



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 novembre 2024

Par Rebecca Bessoles

Née le 27 février 1996 à Montauban (82)

L'ordonnance de non-prescription d'antibiotique, un outil utile, compréhensible et facilitant l'éducation thérapeutique des patients en médecine générale ?

Thèse dirigée par Coralie BUREAU-YNIESTA

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie Dumoitier

(PU-MG)

Mme le Docteur Nadège Lauchet

(PA-MG)

Mme le Docteur Léa Sève

(MCA-MG)

Mme le Docteur Coralie Bureau-Yniesta

(MCA-MG)

Présidente

Juge

Juge

Juge





Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 novembre 2024

Par Rebecca Bessoles

Née le 27 février 1996 à Montauban (82)

L'ordonnance de non-prescription d'antibiotique, un outil utile, compréhensible et facilitant l'éducation thérapeutique des patients en médecine générale ?

Thèse dirigée par Coralie BUREAU-YNIESTA

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie Dumoitier

(PU-MG)

Présidente

Mme le Docteur Nadège Lauchet

(PA-MG)

Juge

Mme le Docteur Léa Sève

(MCA-MG)

Juge

Mme le Docteur Coralie Bureau-Yniesta

(MCA-MG)

Juge



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseeurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

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.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
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
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
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
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
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
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

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

KARAM Henri-Hani

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise

CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

PASCAL Virginie

IMMUNOLOGIE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

SALLE Henri

NEUROCHIRURGIE

SALLE Laurence

ENDOCRINOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

YERA Hélène

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission
temporaire)

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale

SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIELA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoît	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément

HERAULT Kévin

RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

Remerciements

Aux membres du jury

À Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury, merci de m'avoir accompagnée au cours de mon internat à travers mes récits et merci pour votre enseignement.

À Madame le Docteur Nadège LAUCHET, merci de me faire le plaisir de participer à ce jury et merci, lors de cette dernière année d'internat d'avoir dirigé nos GEP et de nous avoir transmis vos expériences.

À Madame le Docteur Léa SEVE, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et merci pour vos enseignements.

À ma directrice de thèse Madame le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, merci d'avoir accepté de diriger mon travail alors que nous nous connaissions à peine. Merci pour ces six mois de stage, pour ta confiance, pour ton accompagnement, pour tes apprentissages et merci d'avoir participé à former le médecin que je suis devenue aujourd'hui. Pour ce travail de thèse, merci pour ta disponibilité, pour tous tes conseils et pour ton soutien dans les moments où j'en avais le plus besoin.

Aux personnes qui m'ont entouré tout au long de mes stages

À ma tutrice Madame le Docteur Liliane CHASSAC-GEROUARD, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir guidée au cours de ces trois années d'internat.

À mes maitres de stage de phase socle Dr Alexandra OULD OMAR, Dr Karine GOURSAT et Dr Marie DEBORD, merci pour tout ce que vous m'avez apporté pendant le début de cet internat.

Au service d'URGENCE de Guéret, merci à toute l'équipe pour ces six premiers mois en terre creusoise.

Au service de MEDECINE / SOINS PALLIATIFS de Saint-Léonard-de-Noblat, merci à toute l'équipe de m'avoir soutenue et accompagnée au cours de ce stage.

Au service de PEDIATRE GENERALE de l'HME de Limoges, merci à l'ensemble des docteurs pour ces 6 mois de stage. Merci à toi Dr Camille FRAY pour ton accompagnement et ta confiance. Merci à toute l'équipe du service, merci à vous mes co-internes, Clémence, Camille, Cynthia et Emma pour cette cohésion d'équipe sans faille.

À mes maitres de stage de SASPAS, Dr Coralie BUREAU-YNIESTA, Dr Gilles PETIT et Dr Laure ZIRNHELT. Merci pour ce stage, pour votre confiance et pour vos apprentissages.

À mes maitres de stage de gynécologie ambulatoire, Dr Vanessa DESHAYS, Dr Armelle DUCLOUX-SARTOUX et Dr Maité VANDOOREN. Merci pour ces six derniers mois de mon internat. Merci pour vos transmissions et pour votre confiance. Vanessa, merci pour ton soutien et tes conseils, merci pour ton apprentissage.

À mes amis

À tous mes amis d'enfance, les Montalbanais

Mélanie, Lorine, Margot, Agathe et Sophie, mes plus vieilles amies. Si vous saviez la fierté que je ressens de vous avoir encore auprès de moi. Vous êtes la famille que j'ai choisie. Malgré la distance nous avons réussi à garder cette amitié si puissante.

Mélanie, merci pour ta présence, ton écoute et ton soutien. Depuis l'école primaire, nous avons su garder cette amitié et la rendre plus forte au fil des années. Merci à Bastien qui partage ta vie et qui est rentré dans la mienne comme un ami fidèle. Quelle chance j'ai de vous avoir dans ma vie.

Lorine, depuis le primaire également, nos liens se sont renforcés dès la sixième. Merci d'avoir toujours été là. Merci pour ton soutien et tes conseils. Tu sais l'amour que je te porte.

Margot, mon amie depuis les bancs de l'école. Merci d'être la boule d'énergie qui me fait toujours autant rire. Merci pour ton soutien, merci d'être restée auprès de moi depuis toutes ces années.

Agathe, un coup de foudre amical ! Il nous aura fallu peu de temps pour devenir de vraies amies. Depuis le lycée maintenant, je suis heureuse de t'avoir dans ma vie.

Sophie, mon amie depuis le collège. Merci pour ton soutien et tes conseils. Merci d'être restée dans ma vie, tout en vivant la tienne.

Manu, Caroline et Olivier, merci pour votre présence et votre amitié. Merci pour ces beaux moments passés avec vous.

Jules, mon ami montalbanais avec qui je suis partie découvrir Limoges. Merci pour ton soutien toutes ces années. On a gravi ensemble les étapes pour arriver à ce jour où nous devenons docteur. Quelle fierté d'avoir réussi ce pari pour tous les deux.

À mes amis Limougeauds

Axelle, amies depuis nos 18 ans. Je fais ta rencontre dans ce foyer où on habitait pour la PACES. On ne s'est jamais lâchées. Maintenant 10 ans que tu fais partie de mes plus chères amies. Merci pour toutes ces années incroyables. Mes études n'auraient pas été les mêmes sans toutes ces soirées et ces fous rires.

Élise, un peu de sud dans ta voix qui me rappelle ma région dès que je te rencontre au foyer. Nos chemins se sont séparés mais l'amitié que nous avons créée est restée indemne. Tu sais le bonheur que j'ai de t'avoir au quotidien, dans cette ville où nous nous sommes rencontrées. Merci pour ton écoute et pour toutes ces discussions autour d'un verre les vendredis soir.

Maëlys, je fais ta rencontre en 2^e année de médecine. Il nous aura fallu peu de temps pour créer une amitié intense et sincère. On ne s'est jamais quittées. Merci pour notre amitié, et pour la confiance que nous avons l'une pour l'autre. Trinôme magique avec Axelle, merci à toi pour tous ces souvenirs au cours de ces longues études.

Et puis merci à vous tous, mes amis que j'ai rencontré au cours de ces années, Antoine Bonal, Virgile, Vincent, Clara, Clémence, Théo, Guillaume, Keyvan, Louise, Cyrille, François, Alexandre, Antoine Diard. Merci pour ces belles années, ces voyages au ski et tous ces beaux moments de vie.

Fioz, merci pour ton aide, tes conseils d'ami et d'infectiologue pour cette thèse.

À ma famille

Mes parents, merci pour tout. Je ne pourrais pas résumer en quelques lignes ce que je ressens pour vous. Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée. Merci pour cet amour inconditionnel que vous me procurez au quotidien. Merci de m'avoir fait confiance, d'avoir cru en moi et de m'avoir transmis vos valeurs. Si j'ai pu aujourd'hui en arriver là, c'est grâce à vous. Merci pour vos corrections, vos conseils, et votre soutien de la première année à cette dernière année, clôturée par ce travail de thèse. Papa, Maman, je vous aime tellement.

Mon frère, Nicolas. Nous deux si différents mais tellement complémentaires. Je sais la chance que j'ai d'avoir un frère comme toi. Notre relation a toujours été saine et forte depuis notre enfance. Merci pour ton soutien, merci de m'avoir toujours valorisé quand je doutais. Merci pour tes corrections, tes conseils et merci pour ta patience. Je t'aime mon frère. Merci à Justine, pour ta présence et ton aide en anglais.

Mes oncles et tantes, Pierre, Tia, Michel, Monique, et Nathalie, merci de votre présence. Mes cousins, Guillaume, Jeremy, Claire, Pauline et Matthieu, merci de votre soutien.

Ma belle-famille, Yves, Françoise, Hélène, merci de m'avoir si bien accueillie. Merci pour votre soutien et votre présence.

Une pensée à vous, mes grands-parents, qui je pense, auraient été fiers de me voir accomplir cette étape de ma vie.

À Vincent

Toi, mon amour, avec qui je partage ma vie depuis maintenant plus de cinq belles années. Merci pour tout le soutien que tu m'apportes au quotidien. Merci de me rassurer, de me conseiller, de me changer les idées quand j'en ai besoin. Merci de me faire rire mais aussi de me consoler. Je tourne une page de ma vie aujourd'hui à tes côtés. J'ai réalisé mon rêve, celui de devenir docteur. Maintenant, vivons tous les deux les nouvelles étapes que la vie nous réserve. Je t'aime.

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/>



Liste des abréviations

ALD – Affection longue durée

BMR – Bactérie multi-résistante

BPCO – Broncho-pneumopathie obstructive chronique

CIS – Comité Interministériel pour la Santé

CMG – Collège de la médecine générale

CMIT – Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales

CPAM – Caisse primaire d'assurance maladie

GEA – Gastroentérite aiguë

GPIP – Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique

HAS – Haute autorité de santé

MSP – Maison de santé pluridisciplinaire

MST – Maladie sexuellement transmissible

OCDE – Organisation de coopération et de développement économique

ONP – Ordonnance de non-prescription

PLP – Protéine de liaison aux pénicillines

ROSP – Rémunération sur objectif de santé publique

SPILF – Société de pathologie infectieuse de langue française

TDR – Test de diagnostic rapide

TROD – Tests rapides d'orientation diagnostique

Table des matières

Introduction.....	22
I. Contexte et justifications	23
I.1. La place des antibiotiques en France	23
I.1.1. Un peu d'histoire avec la découverte des antibiotiques	23
I.1.2. Le rapport aux médicaments des Français	24
I.1.3. L'utilisation des antibiotiques en France	25
I.2. Les risques de l'antibiothérapie excessive	27
I.2.1. Le mésusage de l'antibiothérapie	28
I.2.1.1. L'inobservance thérapeutique	28
I.2.1.2. Automédication	28
I.2.1.3. Prescription inappropriée d'antibiotique	29
I.2.2. Antibiorésistance.....	30
I.2.2.1. Définition.....	31
I.2.2.2. Origine de l'antibiorésistance	31
I.2.2.2.1. L'antibiorésistance naturelle	31
I.2.2.2.2. L'antibiorésistance acquise.....	32
I.2.2.3. Mécanisme de l'antibiorésistance.....	32
I.2.2.4. Diffusion de la résistance aux antibiotiques	32
I.2.2.5. Impact de l'antibiorésistance	33
I.2.2.5.1. Impact individuel	33
I.2.2.5.2. Impact sociétal	33
I.2.2.5.3. Impact économique.....	33
I.2.2.6. Quelques chiffres concernant l'antibiorésistance	34
I.3. Lutter contre l'antibiorésistance et l'antibiothérapie excessive	34
I.3.1. Prévenir les infections et limiter leur transmission	34
I.3.2. Campagne de prévention d'utilisation des antibiotiques	35
I.3.2.1. Outils thérapeutiques pour les médecins	35
I.3.2.1.1. Sites internet.....	36
I.3.2.1.2. Ordonnance de non-prescription	36
II. Matériel et méthode.....	38
II.1. Type d'étude	38
II.2. Objectifs de l'étude et hypothèse de recherche	38
II.2.1. Objectif principal	38
II.2.2. Objectifs secondaires.....	38
II.2.3. Élaboration du questionnaire	38
II.2.4. Considérations éthiques et autorisation nécessaire	39
II.3. Population de l'étude	40
II.3.1. Critères d'inclusion.....	40
II.3.2. Critères d'exclusion.....	40
II.4. Déroulement de l'enquête	40
II.4.1. Dates et lieux de l'enquête.....	40
II.4.2. Conditions de réalisation de l'enquête	40
II.5. Saisie et exportations des données.....	41
II.6. Bilbiographie	41
III. Résultats	42

III.1. Population des répondants	42
III.1.1. Participation	42
III.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	43
III.1.3. Diagnostic établi lors de la consultation et avis sur les antibiotiques.....	45
III.1.3.1. Pathologies diagnostiquées.....	45
III.1.3.2. Souhait des patients d'une prescription d'antibiotique	45
III.2. Résultats descriptifs de l'étude	46
III.2.1. Compréhension de l'ONP	46
III.2.2. Utilité de l'ONP.....	47
III.2.3. Meilleure compréhension de la prise en charge post ONP.....	48
III.2.4. Etat des lieux des connaissances sur les traitements des virus et des bactéries	49
III.2.5. Importance des informations concernant les pathologies (durée et symptômes)	50
III.2.6. Acquisition de connaissances grâce à l'ONP	50
III.2.7. Implication personnelle renforcée	50
III.2.8. Souhait d'avoir des fiches informatives.....	50
III.2.9. Sujets des fiches informatives souhaités	51
III.2.10. Différentes sources où retrouver les fiches informatives	54
III.3. Analyse statistique.....	55
III.3.1. Compréhension de l'ONP et de son intérêt thérapeutique	55
III.3.1.1. Facilité de compréhension de la fiche ONP	55
III.3.1.2. Compréhension de la non-prescription d'antibiotique	57
III.3.1.3. Acquisition de connaissances sur la pathologie grâce à l'ONP.....	62
III.3.2. Utilité de l'ONP.....	62
III.3.3. Implication des patients et souhait de fiches d'éducation thérapeutique	64
IV. Discussion.....	67
IV.1. Forces et justifications de l'étude	67
IV.2. Limites de l'étude	68
IV.2.1. Limites liées à la population d'étude.....	68
IV.2.1.1. Biais d'échantillonnage	68
IV.2.1.2. Biais de participation	68
IV.2.1.3. Biais de désirabilité sociale	68
IV.2.2. Limite liée à la méthodologie	68
IV.2.2.1. Biais déclaratif.....	68
IV.3. Cohérence externe.....	69
IV.4. Analyse dans le contexte	70
IV.4.1. L'ONP, un outil compréhensible et permettant la compréhension de sa prise en charge	70
IV.4.1.1. Compréhension du document en lui-même	70
IV.4.1.2. Souhait d'une antibiothérapie avant l'ONP	71
IV.4.1.3. Compréhension de sa prise en charge grâce à l'ONP	72
IV.4.2. L'ONP, un outil utile.....	73
IV.4.3. L'ONP, un outil thérapeutique	74
IV.4.3.1. Acquisition des connaissances	74
IV.4.3.2. Implication personnelle renforcée	74
IV.4.4. Vers une multiplication de fiches éducatives à destination des patients	75
IV.5. Perspectives.....	76
IV.5.1. La relation médecin-malade	76
IV.5.2. L'alliance thérapeutique.....	76

IV.5.3. Nouvelles technologies.....	77
IV.5.4. Mesurer les connaissances des médecins sur l'ONP	77
Conclusion.....	78
Références bibliographiques.....	79
Annexes	84
Serment d'Hippocrate.....	92

Table des illustrations

Figure 1: Consommation des antibiotiques en ville de 2006 à 2016.....	26
Figure 2: Frise chronologique des premières résistances aux antibiotiques.	30
Figure 3: Diagramme de flux.....	42
Figure 4: Pathologies diagnostiquées	45
Figure 5: Effectifs et catégories de réponses des patients qui pensaient avoir besoin d'un antibiotique	46
Figure 6: Utilité de l'ONP selon les patients	47
Figure 7: Bénéfice de l'ONP sur la compréhension du traitement	48
Figure 8: Connaissance de la différence de traitement virus/bactérie	49
Figure 9: Souhait d'avoir des fiches similaires	51
Figure 10: Lieux fiches informatives.....	54

Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques	44
Tableau 2: Sujets fiches informatives en fonction du sexe	52
Tableau 3: Pourcentage des sujets de fiches éducatives en fonction des tranches d'âge	53
Tableau 4: Compréhension de l'ONP	56
Tableau 5: Souhait antibiotique avant ONP	57
Tableau 6: Profil des patients souhaitant une antibiothérapie	59
Tableau 7: Profil des patients ayant mieux compris leur <i>traitement post ONP</i>	60
Tableau 8: Connaissances concernant les traitements des pathologies virales ou bactériennes.....	61
Tableau 9: Utilité des ONP	63
Tableau 10: Meilleure implication du patient dans sa prise en charge	64
Tableau 11: Souhait d'obtenir d'autres fiches éducatives	65
Tableau 12: Sujets des fiches éducatives	66

Introduction

La découverte des antibiotiques a marqué une révolution dans le domaine médical. Les antibiotiques ont permis de prendre en charge des infections bactériennes qui étaient, pour beaucoup d'entre elles, autrefois mortelles.

