif. » (participant 19)

Enfin pour le participant 1, le fait qu'il s'agisse d'une **molécule chimique** peut être un inconvénient.

« manger des produits chimiques j pense pas que ce soit hyper bénéfique pour le corps »

IV. Discussion

IV.1. Discussion de l'analyse matricielle

Nous avons cherché à analyser si certaines caractéristiques des patients pouvaient influencer sur leurs connaissances et représentations concernant les antibiotiques et l'antibiothérapie.

Pour plus de clarté, l'analyse matricielle sera présentée sous forme de tableaux pour chacun des thèmes.

Les chiffres correspondent aux nombres de références associées à chaque nœud, c'est-à-dire au nombre de fois où l'idée a été exprimée.

Afin de simplifier la lecture et ainsi d'avoir une meilleure vue d'ensemble, un code couleur a été appliqué, le plus foncé correspondant au plus grand nombre de références.

Seules sont présentées les matrices qui permettent d'identifier des tendances dans les réponses en fonction des caractéristiques des participants.

IV.1.1. Les motifs de recours à une consultation médicale

Tableau 2 : Motifs de consultation médicale en fonction du genre.

	Angine	Bronchiolite	Bronchite	Pneumopathies	Epiglottite	Grippe	Infection virale	Laryngite	Otite	Pleurésie	Rhino-pharyngite	Tuberculose
Hommes	1	1	4	1	0	1	0	2	0	0	9	0
Femmes	5	0	9	5	3	7	3	0	2	1	22	1

Dans notre échantillon, concernant les motifs de recours aux soins, les femmes évoquent plus souvent les infections respiratoires. Les motifs de consultation les plus fréquemment cités sont la rhino-pharyngite, la bronchite, l'angine et la grippe, qui sont des pathologies majoritairement virales.

Ces pathologies étaient citées le plus fréquemment par les adultes de moins de 40 ans de notre échantillon et sans enfant. Il n'apparaissait pas de grande différence selon les catégories socio-professionnelles de nos participants qui semblaient partager les mêmes idées concernant les motifs de consultation.

IV.1.2. Les indications à recevoir une antibiothérapie

	Angine	Grippe	Infection virale	Bronchite	Enfant et pers âgées	Epiglottite	Immunodépression	Ne sait pas	Otite	Pneumopathie	Rhinopharyngite	Fièvre persistante	Infection bactérienne	Pronostic vital engagé
20-30 ans	3	1	0	1	0	0	1	0	1	1	4	1	1	0
31-40 ans	0	3	0		0	0	2	0	0	0	1	0	0	0
41-50 ans	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	4	0	0	0
51-60 ans	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
61-80 ans	1	0	1	1	1	0	0	2	0	1	0	1	0	0

Tableau 3 : Indications des antibiotiques selon l'âge des participants

Les indications à recevoir un antibiotique sont sensiblement les mêmes que les motifs de consultations selon les participants, avec la rhino-pharyngite en tête, l'angine, la grippe, la bronchite.

Les participants ne connaissaient pas forcément de nom de pathologie mais plusieurs s'accordaient pour dire que les antibiotiques étaient nécessaires lorsqu'il existait un critère de gravité, comme une mise en jeu du pronostic vital, une infection chez les personnes fragiles : immunodéprimés ou aux âges extrêmes de la vie.

Notre population la plus jeune, de moins de 40 ans, estimait majoritairement qu'il fallait des antibiotiques pour des pathologies virales.

Tableau 4 : Indications des antibiotiques selon le genre des participants.

	Angine	Grippe	Infection virale	Pas systématique	Bronchite	Pour Enfants et pers agés	Epiéglottite	Immunodépression	Ne sait pas	Otité	Pneumopathie	Rhinopharyngite	Fièvre persistante	Infection bactérienne	Pronostic vital engagé
Hommes	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	6	1	1	0
Femmes	4	2	1	2	3	1	1	3	2	2	1	3	1	0	1

Les femmes étaient plus nombreuses à répondre que des antibiotiques étaient nécessaires pour une angine, bronchite ou grippe, alors que les hommes ont répondu davantage pour la rhinopharyngite. Cependant les femmes représentaient plus de la moitié de notre échantillon, avec une proportion de 63,6%.

Tableau 5 : Indications des antibiotiques selon les catégories socio-professionnelles des participants

	Angine	Grippe	Infection virale	Bronchite	Enfant et pers agés	Epiéglottite	Immunodépression	Ne sait pas	Otité	Pneumopathie	Rhinopharyngite	Fièvre persistante	Infection bactérienne	Pronostic vital engagé
Retraités	1	0	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0
Etudiants	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sans activité professionnelle	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1	0	0	1	1	1	0	0	0	2	5	2	1	1
Employés	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	4	0	0	0

Toujours concernant le recours aux antibiotiques dans les rhino-pharyngites, les idées provenaient des participants de seulement deux catégories socio-professionnelles : Les cadres et professions intellectuelles supérieures et les employés. Pour les autres pathologies ou situations citées, les résultats étaient assez hétérogènes entre les différentes catégories socio-professionnelles. De même le fait d'avoir un enfant ou pas ne semblait pas influencer.

IV.1.3. Les traitements adjuvants

Tableau 6 : Traitements pris par les participants lors d'infections respiratoires, en fonction du type d'infection et du genre.

	Aucun traitement	Automédication Antalgique et antipyrétique	Automédication ATB	Automédication non médicamenteuse	Automédication pastilles sirop	Automédication spray nasal	Prescription AINS	Prescription antalgique	Prescription ATB demande patient	Prescription ATB médecin	Prescription corticoïdes	Prescription fluidifiants bronchiques	Prescription sirop
Angine	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0
Bronchite	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	3	2
Grippe	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0
Rhino-pharyngite	8	12	0	11	2	1	0	0	2	6	0	0	1
Genre Masculin	4	5	0	4	1	0	0	0	0	4	0	1	1
Genre Féminin	4	7	0	7	3	3	1	2	2	8	2	2	2

Lors des infections respiratoires citées précédemment, les participants se sont exprimés sur les traitements qu'ils avaient pu recevoir ou prendre eux-mêmes.