Cependant l'usage massif et parfois abusif de ces médicaments a conduit à un phénomène inquiétant : l'antibiorésistance. Ce phénomène, qui se manifeste par l'adaptation des bactéries aux antibiotiques, réduit l'efficacité des traitements et constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique.

En France, la consommation d'antibiotiques reste élevée par rapport à d'autres pays européens, malgré des campagnes de sensibilisation visant à limiter leur usage.

Le rôle du médecin généraliste est primordial face au phénomène inquiétant de l'antibiorésistance. En effet, 90% des prescriptions d'antibiotiques sont faites en ville et donc, pour beaucoup d'entre elles, par le médecin traitant.

Le médecin a un rôle de prescription appropriée d'antibiotique, mais les patients sont souvent en attente de prescriptions, pour eux synonyme de prise en charge de leur pathologie. Il a également un rôle de prévention contre le mésusage d'antibiotique.

Une relation de confiance, basée sur la compréhension mutuelle et une communication claire, est essentielle pour favoriser l'adhésion aux recommandations médicales et limiter la prescription d'antibiotiques lorsqu'ils ne sont pas nécessaires.

En réponse à ce défi, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) a créé un outil pour les médecins généralistes : l'ordonnance de non-prescription (ONP), un outil destiné à surveiller et encadrer la prescription des antibiotiques.

Dans ce contexte, nous nous sommes demandé si l'ordonnance de non-prescription d'antibiotique pouvait être un outil utile pour améliorer la compréhension et l'éducation thérapeutique en médecine générale ?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une enquête en Limousin auprès de patients majeurs consultants pour une pathologie virale. Nous avons recueilli leurs avis et ressentis sur cette ONP délivrée au cours de la consultation.

Au cours de ce travail, nous décrirons la place des antibiotiques en France. Nous définirons les concepts d'antibiorésistance et les outils offerts aux médecins pour améliorer leurs prescriptions.

Au vu des résultats de l'étude, nous aborderons la place et l'intérêt de l'ONP. Nous évoquerons l'importance de la relation médecin-malade et de l'alliance thérapeutique pour favoriser l'adhésion aux soins des patients en médecine générale.

I. Contexte et justifications

I.1. La place des antibiotiques en France

I.1.1. Un peu d'histoire avec la découverte des antibiotiques

L'histoire des antibiotiques est vieille de seulement quatre-vingts ans au regard du premier succès mondial de la pénicilline. (1)

En 1897, le médecin français Ernest Duchesne soutient sa thèse de doctorat « Contribution à l'étude de la concurrence vitale chez les micro-organismes : antagonisme entre les moisissures et les microbes ». Il montre que les moisissures présentent une activité antimicrobienne. Ses travaux ne seront pas poursuivis et il faudra attendre près de trente ans pour que le hasard permette au docteur Fleming de remettre en évidence l'action bactériostatique des moisissures. (2)

En 1928, le Dr Fleming redécouvre la pénicilline au retour de ses vacances en observant sur des boîtes de pétri à l'abandon une moisissure qui inhibe la croissance des staphylocoques (bactéries responsables d'infection chez l'Homme) ; il identifie cette moisissure comme étant un penicillium. (1) Il en isole un extrait et nomme cet agent « pénicilline ». Il étudie ensuite ses effets et remarque qu'il agit non seulement contre les staphylocoques mais aussi sur bien d'autres bactéries responsables de la scarlatine (*Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A*), de la diphtérie (*Corynebacterium diphtheriae*), de pneumonies ou de méningites. L'importance majeure de sa découverte ne sera comprise que plus tard, grâce à d'autres chercheurs. (3)

En 1939, le Dr Chain et le Dr Florey s'associent pour former le groupe d'Oxford afin de reprendre les travaux du Dr Fleming. Ils arrivent à fabriquer la pénicilline à échelle industrielle à partir de septembre 1943. (1)

Alexander Fleming, Ernst Chain et Howard Florey recevront le prix Nobel en 1945, témoignant de l'importance de cette découverte. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la découverte des antibiotiques va révolutionner la médecine et véhiculer une image "de remède miracle". (1)

L'arrivée des antibiotiques dès les années 1940 avait donné une incroyable puissance aux médecins. Des infections bactériennes autrefois mortelles (fièvre typhoïde, coqueluche, tuberculose, certaines pneumonies) allaient être vaincues grâce à la découverte de ces nouvelles thérapeutiques. (3)

Première cause de mortalité en 1940, les maladies bactériennes ne sont aujourd'hui responsables que de 2 % des décès en France. (4)

Mais cette révolution médicale est en passe de disparaître devant un usage abusif et désordonné des antibiotiques, qui a pour effet d'augmenter la résistance des bactéries aux antibiotiques et donc de restreindre leur efficacité. (1)

Depuis le début du siècle, aucun nouvel antibiotique destiné au traitement d'infections bactériennes courantes, et disponible en officine, n'a vu le jour.

Cependant plusieurs nouvelles molécules ont été mises sur le marché pour le traitement d'infections bactériennes multi résistantes (BMR). Elles sont disponibles uniquement en milieu hospitalier dans des services spécialisés comme celui de la réanimation. (5)

I.1.2. Le rapport aux médicaments des Français

La France a longtemps été le premier consommateur de médicaments en Europe. (6)

Le médicament est l'élément le plus familier de notre consommation de soins. Chacun est, tout au long de sa vie, amené à consommer des médicaments, de manière plus ou moins contrainte.

Mais le médicament est, encore aujourd'hui, souvent considéré comme le principal vecteur de la guérison. Le haut niveau de consommation français résulte de comportements de prescriptions et de consommation bien ancrés qu'il est difficile de faire changer. (7)

En France, 80 % des consultations donneraient lieu à une prescription médicamenteuse, ce qui correspond à un taux élevé par rapport à nos voisins européens : selon une étude de 2005, seules 72% des consultations en Allemagne, ou encore 43% aux Pays-Bas, font l'objet d'une prescription. (7)

Dans cette même étude, la fréquence des différents types de décisions médicales au cours d'une consultation a été étudiée. La majeure partie des consultations, à savoir 60,8% des consultations aboutissent à une prescription de médicaments uniquement. Une seconde partie comprenant 17,1% des consultations aboutissent à la prescription médicamenteuse accompagnée d'un acte réalisé (vaccination, ablation de fil) ou d'une prescription non médicamenteuse (examens complémentaires). Une autre partie, environ 14% des consultations sont réalisées sans actes ni prescription (motif administratif, conseils demandés, prévention). Et enfin une petite partie (5,6%) des consultations sont consacrées aux autres prescriptions non médicamenteuses (bons de transport, analyses biologiques, courriers spécialistes). (8)

En 2011, le nombre moyen de médicaments prescrits sur l'ordonnance française est de 2,87. 10 % des ordonnances comportent plus de six produits, 25 % plus de quatre.

Par ailleurs, les personnes âgées sont souvent bénéficiaires d'une polymédication causée par la concomitance de plusieurs pathologies chroniques. Les personnes âgées de plus de 80 ans prennent en moyenne plus de cinq molécules différentes par jour. Or ces situations, qui pourraient être plus nombreuses à l'avenir avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, sont délicates à appréhender et peuvent conduire à des interactions néfastes à la santé. (9)

Plusieurs facteurs expliquent ce fort niveau de prescription.

Un premier a trait aux représentations collectives : prescrire un médicament est une façon symbolique de reconnaître l'état pathologique du patient.

Un deuxième facteur d'explication, encore plus décisif, concerne l'offre de médicaments en France, qui est très abondante : en 2012, 2 800 substances actives sont disponibles dont 2

400 pour le secteur ambulatoire. Les prescripteurs ont ainsi à leur disposition de multiples solutions médicamenteuses.

Un troisième facteur tient aux connaissances des médecins sur les médicaments, mal adaptées aux besoins et souvent jugées insuffisantes. En 2009, près de 40% des médecins auraient déclaré être sous-informés en matière de médicaments.

Un dernier facteur favorisant cette appétence pour les médicaments, a pu s'expliquer dans le passé par le poids de l'industrie pharmaceutique chez les médecins au travers des visites organisées par ces délégués auprès de ces derniers. C'est sans doute moins vrai aujourd'hui, à l'heure d'une réduction importante des effectifs des visiteurs médicaux (en 2015, 12 326 visiteurs médicaux, soit -31 % par rapport à 2010). (9)

En 2015, la consommation de médicaments baisse de 0,5 %. Le dynamisme de l'évolution des volumes qui caractérisait le début de la décennie (en 2007 : + 6,2 % ; en 2009 : + 4 %) a laissé place à un ralentissement très important dès 2010 (+ 2,5 % en 2010) qui a marqué l'entrée dans un cycle de progression annuelle plus modeste (+ 1,5 % en 2012 ; + 2,6 % en 2014).

Plusieurs facteurs peuvent potentiellement expliquer cette rupture de cycle : les actions engagées par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de la maîtrise médicalisée, qui ont contribué à modifier les comportements de prescription, les actions ciblées sur certaines classes thérapeutiques (par exemple, les campagnes orchestrées sur la prescription des antibiotiques), ou encore les effets des déremboursements des médicaments à service médical rendu insuffisant ont contribué à ce net ralentissement des volumes de consommation.

La reconfiguration de la médecine générale autour de l'exercice de groupe (exemple des MSP) a favorisé également une prescription plus économe et mieux maîtrisée. (10)

I.1.3. L'utilisation des antibiotiques en France

Si l'essor des antibiotiques depuis la fin des années 1940 a conduit à une réduction et à un contrôle des infections bactériennes, il s'est aussi accompagné d'une réduction de leur efficacité, au point de générer des impasses thérapeutiques de plus en plus fréquentes, parfois dramatiques pour certains patients, dans un contexte de faible innovation thérapeutique. (11)

L'évolution de la consommation en France est marquée par 3 périodes :

- 2000-2004 : réduction importante de 22%.
- 2005-2016 : stabilisation avec une consommation variant au maximum de +/- 7%.
- 2016-2019 : amorce d'une nouvelle baisse de - 8,5%.

En médecine générale plus spécifiquement, l'utilisation des pénicillines comme l'amoxicilline est privilégiée (+ 18% entre 2000 et 2019).

La classe des céphalosporines a connu une régression importante de leurs utilisations (-72% entre 2000 et 2019). On note également une forte baisse de l'utilisation des fluoroquinolones (-44% entre 2000 et 2019).

En 2019, deux prescriptions d'antibiotique sur trois sont effectuées dans le cadre d'une affection des voies respiratoires et une prescription sur sept est effectuée dans le cadre d'une affection de l'appareil urinaire. (11)

Zoom sur l'utilisation des antibiotiques en ville entre 2005 et 2016 :

La consommation d'antibiotiques, malgré les actions engagées depuis le début des années 2000, reste élevée en France.

La France se classait au 4^{ème} rang en secteur de ville et au 9^{ème} rang en secteur hospitalier des pays européens les plus consommateurs en 2015.

Néanmoins, en 2016, la consommation s'établit en ville à un niveau inférieur à celui observé avant 2001, année du premier plan d'alerte sur les antibiotiques. (12)

Le nombre de prescriptions d'antibiotiques chez les patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans affection de longue durée (ALD) a été réduit de -7,1 prescriptions pour 100 patients depuis la mise en place de la ROSP en 2011, soit pour 2016 environ 2 millions de prescriptions évitées. (12)

Pour maintenir la mobilisation et faire évoluer durablement les pratiques, deux indicateurs sont consacrés à cette problématique dans la ROSP renouvelée par la nouvelle convention médicale afin, notamment, de suivre plus spécifiquement la prescription des antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3e et 4e génération ; fluoroquinolones). (12)

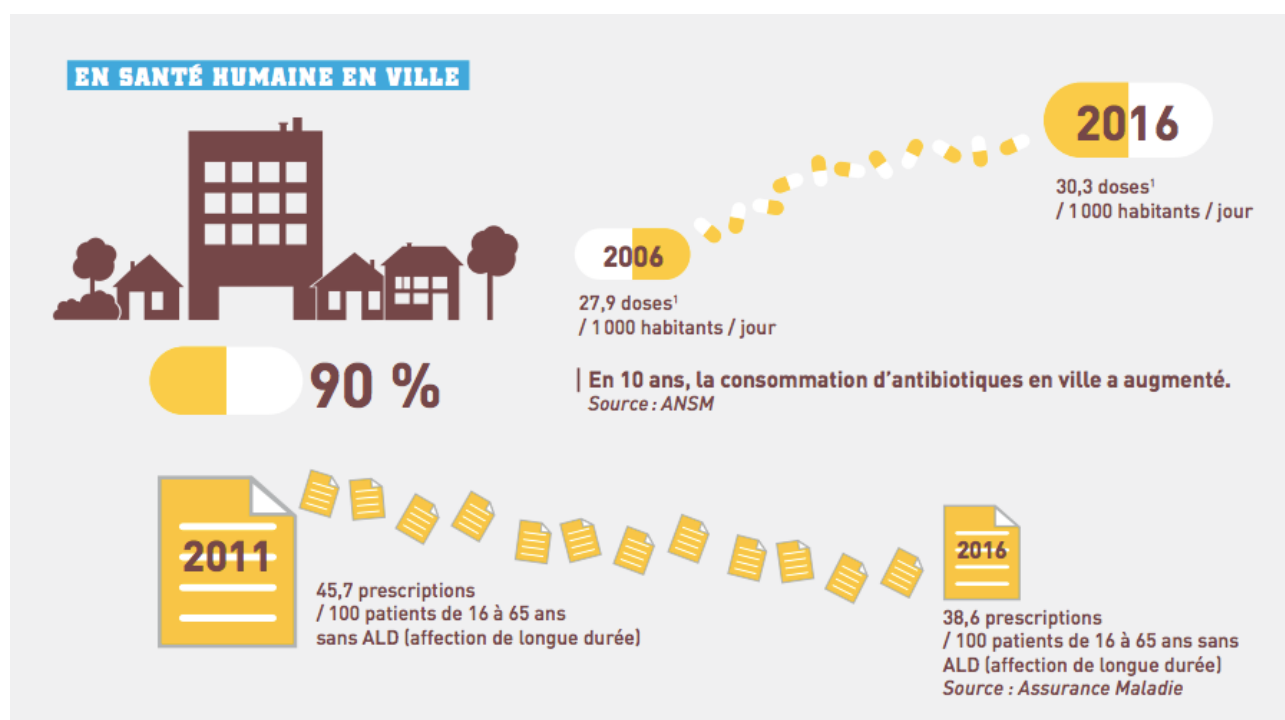


Figure 1: Consommation des antibiotiques en ville de 2006 à 2016

Zoom sur l'utilisation des antibiotiques lors de la pandémie de Covid-19 :

En 2019, puis en 2020 lors des premiers mois de la pandémie de Covid-19, une baisse importante de la consommation des antibiotiques a été observée en ville. Les données de consommation des prochaines années permettront de confirmer ou non cette tendance.

Les résultats de l'année 2021 laissent en effet présager que cette baisse s'expliquerait par les confinements, les gestes barrières et la diminution des consultations (les patients consultaient moins, donc moins de diagnostics établis, donc moins de traitements prescrits) causés par cette crise sanitaire. (11)

Zoom sur l'utilisation des antibiotiques à partir de 2022 :

La reprise de la consommation d'antibiotiques en ville se confirme en 2022.

Plus de 800 prescriptions d'antibiotiques pour 1 000 habitants ont été réalisées au cours de l'année 2022 sans compter les hospitalisations. Soit une augmentation de 16,6 % par rapport à 2021.

La reprise des prescriptions concerne particulièrement l'amoxicilline avec une augmentation de prescriptions de plus de 22% entre 2021 et 2022.

De façon plus préoccupante, elle concerne aussi l'augmentation de prescriptions de l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique (+ 17,8%) et celles des céphalosporines (+21,4%).

En 2022, 75,5% des prescriptions d'antibiotiques ont été réalisées par des médecins généralistes. (13)

C'est ce que souligne Santé publique France dans son récent rapport « Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2012 – 2022 ». (Annexe 1)

I.2. Les risques de l'antibiothérapie excessive

L'antibiothérapie, bien que révolutionnaire dans la lutte contre les infections bactériennes, est aujourd'hui confrontée à des risques majeurs en raison de son usage excessif et parfois inapproprié.

L'utilisation inappropriée des antibiotiques, telle que l'inobservance thérapeutique, l'automédication, ou la prescription inappropriée d'antibiotique contribue à la montée de l'antibiorésistance, un problème mondial de santé publique.

Cette partie explore les dangers de l'antibiothérapie excessive, en abordant d'abord les problématiques de mésusage, puis les défis posés par l'antibiorésistance. (14)

I.2.1. Le mésusage de l'antibiothérapie

I.2.1.1. L'inobservance thérapeutique

L'inobservance thérapeutique, ou non-respect des prescriptions médicales, est une cause fréquente de mésusage des antibiotiques.

Elle inclut la prise irrégulière des doses, l'arrêt prématuré du traitement, ou la modification de la posologie sans avis médical.

Cette pratique non seulement compromet l'efficacité du traitement, mais favorise également la survie des bactéries résistantes. (15)

La concentration minimale inhibitrice (CMI) constitue un élément essentiel de la relation entre un antibiotique et des micro-organismes. La CMI se définit comme la plus petite concentration d'un antibiotique permettant d'inhiber une bactérie. Si la CMI n'est pas respectée, l'antibiotique n'est pas suffisamment efficace pour détruire la bactérie. La bactérie survit en présence de l'antibiotique et parvient à créer une résistance à cet antibiotique. (16)

Lorsqu'un traitement antibiotique est interrompu trop tôt, la CMI n'est pas atteinte, les bactéries les plus résistantes ne sont pas totalement éliminées et peuvent se multiplier, augmentant ainsi le risque de développer une résistance aux antibiotiques. (17)

D'après une méta analyse réalisée en 2012, les facteurs de mauvaise observance sont la pauvreté, le déni de la maladie, les maladies chroniques et psychiatriques, une ordonnance complexe, une fréquence élevée des prises, les effets secondaires, et le coût élevé du traitement. (18)

Le mésusage d'une antibiothérapie par inobservance est une cause non négligeable responsable du développement de l'antibiorésistance. Malgré les multiples campagnes de sensibilisation menées, il semble impératif de continuer à sensibiliser le grand public et les médecins contre cette menace. (19)

I.2.1.2. Automédication

L'automédication est une autre forme de mésusage des antibiotiques, particulièrement préoccupante dans de nombreux pays.

Elle consiste à utiliser des antibiotiques sans prescription médicale, souvent en se basant sur des expériences passées ou des conseils non professionnels.

Cette pratique est dangereuse car elle peut mener à une utilisation inappropriée des antibiotiques, tant en termes de choix de l'antibiotique que de la durée du traitement.

L'automédication contribue également à la sélection de souches bactériennes résistantes, notamment lorsque les antibiotiques sont pris pour des infections virales contre lesquelles ils sont inefficaces. (17–20)

I.2.1.3. Prescription inappropriée d'antibiotique

La prescription d'antibiotiques est une pratique courante en médecine moderne. Cependant, l'usage inapproprié de ces médicaments, que ce soit par excès ou par défaut, pose un problème majeur de santé publique. (21–23)

Prenons comme exemple la prise en charge des angines en médecine générale. En France, en 2014, environ 70% des consultations pour angine donnent lieu à la prescription d'antibiotiques, alors que seulement 30 à 40% des angines sont bactériennes.

Le Test de Diagnostic Rapide (TDR), qui permet de distinguer une angine virale d'une angine bactérienne en quelques minutes, n'est pas encore utilisé systématiquement. En 2019, seulement 40 à 50% des médecins généralistes ont déclaré utiliser régulièrement le TDR pour guider leur prescription d'antibiotiques en cas d'angine. (24)

La prescription d'antibiotique est réalisée dans 90 % des cas en ville et dans 70 % des cas par un médecin généraliste.

Les pénicillines constituent la classe d'antibiotiques la plus utilisée à l'hôpital comme en ville et l'amoxicilline demeure l'antibiotique de référence. Cependant la progression croissante de l'association de l'acide clavulanique à l'amoxicilline est génératrice de résistances. (25)

La prescription inappropriée d'antibiotiques peut entraîner des conséquences graves, telles que le développement de résistances bactériennes, la diminution de l'efficacité des traitements, et l'augmentation des coûts de santé, les effets indésirables imputables aux médicaments (hépatites, insuffisances rénales sous *Bactrim*, colites à *Clostridium difficile*). Ce phénomène est particulièrement préoccupant dans un contexte où les infections résistantes aux antibiotiques deviennent de plus en plus fréquentes.

Plusieurs facteurs contribuent à la prescription inappropriée d'antibiotiques : la pression des patients, les diagnostics inexacts, le manque de formation continue des médecins sur l'antibiothérapie et les résistances bactériennes. (20,22)

Devant l'augmentation de l'antibiorésistance causée en partie par une surconsommation des antibiotiques, l'HAS a réalisé un guide d'utilisation appropriée des antibiotiques à l'attention des prescripteurs de premiers recours (médecins généralistes, pédiatres, gériatres). (25)

Il repose sur les points suivants :

- Un diagnostic précis, se référant aux résultats des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) quand ils existent (TDR pour l'angine, bandelette urinaire pour les infections urinaires). En absence de TROD disponible, l'antibiothérapie est probabiliste selon l'étiologie bactérienne la plus probable (pour une pneumonie communautaire c'est le pneumocoque alors que dans les cellulites ce sont les streptocoques ou les staphylocoques qui sont le plus souvent en cause).
- Les caractéristiques de l'hôte sont à prendre en compte : âge (enfant et personnes âgées), poids, fonction hépatique et rénale (clairance de la créatinine chez la personne âgée), fragilité (diabète, déficit immunitaire), grossesse et allaitement.
- Identifier les patients à haut risque de complications chez lesquels il ne faut pas différer la prescription d'un antibiotique.
- Un spectre le plus étroit possible.
- Une durée de traitement la plus courte possible.

- La voie orale est privilégiée.
- Il faudrait éviter si possible de prescrire le même antibiotique ou un antibiotique de la même classe dans les 3 mois d'une précédente exposition.
- Privilégier une intervention non médicamenteuse quand elle est possible : par exemple un drainage d'abcès, une ponction guidée ou une levée d'obstacle. (25)

I.2.2. Antibiorésistance

La résistance aux antibiotiques est évoquée par le Dr Fleming dès 1945 lors de la remise de son prix Nobel :

“ Le jour viendra où n'importe qui pourra acheter de la pénicilline en magasin. Alors il existera un danger pour qu'un homme mal renseigné s'administre un traitement sous dosé et rende ses microbes résistants". (1)

Aujourd'hui, de nombreuses espèces sont multirésistantes, insensibles à plusieurs antibiotiques. Le problème devenu critique dans les hôpitaux se développe désormais en médecine « de ville ». (3)

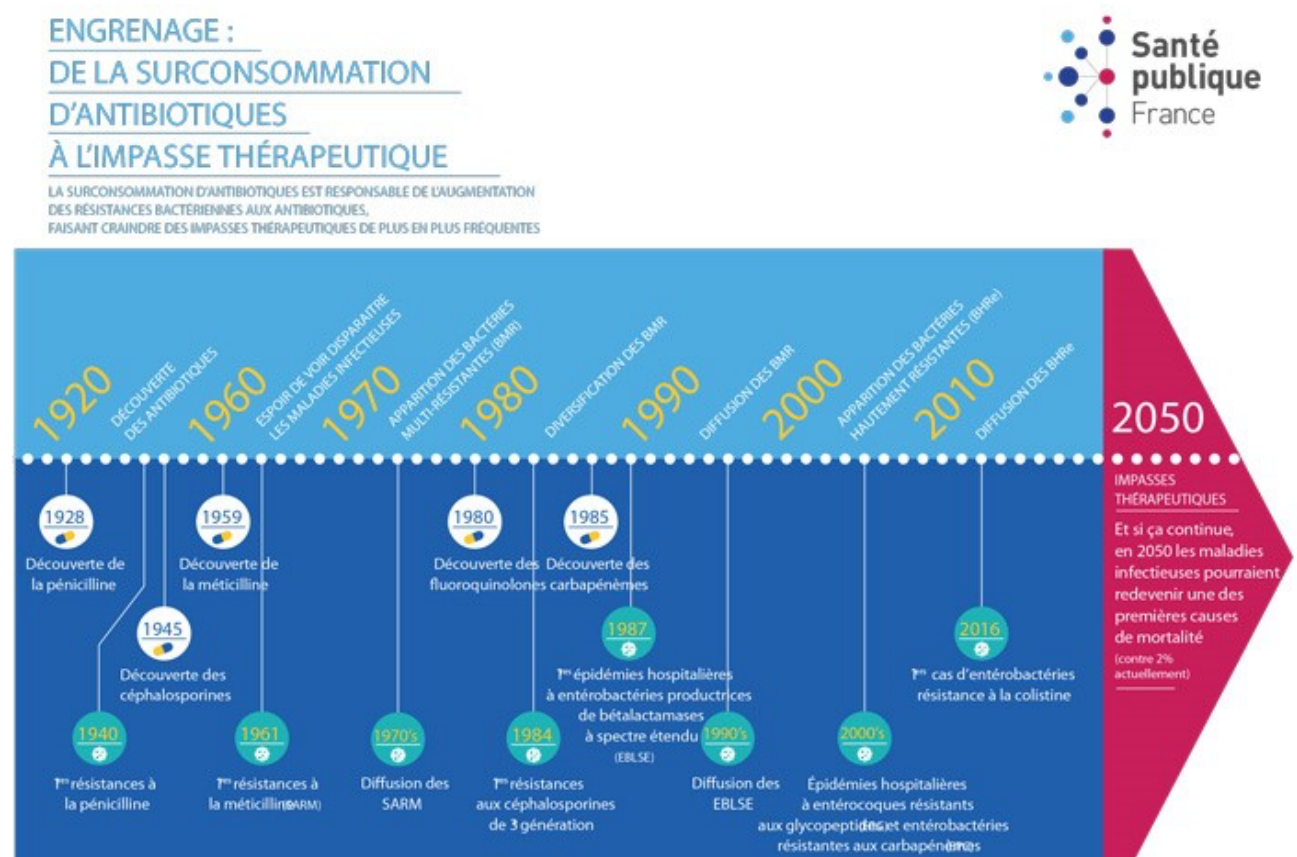


Figure 2: Frise chronologique des premières résistances aux antibiotiques.

Exemple épidémiologique d'E. Coli producteur de BLSE (Bêta-lactamase à spectre étendu) :

Une augmentation de la production de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) a été constatée entre 2008 et 2011 dans le *réseau MedQualVille* passant de 0,8% à 2,4% des souches urinaires communautaires de *Escherichia coli*. (26,27)

I.2.2.1. Définition

L'antibiorésistance est la capacité des bactéries à résister aux effets des antibiotiques qui étaient auparavant efficaces pour les tuer ou inhiber leur croissance.

Cette résistance peut être naturelle ou acquise. (1)

Ce phénomène touche aussi bien les bactéries à l'origine des infections (bactéries pathogènes) que les bactéries non pathogènes qui sont naturellement présentes sur notre corps (bactéries dites commensales), chez les animaux (de compagnie ou de production de denrées) et dans l'environnement. (27)

La résistance aux antibiotiques par le biais d'échec thérapeutique entraîne une prolongation des hospitalisations, une augmentation des dépenses médicales et une hausse de la mortalité. (28)

I.2.2.2. Origine de l'antibiorésistance

L'antibiorésistance provient d'une mutation génétique pouvant survenir aléatoirement mais étant surtout favorisée par des facteurs exogènes (exposition à des antibiotiques).

Ces mutations entraînent des modifications de protéines présentes sur les bactéries qui permettent la survie de la bactérie en présence de l'antibiotique. (29–31)

I.2.2.2.1. L'antibiorésistance naturelle

Certaines espèces bactériennes sont naturellement résistantes à des antibiotiques : grâce à leur patrimoine génétique, elles sont insensibles à un certain nombre d'agents.

Les bactéries du genre *Klebsiella* produisent naturellement une pénicillinase.

La bactérie *Pseudomonas aeruginosa*, cause de graves infections nosocomiales, est par exemple naturellement résistante à l'ampicilline. (1,3)

I.2.2.2.2. L'antibiorésistance acquise

La résistance acquise est un phénomène préoccupant favorisé par le mésusage et les prescriptions inappropriées d'antibiotiques (sous dosage, durée insuffisante).

Elle se traduit par l'acquisition d'une résistance à un ou plusieurs antibiotiques.

Ces bactéries résistantes deviennent alors insensibles à ces antibiotiques auxquels elles étaient sensibles à l'état sauvage. (1,3)

Exemple de résistance acquise : staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) par la sécrétion d'une PLP modifiée (PLP2a, gène mecA). (32)

I.2.2.3. Mécanisme de l'antibiorésistance

L'antibiorésistance se traduit par différents mécanismes possibles :

- La bactérie peut produire un enzyme qui inactive l'antibiotique.
- Chez d'autres, la membrane bactérienne s'imperméabilise.
- D'autres encore modifient la cible de l'antibiotique.
- Certaines sont équipées de pompes d'efflux insérées dans leurs membranes afin d'éjecter les molécules d'antibiotique vers l'extérieur.

L'ensemble de ces mécanismes est lié à des modifications génétiques (chromosomique ou plasmidique).

C'est donc par différents stratagèmes que les bactéries résistent à un ou plusieurs antibiotiques.

Des parades qui ne simplifient pas le développement de nouvelles molécules. (25)

I.2.2.4. Diffusion de la résistance aux antibiotiques

La diffusion de la résistance aux antibiotiques peut se faire de plusieurs manières.

Tout d'abord la diffusion entre bactéries peut se faire selon deux principales transmissions :

- La transmission verticale : à la descendance. Cette transmission est liée à une mutation chromosomique (entre bactéries de même espèce).
- La transmission horizontale : transfert de gènes de résistance entre bactéries d'espèces plus ou moins éloignées génétiquement. Cette transmission est alors plasmidique (entre bactéries de différentes espèces : exemple BSLE).

Il existe également la diffusion des bactéries résistantes entre les humains ou en lien avec l'environnement.

La transmission interhumaine est notamment présente à l'hôpital. Si les règles d'hygiène ne sont pas respectées, une contamination d'un patient à un autre peut avoir lieu (exemple des BMR). (1)

La transmission peut aussi exister entre les espèces. Les bactéries résistantes et les gènes de résistance peuvent se transmettre entre l'être humain, les animaux et l'environnement, par contact direct, mais aussi par l'eau ou les aliments.

Ainsi l'utilisation d'antibiotiques en médecine vétérinaire et le rejet d'antibiotiques dans l'environnement contribuent aussi à l'apparition de nouvelles souches bactériennes multi résistantes. (32)

I.2.2.5. Impact de l'antibiorésistance

I.2.2.5.1. Impact individuel

Un mauvais usage d'antibiotique va entraîner une sélection de bactéries résistantes au sein même de son propre corps. L'antibiorésistance peut se transmettre à d'autres bactéries, ce qui pourra avoir un impact dramatique en cas d'infection sévère avec des antibiotiques inefficaces.

A force de développement de mécanismes d'antibiorésistance, certaines infections bactériennes deviennent résistantes à tous les traitements existants provoquant alors une impasse thérapeutique. (1)

I.2.2.5.2. Impact sociétal

La résistance aux antibiotiques met en péril de nombreux acquis de la médecine moderne. Elle rend les infections plus difficiles à traiter et rend d'autres procédures et traitements médicaux, comme la chirurgie, la césarienne et la chimiothérapie contre le cancer, beaucoup plus risqués.