On retrouve là encore la prescription d'antibiotiques pour la rhino-pharyngite, la grippe, l'angine et la bronchite.

Pour la rhino-pharyngite, deux réponses précisent qu'il s'agissait d'une demande émanant du patient pour avoir des antibiotiques (ces deux réponses provenaient de femmes). Si cette pathologie est la plus citée pour la prescription d'antibiotiques, elle est aussi majoritairement traitée en automédication par les participants, ou sans aucun traitement.

Là encore les femmes étaient majoritaires dans les réponses concernant les traitements. Il semblerait que si elles consultent plus souvent, elles consomment également plus de traitements. La tranche d'âge la plus concernée était les 20-30 ans.

Aucun participant ne semblait utiliser d'antibiotique en automédication.

IV.1.4. Les avantages des antibiotiques.

Tableau 7 : principaux avantages des ATB selon l'âge des participants

	Accélérer guérison	Avantage pers fragiles et malades	Limite absentéisme	Protection sur le plan juridique	Sans avis	Eviter aggravation et la contagion	Soulager les symptômes	Efficacité
20-30 ans	5	3	0	0	2	2	2	4
31-40 ans	2	0	0	0	1	1	0	1
41-50 ans	1	0	0	0	0	0	3	1
51-60 ans	0	0	0	1	0	0	2	1
61-80 ans	3	0	1	0	1	0	0	2

Le principal avantage des ATB cité par les participants est le fait de permettre une guérison plus rapide. Cette croyance semble plus forte chez les plus jeunes et les plus âgés de notre échantillon.

Ils sont également considérés comme permettant de soulager les symptômes (réponses exclusivement féminines), et comme efficaces, adjectif surtout cité par les participants appartenant à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures.

IV.1.5. Les inconvénients des antibiotiques

Tableau 8 : Opinions sur les inconvénients des ATB selon la catégorie socio-professionnelle des participants.

	Modaliés de délivrance	Spécifique à une bactérie	Délai d'action trop long	Douleur abdominale	Durée de traitement	Education thérapeutique insuffisante	Molécule chimique	Nombre limité d'ATB existants	Résistance virus	Coût des antibiotiques	Diminution de l'efficacité ATB si prises fréquentes	Diminution défenses immunitaires	Nausées	Effet délétère flore intestinale	Allergie	Diarrhée	Mycose	Néfaste pour l'écologie	Résistance bactériés	Résistance si mauvaise observance	Taille des comprimés
Retraités	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
Etudiants	2	0	2	0	1	2	1	0	1	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	1
Sans activité professionnelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	1	1	1	3	3	0	0
Employés	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	2	0	0	5	0	0

Certains de nos participants étaient conscients du risque de résistance bactérienne.

Il semble exister une confusion pour certains pour qui il s'agit d'une résistance des virus.

Pour d'autres, le message sur l'effet néfaste d'une surconsommation d'ATB semble compris, mais pas son mécanisme, puisque pour plusieurs il s'agit d'une diminution des défenses immunitaires ou encore une diminution de l'efficacité de l'antibiotique.

Ces confusions sont majoritairement retrouvées chez les étudiants et les plus jeunes de notre échantillon.

Les cadres et les employés quant à eux avaient tendance à mieux connaître les inconvénients des ATB.

Les autres inconvénients les plus fréquemment cités étaient les effets secondaires, d'ordre digestif et les allergies.

Plusieurs ont également regretté un manque de communication de la part de leur médecin sur les effets de ces médicaments.

IV.2. Discussion des principaux résultats et confrontation avec la littérature existante

IV.2.1. Connaissances générales sur les antibiotiques

Les connaissances des participants sur les pathologies amenant à recevoir une antibiothérapie s'avèrent assez fragiles.

Les participants citaient des infections majoritairement virales comme la grippe, rhinopharyngite, les angines et bronchites comme motif de prescription d'antibiotiques. La fièvre persistante était également une indication d'après les participants.

Un seul citait « *les infections bactériennes* » comme motif de recours à l'antibiothérapie.

Ces résultats sont cohérents avec ceux d'études existantes et semblent montrer que les cibles des antibiotiques ne sont pas clairement identifiées par les patients.

Dans l'enquête d'opinion d'A. Collomb-Gery en 2012(31), si 75% des patients interrogés savaient que les antibiotiques permettaient de traiter une infection bactérienne, ils citaient majoritairement la fièvre depuis plus de 3 jours, les otalgies et la grippe comme indications à une antibiothérapie. Il semblerait donc que s'ils ont intégré que la cible était les bactéries il persiste une méconnaissance sur la nature virale ou bactérienne des pathologies rencontrées.

De même, on retrouve cette confusion sur la cible des antibiotiques dans la thèse en 2013 de M. LAI qui s'intéressait aux opinions de parents d'enfants atteints d'infections respiratoires. Dans cette étude 65,27% des parents interrogés pensent que les antibiotiques sont actifs sur les bactéries, 19,47% qu'ils sont actifs sur les virus et 15,2% actifs sur les bactéries et les virus.(32)

D'après les résultats de l'Eurobaromètre 2013 (33), seuls quatre européens sur dix savent que les antibiotiques n'ont pas d'efficacité sur les virus et 52% répondent qu'ils sont inefficaces

pour la grippe et le rhume. Ces proportions étaient en augmentation par rapport aux précédentes données de 2009, mais il y a encore un travail d'information à faire auprès des patients pour aider à la compréhension des pathologies pour lesquelles ils consultent.

A cet égard le plan antibiotique de 2011 à 2016 (34) a mis en place une fiche à remettre au patient en cas de non prescription d'antibiotiques, qui s'intitule « *Aujourd'hui je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques.* »

Elle indique pour la rhinopharyngite, la grippe, l'angine virale, la bronchite aiguë et l'otite aiguë, la durée habituelle des principaux symptômes et quelques conseils pour les soulager.