La chaîne de recherche et développement est inadéquate face à l'augmentation des niveaux de résistance et il est urgent de prendre des mesures supplémentaires pour pallier les conséquences de l'antibiorésistance. (14)

I.2.2.5.3. Impact économique

Outre les décès et les invalidités, la résistance aux antibiotiques entraîne des coûts économiques considérables.

La Banque mondiale estime qu'elle pourrait entraîner des coûts de santé supplémentaires de 1 000 milliards de dollars d'ici 2050 et des pertes de produit intérieur brut (PIB) de 1 000 à 3 400 milliards de dollars par an d'ici 2030. (14)

I.2.2.6. Quelques chiffres concernant l'antibiorésistance

Deux récentes études ont estimé le nombre d'infections dues à des bactéries résistantes.

Pour la première, du centre européen de prévention et contrôle des maladies (ECDC), les infections à bactéries résistantes touchent plus de 120 000 cas par an en France, et sont associées à plus de 5 500 décès.

La deuxième, une étude française de 2019, estime les bactéries résistantes responsables de plus de 130 000 infections en 2016 en France.

En Europe, 35 000 patients meurent chaque année d'infections résistantes aux antibiotiques. L'impact sur la santé de ces infections résistantes est comparable à celui de la grippe, de la tuberculose et du VIH/SIDA réunis.

Selon des projections récentes de l'OCDE, les infections résistantes aux traitements antibiotiques pourraient tuer quelques 2,4 millions de personnes en Europe, en Amérique du Nord et en Australie entre 2015 et 2050 si l'on ne redouble pas d'efforts pour enrayer l'antibiorésistance.

En France, d'ici 2050, on estime que 238 000 personnes mourront des suites de l'antibiorésistance. (27)

I.3. Lutter contre l'antibiorésistance et l'antibiothérapie excessive

I.3.1. Prévenir les infections et limiter leur transmission

Il s'agit d'une étape primordiale dans la lutte de l'antibiorésistance : une infection évitée est un antibiotique préservé.

Quelques gestes individuels et collectifs aident à la prévention des infections.

Premièrement, les gestes barrières permettent de limiter la propagation des infections qu'elles soient virales ou bactériennes. Une bonne conservation des aliments évite de contracter des bactéries par l'alimentation. Il est également primordial de respecter les vaccinations obligatoires et recommandées. De nombreux vaccins préviennent des maladies bactériennes comme la coqueluche, les méningites et les pneumonies pouvant être causées par des germes comme les pneumocoques, les méningocoques.

Enfin éviter le mésusage et l'inobservance des antibiotiques lors de leur utilisation. (33)

I.3.2. Campagne de prévention d'utilisation des antibiotiques

Les campagnes de prévention jouent un rôle essentiel dans la lutte contre l'antibiothérapie excessive. Elles visent principalement à éduquer le grand public sur les dangers d'une utilisation inappropriée des antibiotiques. En France, plusieurs campagnes nationales ont été lancées par les autorités de santé, comme celles orchestrées par Santé publique France de 2001 à 2004 avec le slogan "Les antibiotiques, c'est pas automatique".

Ces actions de sensibilisation s'appuient sur différents supports : spots télévisés, affiches, réseaux sociaux et brochures distribuées dans les cabinets médicaux et les pharmacies.

Les campagnes mettent également l'accent sur l'importance d'un diagnostic précis avant toute prescription d'antibiotiques et sur l'encouragement des alternatives thérapeutiques comme la patience dans les cas de maladies bénignes où une guérison spontanée est possible. Elles insistent sur la responsabilité partagée entre médecins et patients pour limiter l'usage des antibiotiques aux situations où ils sont réellement nécessaires. (34)

La France a entrepris de maîtriser l'antibiorésistance à différents niveaux en lançant plusieurs plans ministériels en santé humaine, en santé animale et intersectoriels.

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

En 2019, la consommation d'antibiotiques en santé humaine restait de 30% supérieure à celle de la moyenne de nos voisins.

Ainsi à la demande du Premier Ministre, le premier Comité Interministériel pour la Santé (CIS) a été consacré en 2016 à la préparation et à l'adoption d'une feuille de route interministérielle visant à maîtriser l'antibiorésistance. (35)

I.3.2.1. Outils thérapeutiques pour les médecins

Pour aider les médecins à éviter les prescriptions inappropriées d'antibiotiques, plusieurs outils sont aujourd'hui disponibles.

Des plateformes en ligne offrent des recommandations actualisées basées sur les dernières données scientifiques. Elles fournissent des guides de bonnes pratiques pour orienter le choix des antibiotiques en fonction de chaque pathologie.

L'ordonnance de non-prescription créée par la CPAM est également un outil précieux d'aide à la non-prescription d'antibiotique.

I.3.2.1.1. Sites internet

Des sites internet en libre accès d'aide à la décision médicale sont spécialement dédiés aux prescriptions d'antibiotiques. « Antibioclic » est un outil indépendant d'aide à la prescription d'antibiotiques pour les médecins. Il a été élaboré par un comité d'experts, constitué de cliniciens et enseignants de la faculté Paris Diderot.

Sur le même principe, « Dentibioclic » existe pour les infections bucco-dentaires.

La HAS met à disposition des professionnels de santé une série de fiches synthétiques préconisant le choix et les durées d'antibiothérapie les plus courtes possibles pour les infections bactériennes courantes de ville. Ces fiches synthétiques ont été élaborées en partenariat avec la Société de pathologie infectieuse de la langue française (SPLIF) et le Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) et relues par le Collège de la Médecine Générale (CMG) et les sociétés savantes concernées. (Annexe 2) (36)

D'autres sites internet nécessitent un abonnement payant.

« EPOPI » est un ouvrage interactif élaboré par le Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (CMIT) comportant un guide de traitement destiné à favoriser le bon usage des anti-infectieux. Il existe également une application pour smartphones.

« Antibiogarde » est une aide à la prescription d'anti-infectieux. (37)

I.3.2.1.2. Ordonnance de non-prescription

Pour soutenir les médecins généralistes dans la lutte contre l'antibiothérapie excessive, la CPAM a élaboré et mis à disposition des médecins l'ordonnance de non-prescription. (Annexe 3)

Cet outil innovant permet aux médecins de formaliser et de justifier le choix de ne pas prescrire d'antibiotiques, tout en apportant une réponse thérapeutique adaptée au patient.

L'ordonnance de non-prescription répond à plusieurs objectifs.

Premièrement, elle aide le médecin à structurer la consultation en expliquant au patient les raisons pour lesquelles les antibiotiques ne sont pas nécessaires dans son cas précis.

Deuxièmement, elle sert de document pédagogique pour le patient, lui rappelant les consignes de soins à suivre et les signes d'alerte qui pourraient justifier une réévaluation.

Enfin, cette ordonnance favorise une meilleure communication entre le médecin et le patient, renforçant la confiance et l'adhésion au plan de soins proposé.

En pratique, l'ONP est retrouvée facilement sur internet. Sur un moteur de recherche, il suffit d'écrire « ordonnance de non-prescription ». Elle sera alors disponible soit sur le site *Ameli* soit sur le site *sante.gouv*.

Elle est téléchargeable rapidement et donc en libre accès pour le médecin généraliste.

Elle est personnalisable, permettant d'inscrire la date, le nom du patient et le cachet du médecin la délivrant.

Elle est composée de 3 principales parties.

Une première partie expliquant pourquoi le patient n'a pas besoin d'antibiotique. Elle explique en quelques lignes que les infections d'origine virale guérissent sans prescription d'antibiotique.

Une seconde partie composée d'un tableau avec les cinq différentes infections (rhinopharyngite, grippe, angine virale, bronchite aiguë et otite aiguë). Le médecin peut cocher la pathologie qu'il vient de diagnostiquer. Ce tableau décrit les différents symptômes et leurs durées pour chaque infection. On peut retrouver, à droite du tableau des conduites à tenir (hydratation, adaptation de l'activité physique) et des consignes de consultation si l'état de santé ne s'améliore pas.

Enfin elle se termine par une partie expliquant pourquoi il est dangereux de prendre des antibiotiques quand ce n'est pas nécessaire (effets secondaires de ces médicaments, antibiorésistance).

En résumé, l'ordonnance de non-prescription peut inclure des recommandations sur le traitement des symptômes avec des alternatives non antibiotiques, des conseils d'hygiène pour éviter la propagation de l'infection et des indications sur la durée prévue de la maladie. Elle permet ainsi de dédramatiser l'absence de prescription et de prévenir l'automédication dangereuse avec des antibiotiques restants à domicile.

L'impact de cet outil est double : il contribue à réduire les prescriptions inutiles d'antibiotiques et aide à sensibiliser les patients aux enjeux de santé publique liés à la résistance bactérienne.

L'ordonnance de non-prescription semble donc être un levier puissant pour promouvoir une utilisation raisonnée des antibiotiques et renforcer la qualité de la relation thérapeutique entre médecins et patients. (38)

C'est pourquoi nous avons réalisé une étude auprès des patients consultant pour une infection virale, en leur délivrant l'ONP. Nous nous sommes alors posé la question : l'ONP peut-elle être un outil utile, compréhensible et facilitant l'éducation thérapeutique des patients en médecine générale ?

II. Matériel et méthode

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive et transversale, basée sur des données obtenues par un auto-questionnaire anonyme.

Elle analyse l'intérêt et l'acceptabilité de l'ordonnance de non-prescription (ONP) par les patients dans un contexte d'infection virale.

II.2. Objectifs de l'étude et hypothèse de recherche

II.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le ressenti des patients vis-à-vis de l'ONP. De mesurer la compréhension et l'utilité de ces ordonnances dans un but de réduire la prescription d'antibiotiques et d'améliorer l'adhésion aux soins.

II.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de faire un état des lieux des connaissances des patients concernant les infections virales, d'évaluer si l'ONP a eu un impact sur les patients vis-à-vis du traitement envisagé et prescrit (avant/après ONP), d'évaluer l'implication des patients dans la prise en charge de pathologies aiguës virales. Un autre objectif est d'évaluer le souhait des patients de recevoir des fiches similaires d'information, de préciser les sujets sur lesquels ils aimeraient être informés et de déterminer le support le plus adapté pour retrouver ces fiches éducatives (espace santé, application smartphone).

II.2.3. Élaboration du questionnaire

Pour répondre à la question de recherche, nous avons créé un auto-questionnaire, anonyme, de vingt-et-une questions au total. Il comporte plus précisément seize questions principales et cinq questions « bis » (Annexe 4).

La création du questionnaire s'est inspirée de différents questionnaires déjà existants, de données de la littérature scientifique, et de réflexions collectives afin d'obtenir une réponse à la question de recherche, à l'objectif principal et aux objectifs secondaires.

Ce questionnaire est composé de huit questions fermées à choix multiples dont une proposant un complément de réponse ouverte et brève (situation professionnelle) et dont quatre proposant un complément de réponse ouverte si souhaité (précisez, autres) ; de sept questions fermées à choix dichotomiques dont une proposant un complément de réponse ouverte et brève (âge de l'enfant) et dont une proposant un complément de réponse ouverte si souhaité (si oui, pourquoi ?) ; et d'une question ouverte (âge du patient ou du parent).

Il est organisé en deux parties :

- Une première partie concernant les caractéristiques des patients :
 - Le sexe des patients.
 - S'il consulte pour leur enfant, l'âge de l'enfant.
 - L'âge du patient (ou parent si la consultation concerne leurs enfants).
 - La situation professionnelle.
 - Le diagnostic posé par le médecin.
- Une deuxième partie liée à leurs perceptions des ONP :
 - La place des antibiotiques (avant et après l'ONP, connaissance sur le traitement d'un virus).
 - Leur ressenti sur l'ONP (compréhension, utilité).
 - Leur souhait d'avoir des fiches similaires ou non et où les retrouver.

Les propositions de réponses du questionnaire ont été inspirées de données issues de différentes études qualitatives et quantitatives ayant des sujets proches de celui de notre étude.

Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test sur un nombre restreint de personnes pour s'assurer de sa bonne compréhension. Aucune modification n'en a découlé.

II.2.4. Considérations éthiques et autorisation nécessaire

Le projet et le questionnaire ont été soumis au Comité d'Éthique du CHU de Limoges en septembre 2023. L'étude porte le numéro d'autorisation 41-2023-06. Aucune modification n'a été apportée au projet ou au questionnaire à la suite du passage en comité d'éthique.

Un avis concernant le règlement général sur la protection des données a été demandé. Devant l'anonymat du questionnaire et l'impossibilité d'identification de la personne, aucune formalité supplémentaire n'a été nécessaire.

II.3. Population de l'étude

II.3.1. Critères d'inclusion

La population cible concernait tout patient volontaire qui consultait pour au moins un des cinq symptômes suivants : fièvre, toux, mal de gorge, otalgie (uni ou bilatérale), rhinorrhée.

Les enfants étaient également inclus, le recueil d'information était dans ce cas réalisé auprès des parents les accompagnant.

II.3.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions choisis pour l'étude étaient :

- Tout nouveau-né de moins de 3 mois car toute fièvre à cet âge doit être considérée comme une infection materno-fœtale jusqu'à preuve du contraire.
- Tout patient présentant des comorbidités ou facteurs de risques nécessitant une prise en charge par un traitement antibiotique.

II.4. Déroulement de l'enquête

II.4.1. Dates et lieux de l'enquête

L'étude a été réalisée dans 3 cabinets médicaux différents : un cabinet médical à Limoges (87000), un cabinet médical à Bessines-sur-Gartempe (87250) et un cabinet médical à la Souterraine (23300), couvrant ainsi le secteur urbain, rural et semi rural. Les lieux de l'enquête correspondaient aux terrains de stage de SASPAS de l'investigatrice principale.

Il a donc été décidé pour des raisons de faisabilité de l'étude, que l'investigatrice principale réalise elle-même la délivrance de l'ONP et des questionnaires. Chacun des trois maîtres de stage ont également eu la possibilité de participer à l'étude sur la base du volontariat.

La durée totale de l'étude était de 15 semaines, du 20 novembre 2023 au 02 mars 2024. Cette période a été choisie en fonction des dates du stage effectué par l'investigatrice et principalement par rapport à la période épidémique virale hivernale.

II.4.2. Conditions de réalisation de l'enquête

L'enquête a été réalisée à l'occasion de consultations de médecine générale. Des urnes scellées ont été déposées dans chaque salle d'attente des trois cabinets médicaux.

Une fois le diagnostic posé par le médecin, l'indication à une antibiothérapie écartée, l'ordonnance de non-prescription était délivrée avec explication détaillée du document.

En fin de consultation, le médecin proposait alors aux patients de participer à l'étude en lui remettant le questionnaire.

Si le patient acceptait, il répondait au questionnaire dans la salle d'attente de manière anonyme et le déposait dans l'urne une fois rempli.

Le recueil a donc été réalisé de manière anonyme et aucune traçabilité du patient n'était possible.

II.5. Saisie et exportations des données

Les données des questionnaires ont été saisies à l'aide du logiciel Excel®.

Ce même logiciel Excel® a permis l'analyse descriptive et univariée des résultats (effectifs, fréquences en pourcentage)

Les analyses statistiques entre les variables qualitatives ont été réalisées sur le site internet BiostaTGV®.

Pour les analyses, dont les effectifs étaient inférieurs à 5, le test de Fischer a été utilisé. Pour les effectifs de plus de 5, un test Chi2 a été réalisé.

Un seuil de significativité à 5% ($p < 0,05$) a été retenu pour toutes les analyses.

II.6. Bibliographie

Les moteurs de recherches utilisés ont été Google, Doocteur, Pub Med.

Les mots clés utilisés ont été : antibiotiques, ordonnance de non-prescription, infections virales, éducation thérapeutique, médecine générale.

La mise en forme de la bibliographie a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero.

III. Résultats

III.1. Population des répondants

III.1.1. Participation

Le questionnaire a été proposé à 155 patients, 2 d'entre eux ont refusé d'y participer.

Le taux de participation est de 98,7%.

Au total, nous avons récolté 153 questionnaires.

Aucun questionnaire n'a été exclu, car tous étaient remplis correctement, la totalité (100%) des questionnaires était exploitables.

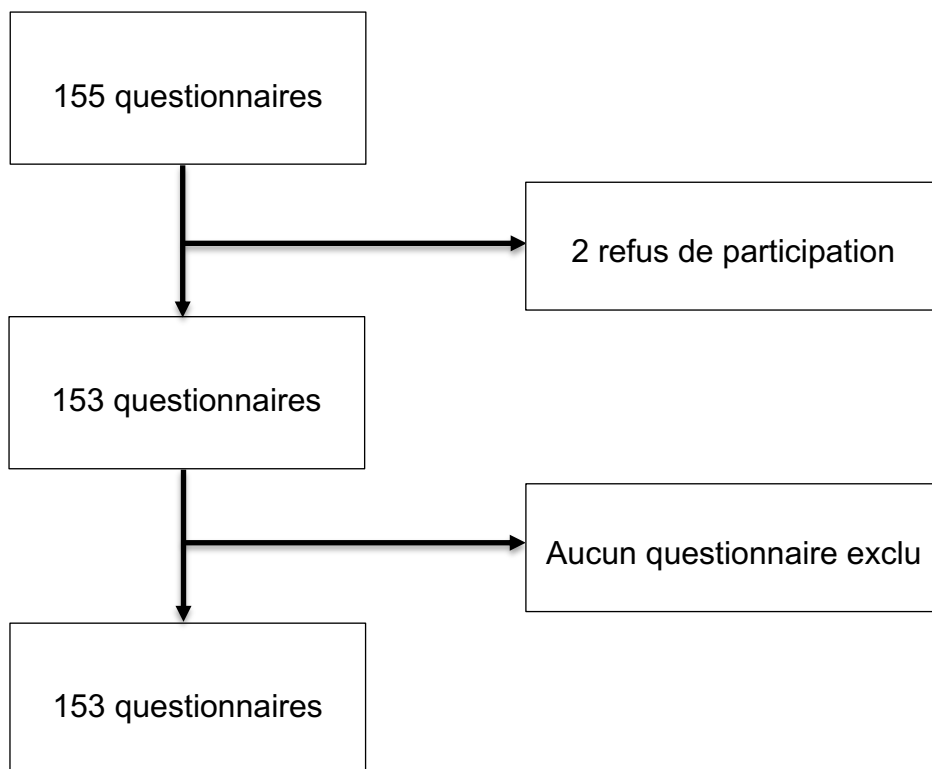


Figure 3: Diagramme de flux

III.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des participants

La population d'étude était composée de 52 (34%) hommes et de 101 (66%) femmes.

Sur les 153 participants, 119 (77,8%) ont consulté pour eux-mêmes. Les 34 autres participants (22, 8%) ont répondu au questionnaire mais consultaient pour leurs enfants.

En effet, l'âge d'inclusion de participation à l'étude était de minimum 18 ans. Cependant les parents amenant leurs enfants pouvaient participer à l'étude.

Parmi les 34 enfants consultant pour un des cinq motifs d'inclusion, 4 (11,8%) avaient entre 3 et 23 mois, 6 (17,6%) avaient entre 2 et 5 ans, 11 (32,4%) avaient entre 6 et 9 ans, 6 (17,6%) avaient entre 10 et 13 ans et 7 (20,6%) entre 14 et 17 ans.

Parmi les 153 adultes ayant participé aux questionnaires, 40 (26,1%) d'entre eux avaient entre 30 et 39 ans, 30 (19,6%) avaient entre 40 et 49 ans, 27 (17,6%) avaient entre 50 et 59 ans, 21 (13,7%) avaient entre 60 et 69 ans, 15 (9,8%) avaient entre 24 et 29 ans, 11 (7,2%) avaient plus de 70 ans et enfin 9 (5,9%) avaient entre 18 et 23 ans.

La majorité (36 participants soit 23,5%) étaient professionnels de la fonction publique, de la santé, de l'enseignement ou employés (36 patients soit 23,5%). Les retraités représentaient 24 (15,7%) participants tout comme les cadres (24 :15,7%). 11 (7,2%) étaient artisans/commerçants/chefs d'entreprise, 6 (3,9%) étaient ouvriers, 5 (3,3%) sans emploi, 4 (2,6%) agriculteurs, 4 (2,6%) étudiants, 2 (1,3%) en invalidité et 1 (0,7%) militaire.

Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont regroupées dans le **Tableau 1**.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques		Effectif (N=153)	Pourcentage
Sexe	Homme	52	34,0%
	Femme	101	66,0%
Patient consultant	Adulte	119	77,8%
	Enfant	34	22,2%
Age des enfants	3 – 23 mois	4	11,8%
	2 – 5 ans	6	17,6%
	6 – 9 ans	11	32,4%
	10 – 13 ans	6	17,6%
	14 – 17 ans	7	20,6%
Age des participants	18 – 23 ans	9	5,9%
	24 – 29 ans	15	9,8%
	30 – 39 ans	40	26,1%
	40 – 49 ans	30	19,6%
	50 – 59 ans	27	17,6%
	60 – 69 ans	21	13,7%
	70 ans et plus	11	7,2%
Profession	Agriculteur, exploitant	4	2,6%
	Artisan / Commerçant / Chef d'entreprise	11	7,2%
	Cadre	24	15,7%
	Profession de l'enseignement / de la santé / de la fonction publique	36	23,5%
	Employé	36	23,5%
	Ouvrier	6	3,9%
	Militaire	1	0,7%
	Étudiant	4	2,6%
	Retraité	24	15,7%
	Invalidité	2	1,3%
	Sans emploi	5	3,3%

III.1.3. Diagnostic établi lors de la consultation et avis sur les antibiotiques

III.1.3.1. Pathologies diagnostiquées

Parmi les patients consultants, 64 (41,8%) rhinopharyngites ont été diagnostiquées, et 58 patients soit 37,9% présentaient une grippe.

Ont été diagnostiquées 17 (11,1%) bronchites, 10 (6,5%) angines et enfin 4 (2,6%) otites.

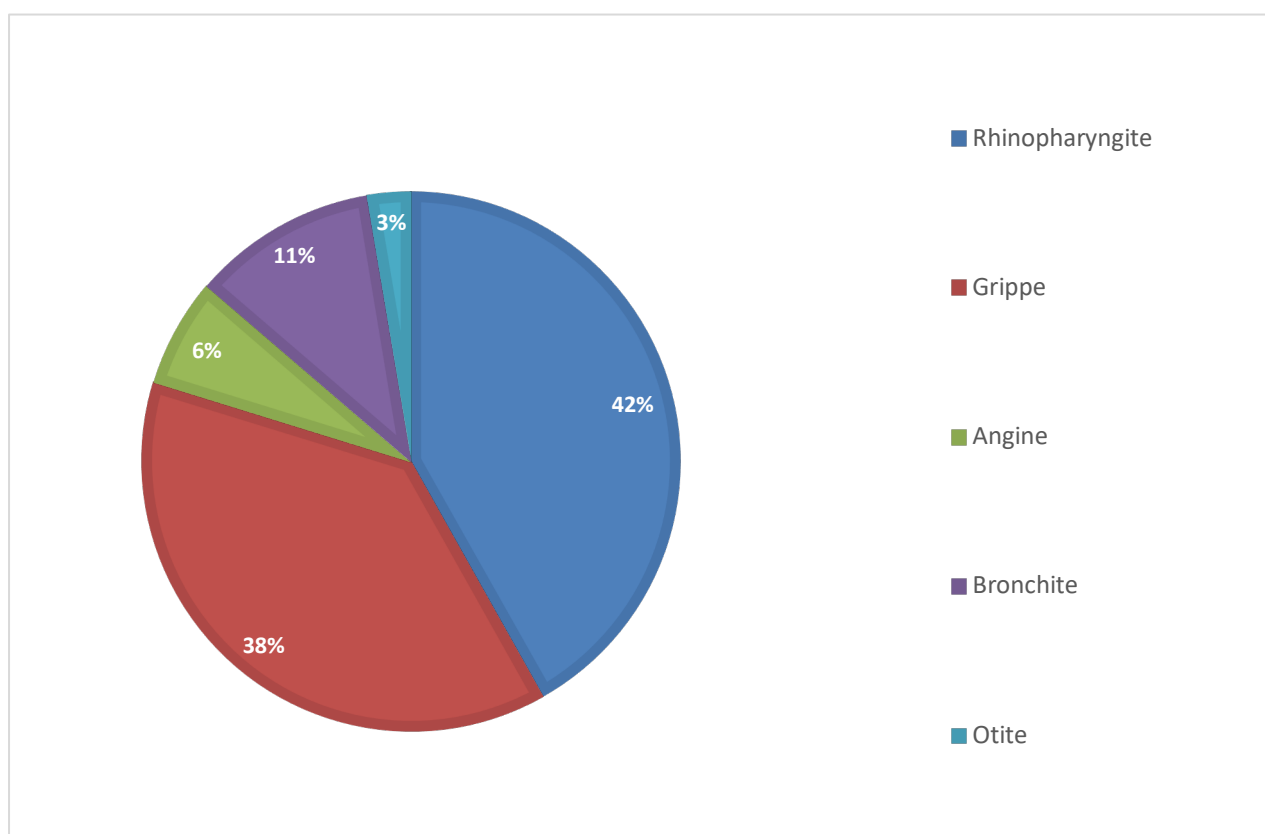


Figure 4: Pathologies diagnostiquées

III.1.3.2. Souhait des patients d'une prescription d'antibiotique

Dans le questionnaire remis aux patients, une des premières questions concernait leur avis sur la nécessité d'une antibiothérapie pour prendre en charge leurs symptômes.

La majorité d'entre eux 71,2% (109) ont répondu qu'ils ne pensaient pas avoir besoin d'antibiotique.

Un quart d'entre eux (25,5%, 39 patients) ont répondu qu'ils pensaient en avoir besoin.

Et enfin 5 d'entre eux soit 3% ne savaient pas s'ils avaient besoin ou non d'un antibiotique.

Sur les 39 patients ayant répondu « Oui », 28 d'entre eux ont donné un complément de réponse.

Les différentes réponses ont été regroupées en 8 catégories. Sur 28 patients, 7 (25%) ont répondu « pour se soigner », 7 (25%) ont répondu « habitude de prescription », 4 (14,3%) « pour guérir plus vite », 4 (14,3%) ont répondu « devant une toux importante », 3 (10,7%) ont répondu « devant des symptômes depuis 3 semaines », 1 (3,6%) a répondu « la grippe est synonyme d'antibiotique », 1 (3,6%) a répondu « une otite est toujours bactérienne » et 1 (3,6%) a répondu « fièvre élevée ».

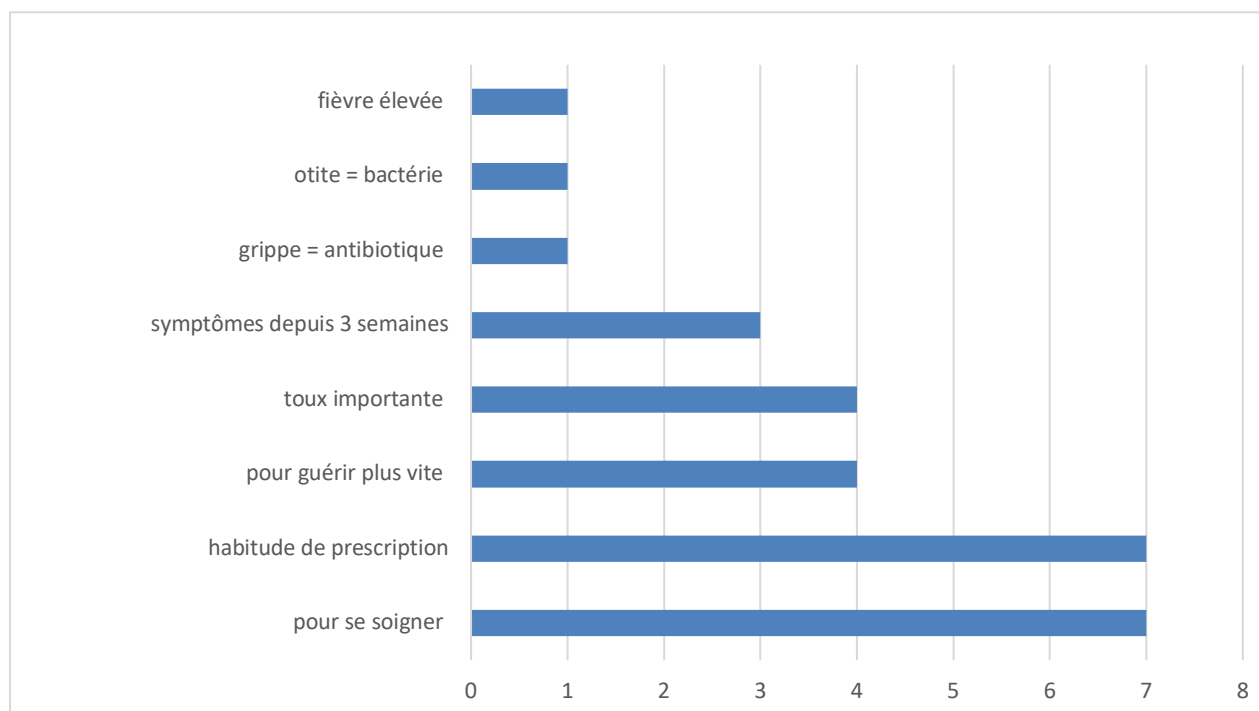


Figure 5: Effectifs et catégories de réponses des patients qui pensaient avoir besoin d'un antibiotique

III.2. Résultats descriptifs de l'étude

III.2.1. Compréhension de l'ONP

Une fois le diagnostic établi, l'ONP était délivrée aux patients avec des explications orales données.

Sur 153 patients, 151 (98,7%) ont répondu que l'ordonnance de non-prescription était facile à comprendre.

Seulement 2 patients (1,3%) ont répondu que l'ONP n'était pas facile à comprendre.

Les 2 participants ayant répondu que la fiche n'était pas facile à comprendre étaient des hommes (soit 3,8% des hommes) et tous deux étaient âgés entre 60 et 69 ans.

Une question « bis » était posée dans le même temps pour savoir si l'ONP était déjà connu par certains patients. Aucun patient ne connaissait l'ONP avant la consultation.

III.2.2. Utilité de l'ONP

Parmi les patients, 142 (92,8%) ont jugé que l'ONP leur était utile. Sur les 52 hommes, 96,2% ont répondu trouver la fiche utile, et sur les 101 femmes, 91,1% ont trouvé la fiche utile.

Selon les tranches d'âge, la totalité des patients âgés entre 30 et 39 ans (100%) et des patients âgés de plus de 70 ans (100%) ont trouvé l'ONP utile.

Les patients âgés entre 24 et 29 ans ont été 93,3% à trouver l'ONP utile, les patients de 50 à 59 ans étaient 92,6%, ceux âgés entre 60 et 69% étaient 90,5%. Enfin les patients de 18 à 23 ans étaient 88,9% à la trouver utile, et ceux entre 40 et 49% étaient 83,3%.