Une étude réalisée au Royaume-Uni montrait l'intérêt d'une information écrite grâce à un dépliant, en complément d'une information orale, pour réduire l'utilisation des antibiotiques lorsque ceux-ci ne sont pas nécessaires. Ils avaient remis un dépliant d'informations à des patients avec une bronchite aiguë ainsi qu'une ordonnance d'antibiotiques à prendre de manière différée si besoin. Le groupe ayant reçu la fiche écrite avait consommé moins d'antibiotiques que ceux ne l'ayant pas reçue.(35)

De même une étude de E.Jeannet et L.Cozon-Rein montrait l'impact positif des fiches d'information à remettre aux patients, toujours en complément d'une information orale, puisqu'elle permettait aux patients d'avoir de meilleures connaissances sur la pathologie et un comportement plus adapté quant à la gestion de cette pathologie, pour eux et leur famille.(36).

L'information orale et écrite, sur la nature microbienne d'une pathologie apparaît importante lors de la prescription ou non prescription d'antibiotique pour que le patient ait une meilleure compréhension et de meilleures connaissances sur sa pathologie et la conduite à tenir. La remise d'un document d'information écrit au patient semble être une piste intéressante dans ce sens.

C'est également un des points de pédagogie souligné par l'assurance maladie dans sa campagne de sensibilisation du plan antibiotiques.(37)

Si nos résultats, comme ceux d'autres études montrent que les patients ne connaissent pas les indications exactes des antibiotiques, les habitudes de prescription des médecins en France peuvent participer à entretenir la confusion, et les réponses de nos participants reflètent une certaine réalité des prescriptions d'antibiotiques.

En effet, encore en 2009, les infections virales (rhinopharyngite, bronchite, syndrome grippal) et l'angine représentaient plus de 40% des prescriptions d'antibiotiques en ville.(20)

Face à ce phénomène de prescriptions inappropriées, l'étude PAAIR 1, débutée en 2001 s'est intéressée aux déterminants de la prescription d'antibiotiques dans les situations cliniques n'en nécessitant pas.

Elle a été menée en Ile de France auprès de médecins généralistes enseignants et avait permis d'identifier des situations à risque de prescriptions inappropriées et des stratégies pour ne pas prescrire dans des situations où il ne le fallait pas. Le principal facteur de risque de prescription inappropriée était la demande du patient à avoir des antibiotiques (demande réelle ou ressentie par le médecin.)

Les stratégies pour éviter les prescriptions inutiles étaient de repérer tôt dans la consultation que la non-prescription risquait de poser problème pour ainsi réagir en prenant la décision de ne pas prescrire et en négociant au cours de la consultation. Il est également conseillé de faire expliciter la demande au patient, puis faire un examen précis en commentant chaque étape. Puis lorsque le diagnostic est posé, l'énoncer et expliquer la différence entre les bactéries et les virus, l'action et les effets indésirables des ATB.

Pour ne pas prescrire, une explication était nécessaire mais pas suffisante. Les médecins devaient proposer, voire négocier, des stratégies alternatives aux antibiotiques :

- proposer une alternative thérapeutique, traitements symptomatiques.
- proposer une réévaluation de la situation si persistance des symptômes
- prescription différée

Par la suite, deux autres études PAAIR ont suivi qui retrouvaient les mêmes situations à risque de prescription, chez des médecins non enseignants et confirmaient l'intérêt d'une formation médicale sur les antibiotiques pour améliorer la qualité de prescription des médecins de façon durable. (6,26,28)

De même, dans sa thèse sur les pratiques des médecins généralistes en matière de prescription d'antibiotiques dans les infections les plus courantes en Limousin, S. Labrousse-El Alaoui constate que les recommandations ne sont peu ou pas suivies même si elles sont souvent connues des médecins. De nombreux efforts restent à faire notamment en terme de formation médicale continue afin de préserver l'efficacité des antibiotiques et limiter les facteurs de résistance.(38)

A propos de la formation médicale, on estime qu'en l'espace de 7 ans, 50% des connaissances sont obsolètes, pour des études médicale qui durent minimum 9 ans. La formation continue apparaît donc indispensable au praticien pour mettre à jour et garantir sa qualité d'exercice.(39)

En pratique le code de déontologie médicale (article 11) exige du médecin qu'il s'informe des progrès de la médecine nécessaires à son activité, « *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* ». (40)

S. Launay dans sa thèse en 2019 sur les pratiques des médecins généralistes en rapport avec le phénomène d'antibiorésistance montrait l'importance de la formation initiale, avec une sensibilisation précoce sur le sujet dans le cursus des études médicale pour constituer des bases solides. (41)

L'évolution constante des recommandations de bonnes pratiques nécessite une mise à jour régulière des connaissances théoriques, et dans cette étude comme dans d'autres (42)(43), il était mis en avant que plus un médecin était investi dans le DPC moins il prescrivait d'antibiotiques inutiles. D'autres points importants dans ce travail était l'intérêt du recours à un référent en infectiologie et à des outils d'aide à la prescription en ligne qui étaient utiles pour améliorer les pratiques des médecins.(41)

IV.2.2. Concernant les traitements adjuvants et l'automédication

Dans notre étude, la plupart des participants signalaient qu'ils ne consultaient pas forcément pour un rhume, en privilégiant le repos ou parfois le recours à l'automédication pour soulager les symptômes. Les patients connaissaient assez bien des solutions médicamenteuses et non médicamenteuses pour soulager les symptômes accompagnant les infections respiratoires qu'ils ont citées. Les femmes de notre étude étaient les plus concernées par la prise de ces traitements, et par le recours à la consultation médicale. En effet il semblerait que de manière générale les femmes soient plus attentives à leur état de santé et plus proches du système de soins que les hommes : elles sont plus nombreuses à déclarer consulter des médecins généralistes ou spécialistes et à recourir à la prévention.(44)

Aucun des participants n'a évoqué d'automédication avec les antibiotiques.

Dans la littérature cette pratique semble en diminution en France.