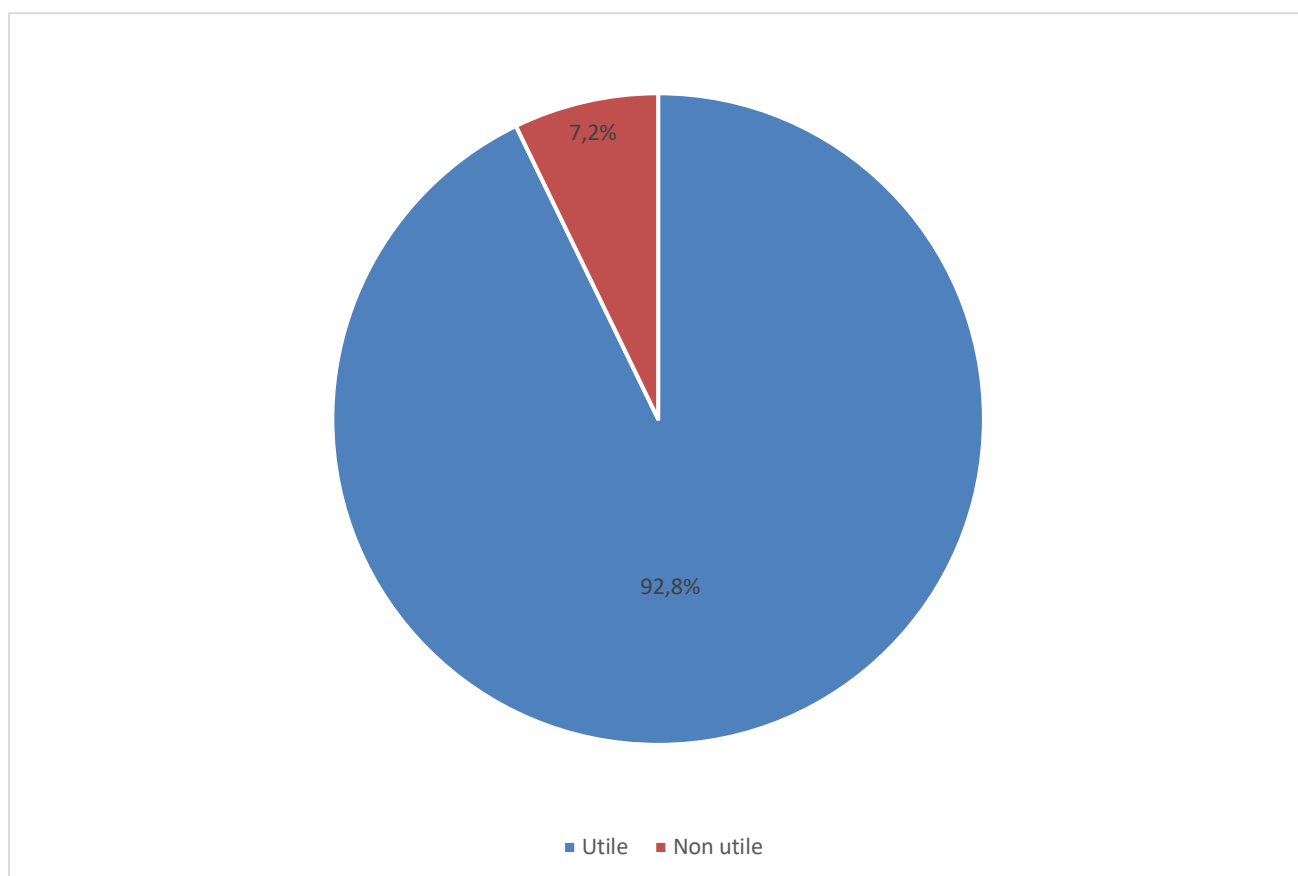


Figure 6: Utilité de l'ONP selon les patients

III.2.3. Meilleure compréhension de la prise en charge post ONP

Nous avons questionné les patients afin de savoir si après avoir pris connaissance de l'ONP, ils avaient mieux compris pourquoi ils n'avaient pas eu besoin de prescription d'antibiotique.

Sur les 153 patients, 108 (70,6%) ont répondu avoir mieux compris pourquoi ils n'avaient pas été traités par antibiotiques après avoir pris connaissance de l'ONP, 39 (25,5%) ont répondu qu'ils ne pensaient pas avoir besoin d'antibiotiques et 6 (3,9%) ont répondu ne pas avoir mieux compris pourquoi ils n'avaient pas bénéficié d'un traitement antibiotique.

Sur les 6 patients ayant répondu « Non », 3 (50%) ont entre 40 et 49 ans, 1 (16,7%) a entre 24 et 29 ans, 1 (16,7%) a entre 30 et 39 ans et 1 (16,7%) entre 50 et 59 ans. Elles étaient 5 femmes soit 5% de l'ensemble des femmes à répondre « Non ». Et seulement un homme a répondu « Non » soit 1,9% de l'ensemble des hommes.

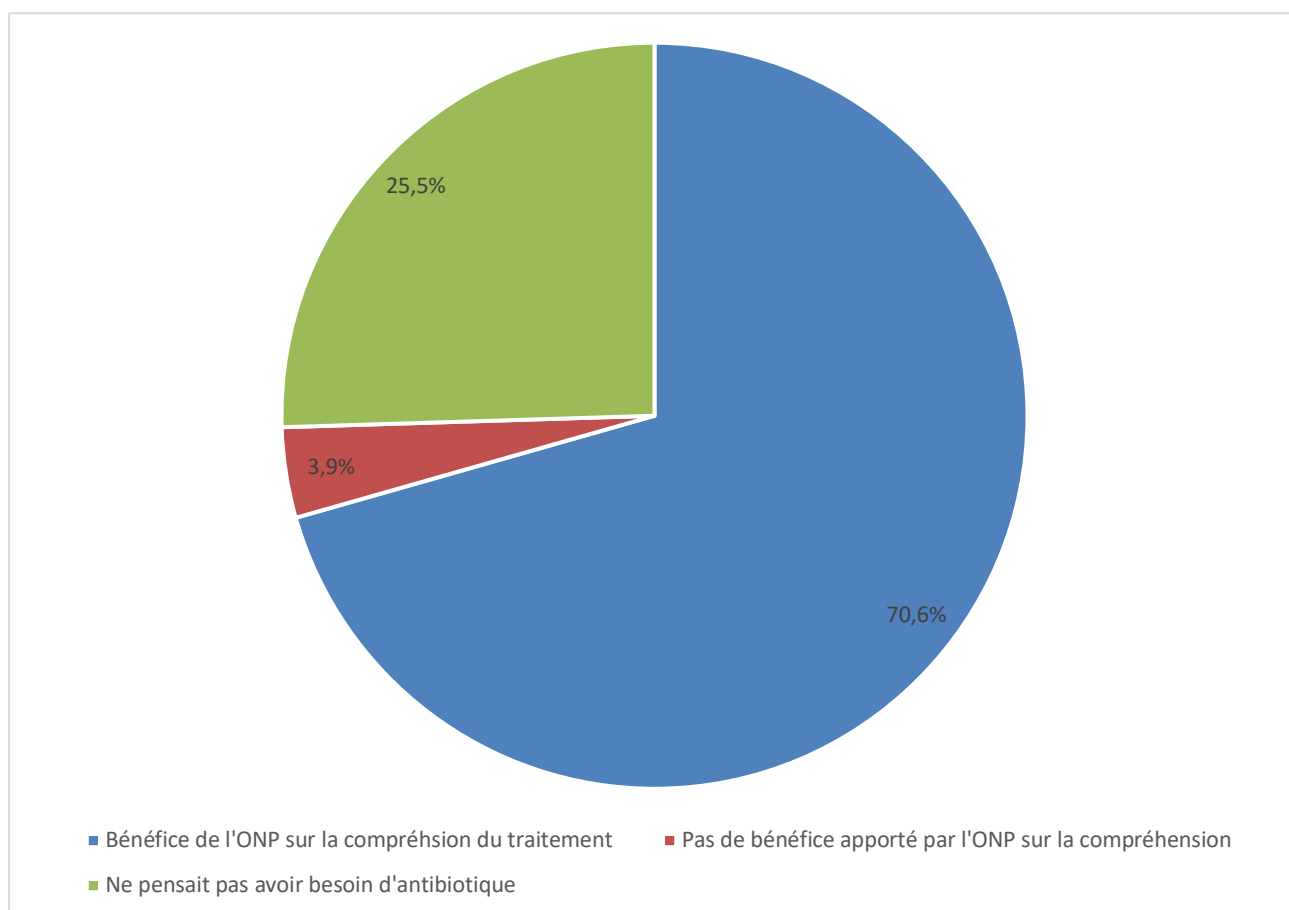


Figure 7: Bénéfice de l'ONP sur la compréhension du traitement

III.2.4. Etat des lieux des connaissances sur les traitements des virus et des bactéries

Nous avons demandé aux patients s'ils connaissaient la différence de traitement entre une infection causée par un virus et celle causée par une bactérie.

71 (46,4%) ont répondu qu'ils connaissaient la différence, 4 d'entre eux ont répondu que la fiche leur a en plus apporté des informations.

Parmi les participants connaissant la différence de traitement, 54 étaient des femmes (soit 53,5% de la totalité des participantes) et 17 étaient des hommes (soit 32,7% des hommes).

82 (53,6%) ont répondu ne pas connaître la différence et 44 d'entre eux ont notifié avoir mieux compris grâce à l'ONP.

Parmi les participants ne connaissant pas la différence de traitement, 35 étaient des hommes (soit 67,3% des hommes) et 47 (46,5%) étaient des femmes.

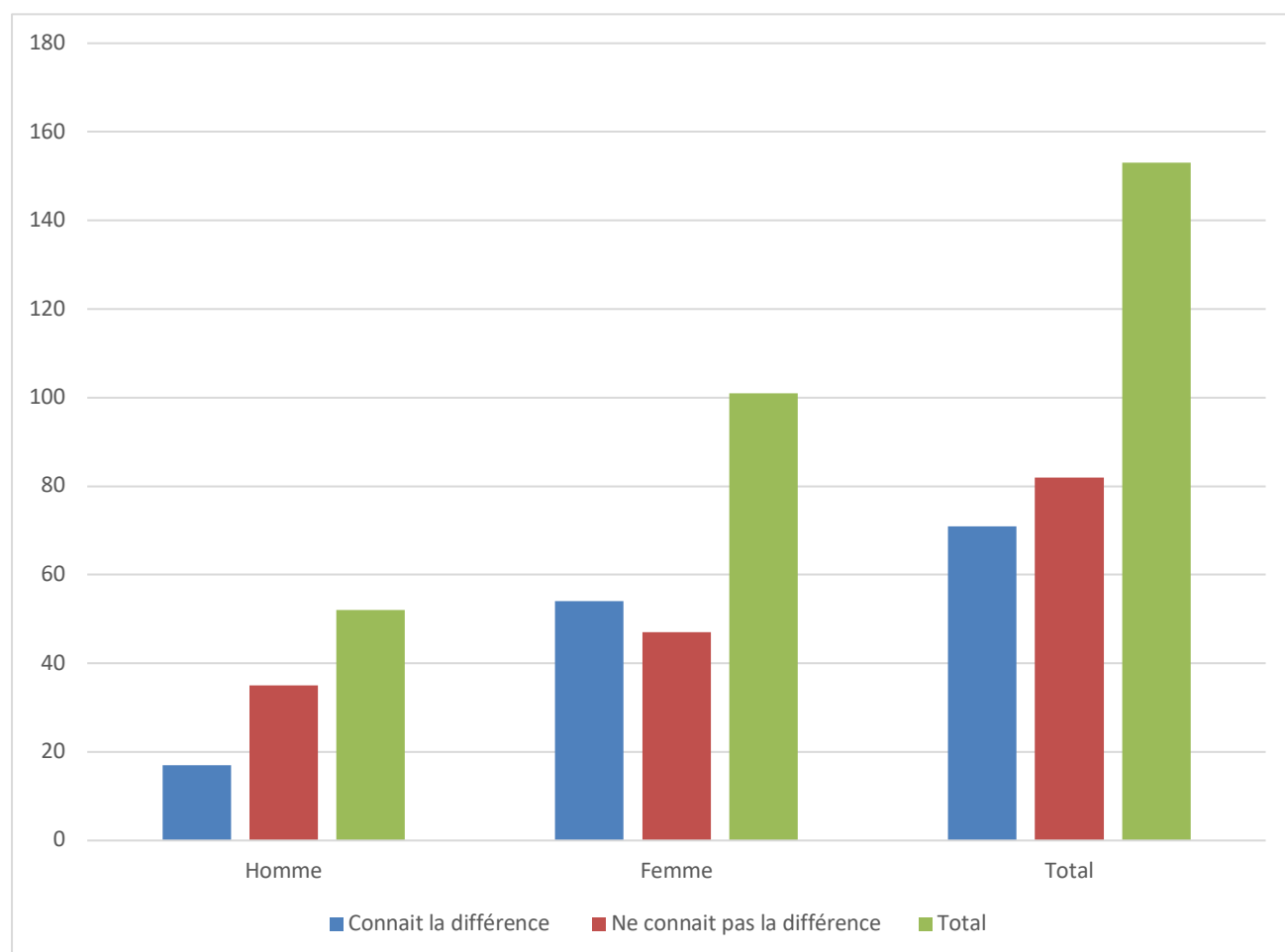


Figure 8: Connaissance de la différence de traitement virus/bactérie

III.2.5. Importance des informations concernant les pathologies (durée et symptômes)

Une question concernait les symptômes et la durée de ces derniers selon les pathologies.

Nous avons demandé aux patients si ces informations leur semblaient importantes pour la compréhension de la prise en charge de leur infection virale.

92,2% (141 patients) ont répondu que ces informations étaient importantes et seulement 12 (7,8%) patients ont répondu que ces informations n'avaient pas d'importance.

III.2.6. Acquisition de connaissances grâce à l'ONP

La majorité des patients, 129 (84,3%) exactement ont acquis des connaissances sur leur pathologie infectieuse grâce à l'ordonnance de non-prescription.

Seulement 24 (15,7%) ont répondu ne pas avoir acquis de connaissances. Parmi ces patients, 7 (soit 29,2%) avaient répondu ne pas avoir trouvé l'ONP utile.

Les 24 patients étaient composés de 19 femmes (18,8% des femmes) et de 5 hommes (9,6% des hommes).

III.2.7. Implication personnelle renforcée

Parmi les patients, 121 soit 79,1% ont répondu se sentir plus impliqués dans la prise en charge de leur infection grâce à l'ONP.

Le reste des patients, 32 (20,9%) ne se sont pas sentis plus impliqués suite à la délivrance de l'ONP. Parmi les 32 patients, 11 étaient des hommes (soit 21,2% de la totalité des hommes) et 21 étaient des femmes (soit 20,8% des femmes).

III.2.8. Souhait d'avoir des fiches informatives

Après avoir pris connaissance de l'avis des patients sur cette ONP, nous avons demandé aux patients s'ils souhaitaient avoir des fiches informatives similaires pour d'autres pathologies.

133 patients (86,9%) ont répondu qu'ils aimeraient avoir des fiches similaires pour d'autres pathologies. Et 20 (13,1%) ont répondu ne pas souhaiter en avoir.

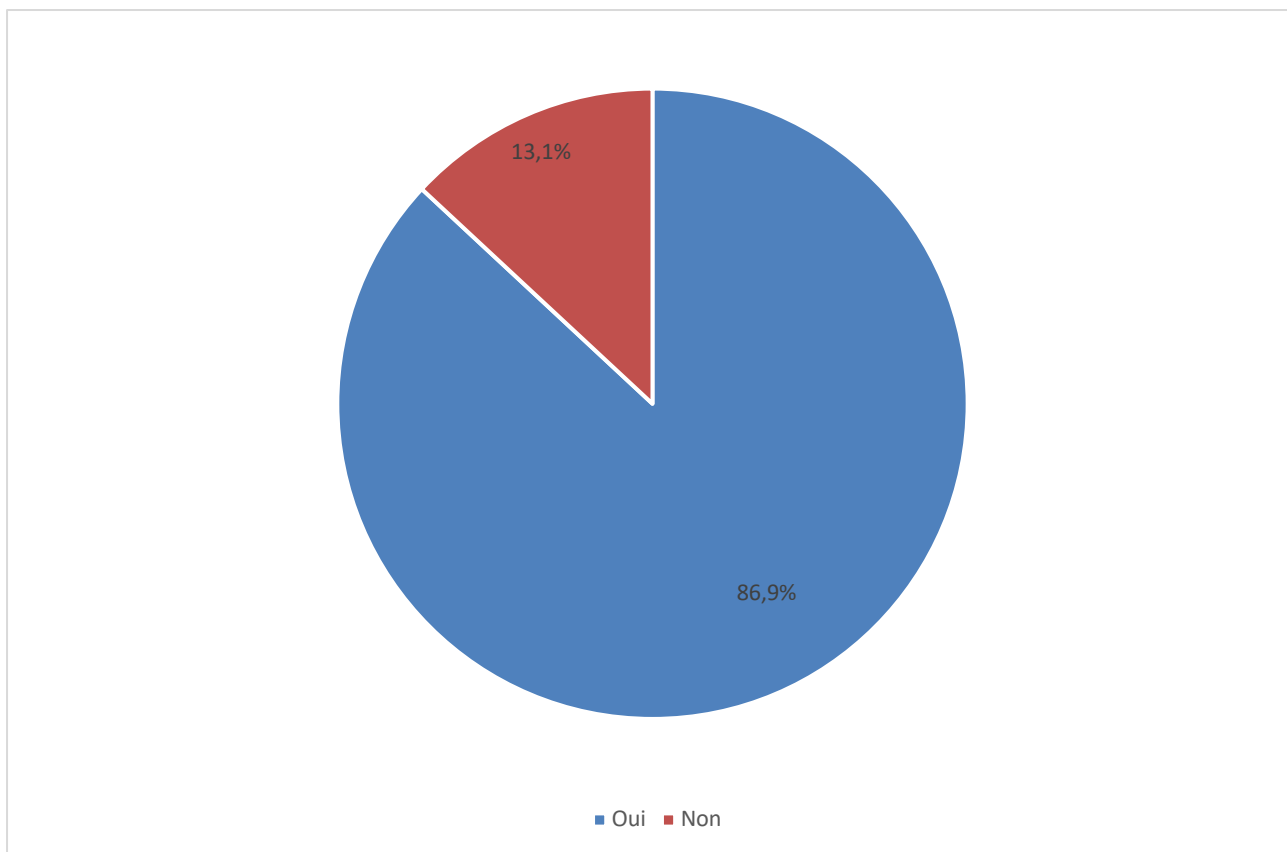


Figure 9: Souhait d'avoir des fiches similaires

III.2.9. Sujets des fiches informatives souhaités

Nous avons donc demandé aux patients sur quels sujets ils aimeraient avoir des fiches informatives. Ils avaient la possibilité de cocher une ou plusieurs cases et avaient également la possibilité de répondre ouvertement en inscrivant le motif.