Dans le travail de thèse de S. Ait Mouhoud consacré à l'automédication des patients aux antibiotiques, 28% des patients interrogés s'automédiquaient alors qu'ils connaissaient les risques de telle pratique. L'étude avait permis de mettre en évidence un certain profil de patient à risque d'automédication : un patient avec un haut niveau d'étude mais qui méconnaît l'action des antibiotiques, plutôt inobservant et qui maîtrise mal les risques de la réutilisation des antibiotiques. De plus ce travail montrait l'importance d'une information adaptée de la part du médecin généraliste pour limiter ce risque. (45)

A.Collomb-Gery dans sa thèse montrait que l'automédication aux antibiotiques avait diminuée de 9% en 10 ans et faisait un lien avec un probable effet positif de la première campagne d'information de la caisse nationale d'assurance maladie « les antibiotiques c'est pas automatique. »(31)

IV.2.3. Impact des campagnes d'information

Dans notre étude, deux participants évoquent spontanément le slogan « *Les antibiotiques, c'est pas automatique* ».

Cette campagne avait été mise en place entre 2002 et 2005 et avait été un véritable succès, en dépassant ses objectifs initiaux et permettant une diminution globale (concernant toutes les régions et tranches d'âges) de la consommation d'antibiotique de 26,5% entre 2002 et 2007. Encore à l'heure actuelle elle reste ancrée dans la culture populaire française.(46)

Deux autres campagnes ont été lancées par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés après celle-ci. (47)

D'abord de 2005 à 2008, avec « *viral, pas d'antibiotique* », la campagne expliquait l'inefficacité des antibiotiques contre les virus, mais sans communication particulière sur le phénomène de résistance des bactéries. L'effet médiatique de cette campagne fut limité et elle n'a pas eu d'impact sur la consommation d'antibiotique.

Puis en 2009, la campagne « *les antibiotiques, utilisés à tort, ils deviendront moins forts* », qui était cette fois axée sur l'explication du phénomène d'antibiorésistance.

L'impact sur la consommation a été limité, permettant une diminution éphémère de la consommation d'antibiotiques. En effet, un rapport de l'ANSM de juillet 2014 rapporte qu'entre 2009 et 2011, la consommation d'antibiotiques en ville est passée de 29,6 à 28,2 puis 28,7 en nombre de DDJ pour 1 000 habitants et par jour. (47)

Grâce à ces actions, plus de 40 millions de prescriptions ont été évitées entre 2002 et 2012, soit l'équivalent du nombre de prescriptions sur un hiver.

Cependant, si ces trois campagnes ont apporté le problème de l'antibiorésistance dans la sphère publique, celui-ci demeure aujourd'hui largement méconnu par la population.(47)

Dans son travail de thèse en 2017 en Limousin, C.Gras obtient également des résultats allant dans ce sens, en montrant que les campagnes d'information étaient nécessaires mais pas suffisantes car elles n'avaient pas modifié durablement les connaissances et les comportements des patients.(48)

IV.2.4. Concernant les avantages des antibiotiques

Nos résultats montrent que les participants semblent avoir une image positive mais souvent erronée des avantages des antibiotiques.

S'ils sont considérés comme efficaces, nos participants pensent également qu'ils permettent une guérison rapide, qu'ils n'ont pas de contre-indication, et permettraient de soulager les symptômes associés aux infections respiratoires. L'antibiotique serait également le médicament de choix lors d'infections graves où chez une population plus fragile comme les enfants ou les personnes âgées.

Cette perception de puissance, de « remède miracle » de l'antibiotique est également retrouvée dans d'autres études existantes portant sur les représentations des patients (31,32,49)(50).

Il semble alors important pour le médecin de rappeler lors de la consultation les indications et les limites de l'effet de l'antibiotique, et donner des alternatives pour soulager les symptômes, comme le préconisaient également les résultats de PAAIR.

IV.2.5. Inconvénients

Concernant les inconvénients plusieurs participants avaient déjà fait l'expérience d'effets secondaires notamment des troubles digestifs ou de la diarrhée.

La plupart des participants des focus avaient conscience que l'utilisation trop fréquente ou inappropriée des antibiotiques augmentait le risque d'échec du traitement mais sans forcément avoir compris le mécanisme de ce phénomène.

Certains connaissaient la notion de résistance bactérienne, et pour d'autres il s'agissait d'une diminution des défenses immunitaires ou encore une perte d'efficacité de l'antibiotique.

Ces confusions étaient trouvées surtout chez la population étudiante et la tranche 20-30 ans de notre étude.

Cette population semble être celle ayant des connaissances plus fragiles, et également moins consciente du risque lié à l'antibiorésistance comme le montre C. Lambert dans sa thèse qualitative sur les représentations des 18-25 ans sur les antibiotiques en médecine générale. Dans ce travail, les jeunes étaient peu sensibilisés aux risques de l'antibiorésistance et la chercheuse insistait sur l'intérêt de communiquer à ce sujet, à la fois en consultation, mais également via de nouvelles campagnes de sensibilisation, en utilisant des médias comme internet et les réseaux sociaux pour toucher un public plus jeune et plus nombreux. En effet les jeunes représentent la génération des futurs parents d'enfants en bas âges, souvent confrontés à des pathologies infectieuses aiguës.(51)

De même, dans son travail de thèse en Limousin, C.Gras montrait que les adultes de moins de 30 ans sont encore 29% à penser qu'une rhinopharyngite nécessite systématiquement un traitement ATB et 47% en cas de grippe.(48)

La population des moins de 30 ans semble être une cible privilégiée chez qui insister sur l'éducation thérapeutique, même si les représentations erronées se retrouvent à tout âge.

Dans un sondage IFOP sur les connaissances des français sur l'antibiorésistance on retrouve également cette confusion :

- avec 60% des personnes ayant déjà entendu parler de l'antibiorésistance qui savent que les bactéries deviennent résistantes aux antibiotiques
- 26% qui pensent que ce sont les personnes qui deviennent résistantes si elles prennent trop d'antibiotiques
- et 11% pour qui les antibiotiques deviennent résistants aux virus.(52)

Dans ce même sondage, 71% des personnes interrogées trouvaient qu'il n'y avait pas assez de communication sur l'antibiorésistance. Pour 93%, la personne en qui ils avaient le plus confiance pour recevoir cette information était le médecin (généraliste ou spécialiste).(52)

Cela semble confirmer que le médecin généraliste est un acteur privilégié dans la lutte contre l'antibiorésistance et a un rôle fondamental dans la communication et la sensibilisation à ce sujet.

Un autre inconvénient des antibiotiques mis en avant par certains participants est qu'ils soient néfastes pour l'écologie.

Cela peut constituer un argument important à mettre en avant auprès des patients en consultation, la population étant à l'heure actuelle de plus en plus sensibilisée aux problèmes environnementaux.

L'antibiorésistance est un problème universel qui nécessite une action coordonnée associant santé humaine, animale et environnementale.

L'OMS a adopté en 2015 un plan d'action global sous le concept d'une seule santé « One Health » c'est à dire avec une approche coordonnée entre les différents secteurs et acteurs concernés : système de soins, filières animales, environnement, etc. Elle recommande à tous les états membres d'élaborer un plan national intersectoriel de maîtrise de la résistance.

Pour la France, c'est en 2016 que le premier Comité Interministériel pour la Santé a été consacré à la préparation d'une feuille de route interministérielle visant à maîtriser l'antibiorésistance, s'appuyant sur les recommandations du rapport Carlet.(47,53)

IV.2.6. La Relation médecin malade

Les participants de notre étude déplorent également spontanément un manque de communication de leur médecin sur les traitements qu'ils vont être amenés à prendre, les effets secondaires possibles, le délai d'action, etc., souvent liés d'après eux à un manque de temps en consultation.

D'autres par contre disent faire confiance à leur médecin et estiment que s'il prescrit ou pas des antibiotiques, c'est uniquement de son ressort, le patient étant alors passif.

Avec l'émergence de nouvelles obligations liées à l'information et au consentement éclairé du patient concernant les soins, la relation médecin malade évolue d'un modèle paternaliste à un modèle d'autonomie en mettant en avant les droits des individus.

Grâce à la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin(54), le patient devient véritablement acteur de sa prise en charge et peut accéder directement aux informations le concernant. « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* » Article L1111-4 du code de la santé publique.(55)

En pratique le patient n'est pas toujours apte à prendre des décisions concernant sa santé mais le rôle du médecin est de l'informer au mieux en s'assurant de sa bonne compréhension afin de pouvoir s'approcher le plus possible d'une prise de décision partagée entre médecin et patient.

M.Flourat en 2018 dans sa thèse sur l'impact de la relation médecin-malade sur les prescriptions (56) étudiait les ressentis de médecins généralistes en Haute-Vienne.

Elle montrait qu'une relation médecin malade de qualité, basée sur la confiance, la communication et l'écoute du patient, permettait de réduire les prescriptions médicamenteuses, ce qui nous intéresse tout particulièrement dans le cas de la sur-prescription des antibiotiques liée à une demande du patient.

IV.3. Forces et faiblesses de l'étude

IV.3.1. Avantages

L'avantage de la méthode des focus groupes est de créer une dynamique de groupe qui favorise les échanges et les interactions entre les différents participants. Les personnes peuvent partager leurs opinions, expériences et connaissances, lors d'une discussion conviviale, ce qui favorise l'émergence des idées.

La notion d'anonymat permettait également la libre expression pendant les débats.

De plus ces groupes ont eu un effet « pédagogique » puisque les participants ont pu poursuivre la discussion après la fin des focus et poser toutes les questions qu'ils avaient concernant le sujet.

Ce type d'étude n'a pas vocation à obtenir un échantillon représentatif mais est à but exploratoire.

Nous avons essayé de diversifier au maximum notre échantillon pour majorer la possibilité d'obtenir des idées variées. Ainsi grâce à nos vingt-deux participants nous avons pu recueillir 120 idées et arriver à saturation des données.

IV.3.2. Limites de la méthode

IV.3.2.1. Biais de recrutement

Les participants des focus groupes ont été recrutés par l'intermédiaire de plusieurs personnes sur la base du volontariat.

La nécessité d'être disponible pour l'interview a nécessairement écarté de notre recrutement des individus non disponibles pendant la période d'enquête et qui auraient pu apporter des informations supplémentaires. Le fait d'avoir choisi des entretiens de groupe rendait plus fastidieuse l'organisation par rapport à des entretiens individuels.

De plus les volontaires peuvent être inconsciemment des personnes les plus aptes à échanger et à être intéressées par le sujet. Même si nous donnions peu d'information sur le sujet de recherche pour limiter ce biais.

IV.3.2.2. Biais de désirabilité

Certains des participants n'ont peut-être pas osé s'exprimer de façon totalement sincère face aux autres et aux enquêteurs, pour donner des réponses qu'ils jugeaient plus valorisantes socialement, constituant ainsi un biais de désirabilité sociale.

IV.3.2.3. Biais de participation

On peut relever des aspects « bloquants » liés à la discussion de groupe comme la timidité ou la réticence à exprimer ses idées personnelles devant d'autres personnes.

La présence de « leader » d'expression dans les groupes pouvait également entraver la libre expression en « dominant » la discussion. Bien que l'animation par le modérateur limite ce risque, certains participants n'ont peut-être pas osé exprimer des idées contraires à celles du groupe.

Conclusion

Les consultations pour infections respiratoires en médecine générale sont les plus pourvoyeuses de prescriptions inappropriées d'antibiotique en France.

Une des principales raisons mise en avant pour justifier ce phénomène est la perception par le médecin d'une pression, d'une attente du patient pour recevoir des antibiotiques.

Notre travail cherchait à identifier ce qui pouvait inciter les patients à réclamer des antibiotiques. Pour répondre à cette question nous avons interrogé 22 patients sur les différentes situations cliniques d'infection respiratoire justifiant, selon eux, une consultation et la prescription d'antibiotiques et sur leurs représentations des antibiotiques.