La case « pathologies chroniques » a été cochée par 59 (38,6%) patients, « conseils diététiques » par 48 (31,4%) patients, « fiches pédiatriques » par 46 (30,1%) patients, « GEA » par 44 (28,8%) patients, « constipation » par 33 (21,6%) patients, « traumatisme crânien » par 29 (19%) patients, « contraception » par 28 (18,3) patients, « tabac » par 25 (16,3%) patients, « MST » par 23 (15%) patients.

La question ouverte « Autres » permettant aux patients d'inscrire le motif souhaité a été cochée par 8 (5,2%) patients.

Deux patients (1,3%) ont inscrit « douleurs abdominales », 2 (1,3%) ont inscrits « lombalgies ». Un patient (0,7) a inscrit « ménopause », 1 (0,7%) a inscrit « maladie de Horton » et 1 (0,7%) a inscrit « prévention, vaccins ».

Tableau 2: Sujets fiches informatives en fonction du sexe

Sujets fiches informatives	Homme	% d'hommes	Femme	% de femmes	Total	% total
Fiches pédiatriques	12	23,1%	34	33,7%	46	30,1%
Constipation	8	15,4%	25	24,8%	33	21,6%
MST	6	11,5%	17	16,8%	23	15,0%
Pathologies chroniques	20	38,5%	39	38,6%	59	38,6%
GEA	13	25,0%	31	30,7%	44	28,8%
Conseils diététiques	17	32,7%	31	30,7%	48	31,4%
Contraception	7	13,5%	21	20,8%	28	18,3%
Traumatisme crânien	12	23,1%	17	16,8%	29	19,0%
Tabac	5	9,6%	20	19,8%	25	16,3%
Autres :	2	3,8%	6	5,9%	8	5,2%
- Ménopause	0	0,0%	1	1,0%	1	0,7%
- Douleurs abdominales	0	0,0%	2	2,0%	2	1,3%
- Lombalgies	2	3,8%	0	0,0%	2	1,3%
- Maladie de Horton	0	0,0%	1	1,0%	1	0,7%
- Prévention, vaccins	0	0,0%	1	1,0%	1	0,7%

Les patients les plus jeunes appartenant à la tranche d'âge 18 – 39 ans ont été ceux qui ont le plus coché les sujets suivants : « Fiches pédiatriques », « MST », « Contraception », « Traumatisme crânien ».

Les patients appartenant à la tranche d'âge intermédiaire, 40 – 59 ans ont coché majoritairement les sujets de « Gastroentérite », « Conseils diététiques » et « Tabac ».

Les patients appartenant à la tranche d'âge la plus élevée, 60 ans et plus, ont coché en majorité les sujets de « Pathologies chroniques » et « Constipation ».

Tableau 3: Pourcentage des sujets de fiches éducatives en fonction des tranches d'âge

	18 – 39 ans	40 – 59 ans	60 ans et plus
<i>Fiches pédiatriques</i>	51,6%	21,1%	3,1%
<i>Contraception</i>	32,8%	10,5%	3,1%
<i>Traumatisme crânien</i>	26,6%	19,3%	3,1%
<i>MST</i>	25%	8,8%	0%
<i>Conseils diététiques</i>	26,6%	38,6%	26,5%
<i>GEA</i>	25%	35,1%	25%
<i>Tabac</i>	12,5%	26,3%	6,3%
<i>Pathologies chroniques</i>	29,7%	35,1%	62,5%
<i>Constipation</i>	18,8%	21,1%	28,1%

III.2.10. Différentes sources où retrouver les fiches informatives

Nous avons terminé le questionnaire en demandant aux patients où ils souhaiteraient retrouver ces fiches informatives.

Ils avaient également la possibilité de répondre un lieu différent de ceux proposés sur le questionnaire.

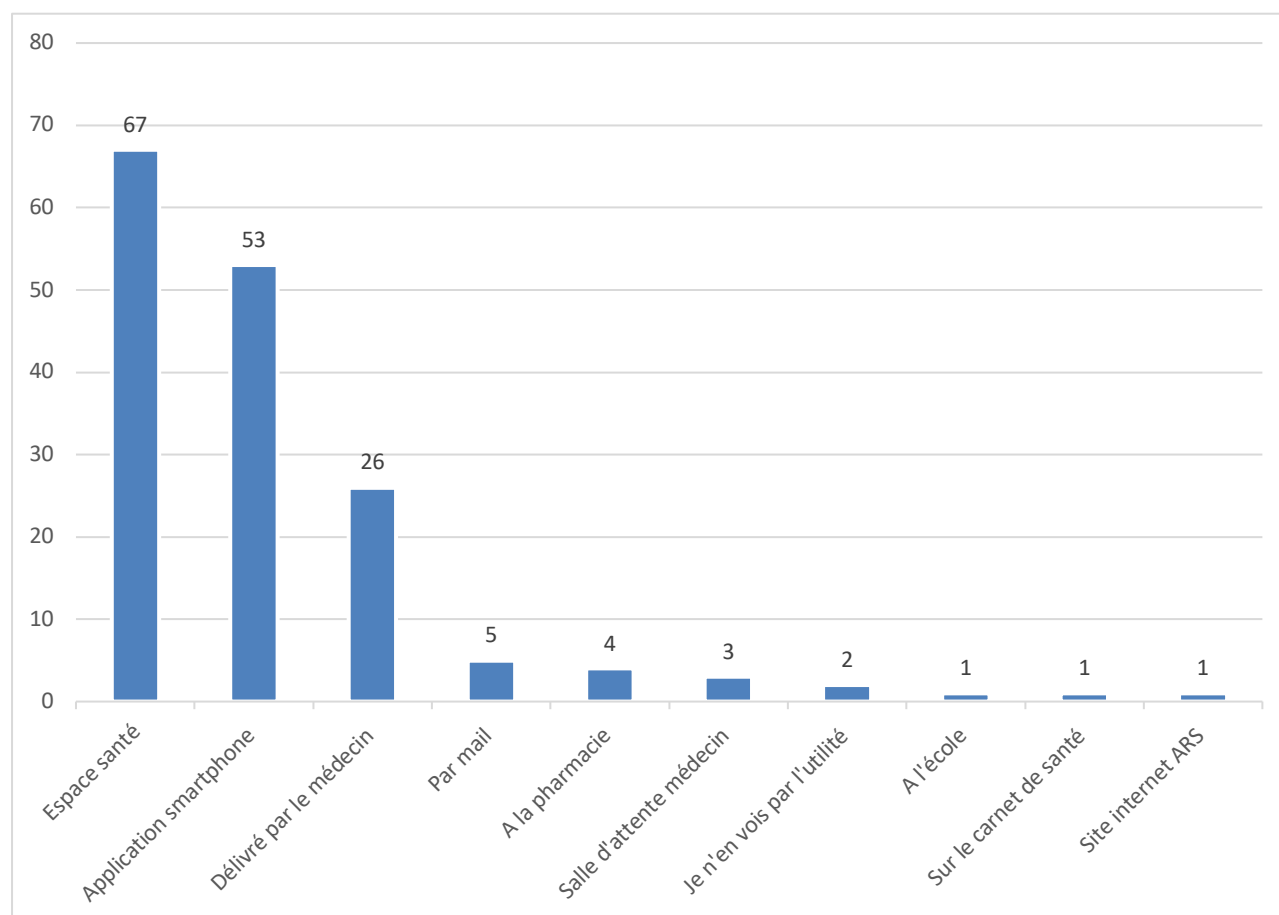


Figure 10: Lieux fiches informatives.

Les patients avaient la possibilité de répondre à plusieurs cases.

Parmi les participants, 67 patients soit 43,8% ont répondu « Espace santé ». En deuxième position, « application smartphone » a été cochée par 53 patients soit 34,6%. 26 patients soit 17% ont noté « délivré par le médecin ». 5 patients soit 3,3% ont écrit « par mail ». 4 patients (2,6%) ont mentionné « à la pharmacie », 3 patients soit 2% ont écrit « dans la salle d'attente du médecin », 2 patients soit 1,3% ont coché « je n'en vois pas l'utilité », 1 patient (0,7%) a écrit « à l'école », 1 patient (0,7%) a écrit « sur le carnet de santé » et 1 patient (0,7%) a écrit « sur le site internet de l'ARS ».

III.3. Analyse statistique

Pour répondre à nos objectifs (principal et secondaires) nous avons réalisé une analyse statistique uni-variée.

III.3.1. Compréhension de l'ONP et de son intérêt thérapeutique

III.3.1.1. Facilité de compréhension de la fiche ONP

Nous avons recherché s'il y avait des différences significatives de compréhension de l'ONP selon différents critères : le sexe et l'âge des participants, leur catégorie socio-professionnelle, le fait que le patient consulte pour lui ou pour son enfant et la pathologie diagnostiquée lors de la consultation.

Aucune différence significative n'est retrouvée selon le sexe, le patient consultant et la profession avec respectivement $p = 0,11$, $p = 0,45$, $p = 0,32$.

Cependant il existe une différence statistiquement significative selon l'âge des patients avec $p = 0,04$. Effectivement, la compréhension de l'ONP semble être moins bonne chez les patients âgés de 60 ans et plus.

Il existe également une différence statistiquement significative sur la compréhension de l'ONP selon la pathologie diagnostiquée avec $p = 0,04$. La compréhension de l'ONP semble avoir été meilleure chez les patients présentant une pathologie grippale ou une rhinopharyngite.

Les différents résultats sont regroupés dans le **Tableau 4**.

Tableau 4: Compréhension de l'ONP

<i>Variables</i>	<i>Compréhensible</i>	<i>Non compréhensible</i>	<i>p value</i>
<u><i>Sexe</i></u>			
<i>Femme</i>	101	0	<i>0,11</i>
<i>Homme</i>	50	2	
<u><i>Patient consultant</i></u>			
<i>Enfant</i>	34	0	<i>0,45</i>
<i>Adulte</i>	117	2	
<u><i>Age</i></u>			
<i>18-39 ans</i>	64	0	<i>0,04</i>
<i>40-59 ans</i>	57	0	
<i>≥ 60 ans</i>	30	2	
<u><i>Profession</i></u>			
<i>Agriculteur</i>	4	0	<i>0,32</i>
<i>Artisan</i>	10	1	
<i>Cadre</i>	24	0	
<i>F.pub/santé/enseignement</i>	36	0	
<i>Employé</i>	36	0	
<i>Ouvrier</i>	6	0	
<i>Sans activité</i>	5	0	
<i>Étudiant</i>	4	0	
<i>Retraité</i>	23	1	
<i>Autres</i>	3	0	
<u><i>Pathologies</i></u>			
<i>Angine</i>	9	1	<i>0,04</i>
<i>Bronchite</i>	16	1	
<i>Grippe</i>	58	0	
<i>Otite</i>	4	0	
<i>Rhinopharyngite</i>	64	0	

III.3.1.2. Compréhension de la non-prescription d'antibiotique

Nous avons recherché s'il existait des différences significatives chez les patients qui pensaient avoir besoin d'un antibiotique avant de venir consulter selon différents critères comme leur compréhension post ONP et leur connaissance sur le traitement d'un virus.

Nous avons trouvé une différence statistiquement significative sur la meilleure compréhension post ONP avec $p = 0,03$. Les patients qui ne s'attendaient pas à avoir besoin d'un antibiotique sont ceux qui ont le mieux compris leur traitement grâce à l'ONP. Ceux qui s'attendaient à avoir un antibiotique semblent mieux comprendre leur traitement. En revanche ceux qui ne savaient pas à quoi s'attendre comme traitement n'ont pas mieux compris.

Il existe également une différence statistiquement très significative concernant la connaissance sur le traitement des pathologies virales ou bactériennes avec $p < 0,001$. Les patients souhaitant un antibiotique semblaient avoir moins de connaissances sur les différents traitements que ceux ne souhaitant pas d'antibiotique.

Les différents résultats sont regroupés dans le **Tableau 5**.

Tableau 5: Souhait antibiotique avant ONP

Variables	Oui	Non	Ne sait pas	p value
<u>Meilleure compréhension post ONP</u>				
Oui	35	69	4	0,03
Non	4	1	1	
<u>Connaissance différence traitement Virus/Bactérie</u>				
Oui	7	61	3	< 0,001
Non	32	48	2	

Nous avons recherché un profil de patient plus enclin à la prescription d'une antibiothérapie.

Aucune différence significative n'est retrouvée selon le sexe, le patient consultant, l'âge et la profession avec respectivement $p = 0,32$, $p = 1$, $p = 0,19$, $p = 0,23$.

Il existe cependant une différence statistiquement significative selon la pathologie diagnostiquée avec $p = 0,03$. Les patients consultant pour une angine ou pour une bronchite semblent être plus en attente d'une prise en charge antibiotique que les patients consultant pour une grippe, une rhinopharyngite ou une otite.

Les différents résultats sont regroupés dans le **Tableau 6**.

Concernant la meilleure compréhension des patients après la délivrance de l'ONP, plusieurs analyses ont été effectuées.

Aucune différence significative n'est retrouvée selon le sexe, le patient consultant, l'âge et la pathologie diagnostiquée avec respectivement $p=0,77$, $p=0,27$, $p=0,22$, $p=0,39$.

Nous trouvons une différence statistiquement significative en fonction de la profession des patients avec $p < 0,001$. En effet, il semble que les patients artisans, commerçants, chefs d'entreprise, travaillant dans la fonction publique, la santé ou l'enseignement, les employés, les ouvriers et les étudiants sont ceux qui ont le mieux compris leur traitement après la délivrance de l'ONP. Il est important de souligner que les cadres, les retraités et la catégorie « Autres » (invalidité et militaire) étaient ceux qui considéraient, avant la fiche, qu'ils n'auraient pas besoin d'antibiotique.

Les différents résultats sont regroupés dans le **Tableau 7**.

Concernant la connaissance des traitements des pathologies virales et bactériennes, aucune différence significative n'est retrouvée selon le patient consultant, l'âge, la profession et la pathologie diagnostiquée avec respectivement $p = 0,44$, $p = 0,79$, $p = 0,45$, $p = 0,15$.

Cependant il existe une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes avec $p = 0,02$. Il semble que les femmes aient plus de connaissances que les hommes sur les traitements des pathologies virales ou bactériennes.

Les différents résultats sont regroupés dans le **Tableau 8**.