Nos résultats suggèrent que les connaissances globales des patients à propos des antibiotiques sont fragiles et confuses. Les participants citent les pathologies virales comme la rhino-pharyngite, la grippe, la bronchite et l'angine comme principaux motifs de prescription d'antibiotiques. Ils semblent avoir fréquemment recours à l'automédication lors d'infections respiratoires, mais pas avec des antibiotiques. Les participants n'ont pas déclaré réclamer des antibiotiques à leur médecin lorsqu'ils consultent pour ces pathologies.

Les antibiotiques sont considérés comme des médicaments efficaces, sûrs, permettant une guérison rapide et de soulager les symptômes, mais avec un risque d'effets secondaires.

Les risques de résistance sont mentionnés mais il semble exister une confusion pour certains, pour qui il s'agirait d'une diminution des défenses immunitaires, d'une perte d'efficacité de l'antibiotique ou encore d'une résistance des virus.

C'est la population des moins de 30 ans de notre échantillon qui paraissait avoir les connaissances les moins solides sur l'antibiothérapie.

Certains participants déploraient également un manque de communication de la part du médecin concernant les antibiotiques et l'antibiothérapie.

Le médecin généraliste de par sa place de médecin de premier recours et à sa relation privilégiée avec le patient, a un rôle éducatif clé pour sensibiliser les patients au risque de l'antibiorésistance.

Grâce à une relation de qualité basée sur la confiance et l'écoute, le médecin peut repérer les situations à risques de prescription inappropriée et appréhender les attentes du patient afin d'y répondre au mieux.

Il paraît important de pouvoir transmettre des messages clairs et simples, oraux et également écrits, sur ce que sont un antibiotique, un virus, une bactérie, les traitements des symptômes éventuels, l'intérêt d'un usage raisonné des antibiotiques et les risques liés à l'antibiorésistance. Grâce à ces informations, le médecin pourrait lutter contre les fausses croyances qui entourent les antibiotiques et modifier le comportement de recours aux soins des patients ainsi que leurs habitudes de consommation, en les rendant « acteurs » de leur santé.

Références bibliographiques

1. Meslé F. L'évolution de la mortalité par cause : les différentes facettes de la transition épidémiologique. *médecine/sciences*. 1997;13(8-9):1008.
2. OMS | Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 29 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/fr/>
3. O'Neill J. Review on Antimicrobial Resistance Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. London: Review on Antimicrobial Resistance; 2014. [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
4. Coignard DB. MORBIDITÉ ET MORTALITÉ DES INFECTIONS À BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES EN FRANCE EN 2012 : ETUDE BURDEN BMR. 2012;19.
5. Consommation d'antibiotiques et antibiorésistance en France en 2019 [Internet]. [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: </les-actualites/2020/consommation-d-antibiotiques-et-antibioresistance-en-france-en-2019>
6. Attali C, Amade-escot C, Ghadi V, Cohen J, Pouchain D. Infections respiratoires présumées virales de l'adulte : comment prescrire moins d'antibiotiques. Résultats de l'étude PAAIR [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/infections-respiratoires-presumees-virales-de-ladulte-comment-prescrire-moins>
7. Marita Andreu, Jean-Luc Mainardi. Que doit-on connaître de la microbiologie pour prescrire un antibiotique ? [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/que-doit-connaître-de-la-microbiologie-pour-prescrire-un-antibiotique>
8. Pouillard J. Une découverte oubliée : la thèse de médecine du docteur Ernest Duchesne (1874-1912) [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2002x036x001/HSMx2002x036x001x0011.pdf>
9. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1945 [Internet]. NobelPrize.org. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1945/fleming/lecture/>
10. Alanis AJ. Resistance to antibiotics: are we in the post-antibiotic era? *Arch Med Res*. déc 2005;36(6):697-705.
11. de Kraker MEA, Stewardson AJ, Harbarth S. Will 10 Million People Die a Year due to Antimicrobial Resistance by 2050? *PLoS Med* [Internet]. 29 nov 2016 [cité 17 nov 2020];13(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5127510/>
12. Colomb-Cotinat M, Lacoste J, Brun-Buisson C, Jarlier V, Coignard B, Vaux S. Estimating the morbidity and mortality associated with infections due to multidrug-resistant bacteria (MDRB), France, 2012. *Antimicrob Resist Infect Control*. 12 déc 2016;5(1):56.
13. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.). Antibiotic resistance threats in the United States, 2019 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.); 2019 nov [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82532>
14. Bien utiliser les antibiotiques - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/(offset)/0)
15. Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013 : nouveau rapport

- d'analyse de l'ANSM - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.anism.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2013-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information>
16. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 29 nov 2020]. Disponible sur: https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&f=0&i=antibio_conso.nb_pres_j01&s=2018&t=a01&view=map1
 17. SPF. Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France de 2009 à 2018. Synthèse des indicateurs mis en ligne sur Géodes [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: </import/consommation-d-antibiotiques-en-secteur-de-ville-en-france-de-2009-a-2018.-synthese-des-indicateurs-mis-en-ligne-sur-geodes>
 18. ANSM. La consommation d'antibiotiques en France en 2016. 2017 déc.
 19. Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale. 2003;6.
 20. Ameli. Dossier de Presse. Antibiotiques où en est-on? [Internet]. 2010 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_ANTIBIOTIQUES_01.pdf
 21. Antibiorésistance : tout savoir sur le plan Écoantibio [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://agriculture.gouv.fr/ecoantibio>
 22. Segura PA, François M, Gagnon C, Sauvé S. Review of the Occurrence of Anti-infectives in Contaminated Wastewaters and Natural and Drinking Waters. Environ Health Perspect. mai 2009;117(5):675-84.
 23. SPF. Antibiotiques et résistance bactérienne : une menace mondiale, des conséquences individuelles [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: </import/antibiotiques-et-resistance-bacterienne-une-menace-mondiale-des-consequences-individuelles>
 24. Sanders P, Bousquet-Mélou A, Chauvin C, Toutain P-L. Utilisation des antibiotiques en élevage et enjeux de santé publique. INRA Prod Anim. 2011;24(2):199-204.
 25. Kinch MS, Patridge E, Plummer M, Hoyer D. An analysis of FDA-approved drugs for infectious disease: antibacterial agents. Drug Discov Today. 1 sept 2014;19(9):1283-7.
 26. Attali C, Rola S, Renard V, Roudot-Thoraval F, Montagne O, Corvoisier PL, et al. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. 19:7.
 27. Cîtee DJ, Adeline DF. (LES ENSEIGNEMENTS DE PAAIR). :14.
 28. V.Renard, C.Attali. Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires : résultats à 4 ans. Exercer. 22(95).
 29. IPSOS Santé. Le rapport des Français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments. 2005;15.
 30. Pecastaing JB, Prouff B, Gay B. Etude de l'influence des facteurs non cliniques sur la décision de prescription d'antibiotiques en médecine générale. 2009;
 31. Collomb-Gery A. Évolution des connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie: arguments pour améliorer la prescription en médecine générale. :63.
 32. LAI M. Réévaluation des connaissances et représentation des parents d'enfants atteints de viroses saisonnières vis-à-vis de la prescription d'antibiotiques. [Internet]. 2013 [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4225_LAI_these.pdf
 33. Eurobaromètre spécial 407. La résistance aux antimicrobiens. Rapport. [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_407_fr.pdf

34. Plan national d'alerte sur les antibiotiques [Internet]. 2011 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf
35. Macfarlane J, Holmes W, Gard P, Thornhill D, Macfarlane R, Hubbard R. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. *BMJ*. 12 janv 2002;324(7329):91.
36. Jeannet E, Cozon-Rein L. Évaluation de l'impact de Fiches d'Information Patient (FIP) sur le comportement des patients face à des pathologies courantes en médecine générale: étude randomisée et contrôlée. :59.
37. ameli.fr - Programme antibiotiques : l'Assurance Maladie lance une nouvelle campagne de sensibilisation [Internet]. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communicue/1162.php>
38. Labrousse El Alaoui S. Evaluation des pratiques de prescriptions des antibiotiques dans les infections les plus courantes en médecine générale en région Limousin = General practitioners habits on antibiotic prescriptions, do they follow the recommendations [Internet]. Limoges; 2011 [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <http://aurora.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-38247>
39. Centre national des FMC. L'obligation de formation médicale continue en France [Internet]. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcp.pdf
40. Article 11 - Développement professionnel continu [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-11-developpement-professionnel-continu>
41. LAUNAY S. Connaissances et pratiques des médecins généralistes face au phénomène de l'antibiorésistance [Internet]. Rennes; 2019 [cité 29 nov 2020]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/30d7a65a-1ee9-4cbe-9c22-b46b6849d03b?inline>
42. Devillers L, Sicsic J, Delbarre A, Le Bel J, Ferrat E, Saint Lary O. General Practitioner trainers prescribe fewer antibiotics in primary care: Evidence from France. *PloS One*. 2018;13(1):e0190522.
43. Pulcini C, Pauvif L, Paraponaris A, Verger P, Ventelou B. Perceptions and attitudes of French general practitioners towards rapid antigen diagnostic tests in acute pharyngitis using a randomized case vignette study. *J Antimicrob Chemother*. juin 2012;67(6):1540-6.
44. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. 2008;8.
45. Salah-Eddine AIT-MOUHOUB. L'AUTOMEDICATION AUX ANTIBIOTIQUES EN MEDECINE GENERALE : étude quantitative auprès de patients. [Internet]. 2015 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01244033/document>
46. Sabuncu E, David J, Bernède-Bauduin C, Pépin S, Leroy M, Boëlle P-Y, et al. Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002–2007. *PLOS Med*. 2 juin 2009;6(6):e1000084.
47. Dr Jean CARLET et Pierre LE COZ. Rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques. juin 2015;150.
48. Gras C. Connaissances des patients concernant les antibiotiques : enquête de pratique en médecine générale en Limousin en 2017. Limoges; 2019.
49. Tronel S. Les antibiotiques en médecine générale: une étude qualitative auprès d'une population de patients âgés entre 50 à 65 ans. 2018;55.
50. Klein P. LES ANTIBIOTIQUES DE MOINS EN MOINS AUTOMATIQUES POUR LES FRANÇAIS [Internet]. 2002 [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.cpm21.fr/PSnew/ObjSante/Docs/antibio1erresultatscequiachange02.pdf>
51. Lambert C. Les antibiotiques en médecine générale: une étude qualitative auprès d'une

population de patients âgés de 18 à 25 ans. Médecine Interne. 2018;60.

52. Dabi F, Pratviel E. Les Français et la résistance aux antibiotiques. :20.

53. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Lutte et prévention en France [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preserver/des-politiques-publiques-pour-preserver-l-efficacite-des-antibiotiques/article/lutte-et-prevention-en-france>

54. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.

55. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972276/2016-02-04

56. Flourat M. Impact de la relation médecin patient sur la prise en charge des patients en médecine générale : étude qualitative auprès de médecins de Haute-Vienne en 2018 = Impact of patient-doctor relationship on the management of patients in general medicine : qualitative study with general practitioners of Haute-Vienne in 2018 [Internet]. Limoges; 2018 [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-104334>

Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien.....	70
Annexe 2. Questionnaire pré-focus.....	71
Annexe 3. Extrait de verbatim	72

!

Annexe 1. Guide d'entretien

Guide d'entretien

1. Quelles infections respiratoires vous ont déjà amené à consulter votre médecin ?
2. Quels traitements avez-vous reçus ?
3. D'après vous quelles pathologies respiratoires mériteraient une prescription d'antibiotiques ?
4. Quels sont les avantages à recevoir un traitement antibiotique ?
5. Quels sont les inconvénients à prendre un antibiotique ?

Annexe 2. Questionnaire pré-focus

QUESTIONNAIRE PRE FOCUS

1. Sexe : Femme
 Homme
2. Age :
3. Profession :
 - Agriculteurs, exploitants
 - Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
 - Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - Professions intermédiaires
 - Employés
 - Ouvriers
 - Retraités
 - Etudiants
 - Autres personnes sans activité professionnelle
4. Lieu d'habitation :
 - < 2000 habitants
 - 2000 habitants
5. Nombre d'enfants au foyer et leur âge :
6. Avez-vous déclaré un médecin traitant : Oui Non
7. Pour quelques pathologies êtes-vous traités au long cours ?
 -
 -
 -
 -
 -

Annexe 3. Extrait de verbatim

(...)

Modérateur : Euh alors autre question qui va peut-être un peu moins vous concerner personnellement, c'est peut-être plus une réflexion, quels sont pour vous les avantages à prendre un antibiotique ?

Alors pas forcément dans la situation qu'a été la vôtre là mais ça peut aussi recouper, quels sont les avantages pour vous ?

Participant 5 : on se dit que la maladie passera plus vite

Modérateur : d'accord, pour accélérer la guérison.

Participant 6 : pour toutes les bactéries si on pense que ça peut trainer longtemps c'est vraiment pour raccourcir ça..

Modérateur : oui très bien

Participant 4 : j'me souviens de cette pub : *les antibiotiques c'est pas automatique !*

Modérateur : oui...

Participant 4 : en fait je sais pas vraiment quand est-ce qu'il faut en prendre ouais c'est vraiment flou, je sais pas vraiment.

Modérateur : oui donc là tu ne te prononces pas ?

Participant 4 : du tout (rires)

Participant 6 : en fait on sait pas vraiment la différence, pourquoi pas un antibiotique plutôt qu'un autre médicament qui serait pas un antibiotique on n'a pas trop les connaissances sur les avantages et inconvénients des antibiotiques pour pouvoir se prononcer du coup pour peser le pour et le contre.

Participant 1 : moi je sais que mon médecin m'avait dit qu'à force de prendre des antibiotiques le corps commençait à, enfin le virus, commençait à... En fait à plus avoir d'effet sur le virus, en fait c'était pour apprendre à son corps à combattre la maladie, j' pense que les antibiotiques c'est pas forcément nécessaire à chaque fois, enfin, après ça dépend de la fragilité des personnes j' pense que pour les enfants ou les nourrissons c'est plus important que les personnes d'âge mur.

Modérateur : d'accord, ok donc les avantages ça peut être chez les enfants ou personne fragiles c'est ça ?

Participant 1 : oui celles qui ont des pathologies ba par exemple j' pense l'asthme ça peut aider à ce que ça empire pas.

Modérateur : D'accord

Participant 6 : si jamais on n'est pas sûr de la maladie qu'on a, les antibio ça permet peut-être de prendre plus large pour les guérir, je suis pas sûr du tout.

(...)

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes 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 dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Opinions des patients concernant l'antibiothérapie dans les infections respiratoires en médecine générale

INTRODUCTION : La France est l'un des plus gros consommateurs d'antibiotiques en Europe. Une majorité de ces prescriptions sont réalisées en ville pour des infections respiratoires. Un des facteurs identifié par les médecins pour l'expliquer est la demande des patients. **OBJECTIF :** Analyser les opinions des patients concernant la prescription ou non d'antibiotiques dans les infections respiratoires courantes de l'adulte. **METHODE :** Étude qualitative en théorisation ancrée, réalisée entre 2018 et 2019 en Haute-Vienne, par focus groupes, jusqu'à saturation des données avec trois niveaux de codage. **RESULTATS :** 22 personnes ont participé à l'étude. Leurs connaissances sur les antibiotiques sont fragiles, en particulier chez les moins de 30 ans. Les participants consultent principalement pour des maladies virales. Ils pratiquent beaucoup l'automédication, mais jamais pour les antibiotiques. Les indications des antibiotiques sont mal connues : les pathologies virales et la fièvre sont perçues comme des motifs de prescription. Les antibiotiques sont considérés comme efficaces, accélérant la guérison et soulageant les symptômes. Le risque d'antibiorésistance était cité, mais pour certains il s'agissait d'une diminution des défenses immunitaires ou d'une perte d'efficacité de l'antibiotique. Les participants faisaient confiance à leur médecin mais regrettaient un manque d'information sur les antibiotiques. **CONCLUSION :** Les connaissances des patients concernant les antibiotiques et leurs indications sont approximatives. Le médecin généraliste a un rôle clé dans l'éducation thérapeutique, pour lutter contre les représentations erronées des patients et le mésusage des antibiotiques.

Mots-clés : antibiotiques, opinions patient, médecine générale, prescriptions inappropriées, antibiorésistance.

Patient opinions concerning antibiotherapy in respiratory infections in general medicine

INTRODUCTION : France is one of the biggest consumers of antibiotics in Europe. A majority of these prescriptions are made in town and for respiratory infections. One of the factors that doctors identify to explain it, is patient demand. **OBJECTIVE:** To analyze patients' opinions on whether or not to prescribe antibiotics in common respiratory infections in adults. **METHOD:** Qualitative study in anchored theorization, carried out between 2018 and 2019 in Haute-Vienne, by focus groups, until the saturation of the data with three levels of coding. **RESULTS:** 22 people participated in the study. Their knowledge of antibiotics is fragile, especially among those under 30. Participants consult mainly for viral illnesses. They self-medicate a lot, but never for antibiotics. The indications for antibiotics are poorly understood: viral pathologies and fever are perceived as reasons for prescription. Antibiotics are believed to be effective, speeding healing and relieving symptoms. The risk of antibiotic resistance was cited, but for some it was a reduction in the immune system or a loss of effectiveness of the antibiotic. Participants trusted their doctors but regretted a lack of information about antibiotics. **CONCLUSION:** Patients' knowledge of antibiotics and their indications is approximate. The general practitioner has a key role in therapeutic education, to fight against false representations of patients and the misuse of antibiotics.

Keywords : antibiotic, patient opinions, general medicine, inappropriate prescriptions, antibiotic resistance.