Tableau 6: Profil des patients souhaitant une antibiothérapie

<i>Variables</i>	<i>Antibiotique oui</i>	<i>Antibiotique non</i>	<i>Antibiotique ne sait pas</i>	<i>p value</i>
<u><i>Sexe</i></u>				
<i>Femme</i>	25	71	5	<i>0,32</i>
<i>Homme</i>	14	38	0	
<u><i>Patient consultant</i></u>				
<i>Enfant</i>	9	24	1	<i>1</i>
<i>Adulte</i>	30	85	4	
<u><i>Age</i></u>				
<i>18-39 ans</i>	21	42	1	<i>0,19</i>
<i>40-59 ans</i>	11	42	4	
<i>≥ 60 ans</i>	7	25	0	
<u><i>Profession</i></u>				
<i>Agriculteur</i>	1	2	1	<i>0,23</i>
<i>Artisan</i>	5	6	0	
<i>Cadre</i>	6	17	1	
<i>F.pub/santé/enseignement</i>	4	30	2	
<i>Employé</i>	12	23	1	
<i>Ouvrier</i>	2	4	0	
<i>Sans activité</i>	3	2	0	
<i>Étudiant</i>	2	2	0	
<i>Retraité</i>	4	20	0	
<i>Autres</i>	0	3	0	
<u><i>Pathologies</i></u>				
<i>Angine</i>	6	4	0	<i>0,03</i>
<i>Bronchite</i>	9	8	0	
<i>Grippe</i>	11	45	2	
<i>Otite</i>	1	3	0	
<i>Rhinopharyngite</i>	12	49	3	

Tableau 7: Profil des patients ayant mieux compris leur *traitement post ONP*

<i>Variables</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Pas besoin d'antibiotique</i>	<i>p value</i>
<u><i>Sexe</i></u>				
<i>Femme</i>	71	5	25	<i>0,77</i>
<i>Homme</i>	37	1	14	
<u><i>Patient consultant</i></u>				
<i>Enfant</i>	23	3	8	<i>0,27</i>
<i>Adulte</i>	85	3	31	
<u><i>Age</i></u>				
<i>18-39 ans</i>	50	2	12	<i>0,22</i>
<i>40-59 ans</i>	35	4	18	
<i>≥ 60 ans</i>	23	0	9	
<u><i>Profession</i></u>				
<i>Agriculteur</i>	2	1	1	< 0,001
<i>Artisan</i>	9	0	2	
<i>Cadre</i>	11	1	12	
<i>F.pub/santé/enseignement</i>	29	1	6	
<i>Employé</i>	28	0	8	
<i>Ouvrier</i>	5	1	0	
<i>Sans activité</i>	3	2	0	
<i>Étudiant</i>	4	0	0	
<i>Retraité</i>	16	0	8	
<i>Autres</i>	1	0	2	
<u><i>Pathologies</i></u>				
<i>Angine</i>	7	1	2	<i>0,39</i>
<i>Bronchite</i>	15	0	2	
<i>Grippe</i>	37	4	17	
<i>Otite</i>	4	0	0	
<i>Rhinopharyngite</i>	45	1	18	

Tableau 8: Connaissances concernant les traitements des pathologies virales ou bactériennes

<i>Variables</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>p value</i>
<u><i>Sexe</i></u>			
<i>Femme</i>	54	47	0,02
<i>Homme</i>	17	35	
<u><i>Patient consultant</i></u>			
<i>Enfant</i>	18	16	0,44
<i>Adulte</i>	53	66	
<u><i>Age</i></u>			
<i>18-39 ans</i>	31	33	0,79
<i>40-59 ans</i>	27	30	
<i>≥ 60 ans</i>	13	19	
<u><i>Profession</i></u>			
<i>Agriculteur</i>	2	2	0,45
<i>Artisan</i>	3	8	
<i>Cadre</i>	10	14	
<i>F.pub/santé/enseignement</i>	23	13	
<i>Employé</i>	18	18	
<i>Ouvrier</i>	2	4	
<i>Sans activité</i>	2	3	
<i>Étudiant</i>	2	2	
<i>Retraité</i>	8	16	
<i>Autres</i>	1	2	
<u><i>Pathologies</i></u>			
<i>Angine</i>	4	6	0,15
<i>Bronchite</i>	4	13	
<i>Grippe</i>	25	33	
<i>Otite</i>	2	2	
<i>Rhinopharyngite</i>	36	28	

III.3.1.3. Acquisition de connaissances sur la pathologie grâce à l'ONP

En ce qui concerne l'acquisition de connaissances sur la pathologie à l'aide de l'ONP, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les patients souhaitant une antibiothérapie et ceux n'en souhaitant pas, avec $p = 0,28$.

III.3.2. Utilité de l'ONP

Nous avons recherché s'il existait des différences significatives selon différents critères pour l'utilité de l'ONP. Les critères sont similaires à ceux étudiés pour la compréhension à savoir le sexe et l'âge des participants, leur catégorie socio-professionnelle, le fait que le patient consulte pour lui ou pour son enfant et la pathologie diagnostiquée lors de la consultation.

Aucune différence significative n'est retrouvée selon le sexe, l'âge et la profession avec respectivement $p = 0,33$, $p = 0,15$, $p = 0,45$.

Il est retrouvé une différence statistiquement significative sur l'utilité de l'ONP selon la personne qui consulte (le patient lui-même ou son enfant) avec $p = 0,02$. L'ONP semblait plus utile pour les patients consultant pour eux que pour ceux consultant pour leur enfant.

Il existe aussi une différence statistiquement significative selon la situation professionnelle des patients avec $p = 0,02$. Les patients étant agriculteur, ouvrier, étudiant, militaire, en invalidité ou sans activité semblaient trouver l'ONP moins utile que les patients étant artisan, commerçant, chef d'entreprise, cadre, employé, retraité ou travaillant dans la fonction publique, la santé ou l'enseignement.

Les différents résultats sont regroupés dans le **Tableau 9**.

Tableau 9: Utilité des ONP

<i>Variables</i>	<i>Utile</i>	<i>Non Utile</i>	<i>p value</i>
<u><i>Sexe</i></u>			
<i>Femme</i>	92	9	<i>0,33</i>
<i>Homme</i>	50	2	
<u><i>Patient consultant</i></u>			
<i>Enfant</i>	28	6	<i>0,02</i>
<i>Adulte</i>	114	5	
<u><i>Age</i></u>			
<i>18-39 ans</i>	62	2	<i>0,15</i>
<i>40-59 ans</i>	50	7	
<i>≥ 60 ans</i>	30	2	
<u><i>Profession</i></u>			
<i>Agriculteur</i>	2	2	<i>0,02</i>
<i>Artisan</i>	11	0	
<i>Cadre</i>	23	1	
<i>F.pub/santé/enseignement</i>	34	2	
<i>Employé</i>	35	1	
<i>Ouvrier</i>	5	1	
<i>Sans activité</i>	4	1	
<i>Étudiant</i>	3	1	
<i>Retraité</i>	23	1	
<i>Autres</i>	2	1	
<u><i>Pathologies</i></u>			
<i>Angine</i>	10	0	<i>0,45</i>
<i>Bronchite</i>	16	1	
<i>Grippe</i>	55	3	
<i>Otite</i>	3	1	
<i>Rhino</i>	58	6	

III.3.3. Implication des patients et souhait de fiches d'éducation thérapeutique

Nous avons recherché s'il existait une différence significative sur l'implication des patients selon deux critères : le souhait d'un traitement antibiotique et la meilleure compréhension après la délivrance de l'ONP.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative sur l'implication des patients entre ceux qui s'attendaient à avoir un antibiotique et ceux qui ne s'attendaient à pas en avoir avec $p = 0,16$.

Cependant, il existe une différence statistiquement très significative sur l'implication des patients entre ceux qui ont mieux compris leur traitement après la délivrance de l'ONP et ceux qui n'ont pas mieux compris avec $p < 0,001$. En effet les patients ayant mieux compris leur traitement après la délivrance de l'ONP étaient plus impliqués que ceux n'ayant pas mieux compris leur traitement.

Tableau 10: Meilleure implication du patient dans sa prise en charge

<i>Variables</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>p value</i>
<u><i>Souhait d'un traitement antibiotique avant l'ONP</i></u>			
<i>Oui</i>	28	11	<i>0,16</i>
<i>Non</i>	91	18	
<u><i>Meilleure compréhension post ONP</i></u>			
<i>Oui</i>	91	17	<i>< 0,001</i>
<i>Non</i>	0	6	

Nous avons également recherché s'il existait un profil de patient qui exprimait le souhait d'avoir d'autres fiches d'éducation thérapeutique.

Aucune différence significative n'a été retrouvé selon le sexe, le patient consultant, l'âge, la profession et la pathologie diagnostiquée avec respectivement $p = 0,61$, $p = 0,39$, $p = 0,37$, $p = 0,40$, $p = 0,64$.

Les différents résultats sont regroupés dans le **Tableau 11**.

Tableau 11: Souhait d'obtenir d'autres fiches éducatives

<i>Variables</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>p value</i>
<u><i>Sexe</i></u>			
<i>Femme</i>	89	12	<i>0,61</i>
<i>Homme</i>	44	8	
<u><i>Patient consultant</i></u>			
<i>Enfant</i>	28	6	<i>0,39</i>
<i>Adulte</i>	105	14	
<u><i>Age</i></u>			
<i>18-39 ans</i>	53	11	<i>0,37</i>
<i>40-59 ans</i>	52	5	
<i>≥ 60 ans</i>	28	4	
<u><i>Profession</i></u>			
<i>Agriculteur</i>	2	2	<i>0,40</i>
<i>Artisan</i>	9	2	
<i>Cadre</i>	22	2	
<i>F.pub/santé/enseignement</i>	31	5	
<i>Employé</i>	33	3	
<i>Ouvrier</i>	5	1	
<i>Sans activité</i>	3	2	
<i>Étudiant</i>	3	1	
<i>Retraité</i>	22	2	
<i>Autres</i>	3	0	
<u><i>Pathologies</i></u>			
<i>Angine</i>	8	2	<i>0,64</i>
<i>Bronchite</i>	16	1	
<i>Grippe</i>	51	7	
<i>Otite</i>	3	1	
<i>Rhino</i>	55	9	

Pour terminer notre analyse statistique, nous avons cherché des différences significatives entre les différents sujets choisis pour les fiches thérapeutiques selon le sexe, le patient consultant et l'âge.

Aucune différence significative n'a été retrouvée pour le choix des différents sujets de fiches éducatives selon le sexe avec $p = 0,71$.

Cependant il existe une différence statistiquement très significative en fonction du patient consultant avec $p < 0,001$.

Il semble que les patients consultant pour leur enfant ont majoritairement coché les sujets « Fiches pédiatriques » et « Constipation ». Les patients consultant pour eux, à l'inverse, ont majoritairement coché les sujets « Pathologies chroniques », « Conseils diététiques », « Contraception », « MST », « Gastroentérite », « Traumatisme crânien » et « Tabac ».

Il existe également une différence statistiquement très significative en fonction de l'âge du patient avec $p < 0,001$.

Tableau 12: Sujets des fiches éducatives

Variables	Fiche ped.	Constip.	MST	Patho. Chro.	GEA	Diet.	Contra- cept.	TC	Tabac	p
<u>Sexe</u>										
Femme	34	25	17	39	31	31	21	17	20	0,71
Homme	12	8	6	20	13	17	7	12	5	
<u>Patient consult.</u>										
Enfant	21	8	3	7	1	7	5	6	5	< 0,001
Adulte	25	25	20	52	34	41	23	23	20	
<u>Age</u>										
18-39 ans	33	12	16	19	16	17	21	17	8	< 0,001
40-59 ans	12	12	7	20	20	22	6	11	15	
≥ 60 ans	1	9	0	20	8	9	1	1	2	

IV. Discussion

IV.1. Forces et justifications de l'étude

Le thème de notre étude est pertinent étant donné la problématique de l'antibiorésistance qui représente un enjeu majeur de santé publique en France.

Bien que la sur-prescription d'antibiotique soit un sujet souvent traité, notre approche à travers l'utilisation de l'Ordonnance de Non-Prescription pour éduquer les patients est originale et innovante. Cet outil, peu étudié jusqu'à présent, est conçu pour aider à limiter l'usage inapproprié des antibiotiques en médecine générale.

De plus, la sur-prescription d'antibiotique, notamment en médecine de ville, est une question d'intérêt général car elle contribue à l'émergence de résistances bactériennes dangereuses. Bien que les médecins soient sensibilisés à la réduction des prescriptions, les patients restent souvent demandeurs d'antibiotique, ce qui complexifie la tâche des praticiens. En outre, dans un contexte de pénurie croissante de certains médicaments, dont les antibiotiques, l'utilisation de l'ONP devient d'autant plus cruciale pour éviter des prescriptions inutiles. Il est donc essentiel de disposer d'outils pédagogiques comme l'ONP, non seulement pour éviter une prescription inappropriée, mais aussi pour renforcer l'alliance thérapeutique entre le médecin et le patient.

Nos recherches bibliographiques ont révélé que, peu d'études ont évalué son efficacité réelle en termes de compréhension et d'adhésion des patients. Il nous semblait important d'analyser cette question pour déterminer si cet outil pouvait réellement améliorer l'éducation thérapeutique en médecine générale, en particulier dans la lutte contre l'antibiorésistance.

Nous avons souhaité faire une étude quantitative pour faire un bilan statistique de la compréhension et de l'utilité des ordonnances de non-prescription pour les patients. Une étude épidémiologique descriptive et transversale a ainsi été réalisée. Ce type d'approche permet de mettre en évidence des liens statistiques entre variables étudiées. (39)

Nous avons pu recueillir un total de 153 questionnaires, avec un taux de participation de 98,7%. Cette participation témoigne de l'intérêt des patients pour cette problématique et renforce la validité de nos résultats. De plus, la méthodologie que nous avons adoptée, avec un questionnaire structuré et des analyses statistiques précises, garantit des conclusions fiables.

En somme, notre étude aborde un sujet de santé publique important avec un outil innovant et officiel de la CPAM. Nos résultats, basés sur un échantillon de patients avec un taux de réponses satisfaisant, apportent des éclairages intéressants sur l'acceptabilité de l'ONP en pratique courante.

IV.2. Limites de l'étude

IV.2.1. Limites liées à la population d'étude

IV.2.1.1. Biais d'échantillonnage

L'étude repose sur un auto-questionnaire anonyme dans une population limitée à trois cabinets médicaux situés dans une région spécifique (Limousin). Cela peut limiter la généralisation des résultats à d'autres régions ou populations.

IV.2.1.2. Biais de participation

Le questionnaire était délivré par l'investigatrice principale. Certains participants n'ont peut-être pas osé refuser de participer. L'investigatrice principale présentait son sujet et l'étude qu'elle réalisait, ce qui a favorisé une participation chez quasiment tous les patients pouvant être inclus dans l'étude.

De plus, les patients volontaires pour participer à l'étude pouvaient avoir un intérêt particulier pour le sujet, introduisant un biais d'auto-sélection.

IV.2.1.3. Biais de désirabilité sociale

Il existe un biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire que les patients n'osent pas vraiment dire ce qu'ils pensent mais répondent selon les désirs de l'investigateur. En effet, ce biais est traduit par le fait que certains patients n'ont peut-être pas répondu sincèrement mais ont donné une réponse afin de faire plaisir à l'investigateur.

Dans notre étude, il est possible que des patients aient répondu que l'ONP était un outil utile alors qu'ils n'en ressentaient pas vraiment l'utilité. Il est donc possible que l'intérêt de cet outil soit surestimé.

IV.2.2. Limite liée à la méthodologie

IV.2.2.1. Biais déclaratif

L'auto-questionnaire nous a semblé le meilleur moyen pour récolter les informations. Bien que le questionnaire soit utilisé dans de nombreuses études scientifiques, il reste pourvoyeur de biais. On peut notamment citer un probable biais déclaratif à la fois du fait des questions

posées qui peuvent paraître trop vagues pour évaluer précisément les différents paramètres recherchés, d'une mauvaise compréhension de certaines questions, mais aussi d'une sous-estimation des résultats avec des patients qui surestiment leur compréhension, ou leur connaissance sur les différents traitements. L'anonymisation du questionnaire était pourtant une méthode pour limiter ce biais déclaratif.

IV.3. Cohérence externe

Compte tenu de notre effectif, nos résultats ne sont pas précisément extrapolables à la population de la Haute-Vienne et de la Creuse. Cependant, nous constatons que notre échantillon présente des similitudes avec la population étudiée sur certains critères.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les derniers chiffres officiels de la population en Haute-Vienne et en Creuse datent de 2021.

Le pourcentage de femmes et d'hommes en 2021 en Haute-Vienne et en Creuse est d'environ 52% pour les femmes et de 48% pour les hommes. Dans notre population, les femmes représentent 66% de notre échantillon. Cette différence peut s'expliquer par une part plus importante de femmes qui amènent leur enfant en consultation (40). Elle peut également s'expliquer par une part plus importante de femmes qui participent aux sondages ou questionnaires comparativement aux hommes. (41)

Par contre le pourcentage d'enfants est représentatif dans notre étude avec 22,2% d'enfants (20% en Haute-Vienne et 16% en Creuse).

En ce qui concerne l'âge des patients, une similitude est retrouvée entre notre population d'étude et celle de Haute-Vienne et de Creuse. Le pourcentage de personnes âgées entre 15 et 29 ans est de 16,7% en Haute-Vienne et 12,3% en Creuse, (15,7% entre 18 et 29 ans dans notre étude), les 30 – 44 ans représentent 16,4% en Haute-Vienne et 14,3% en Creuse (26,1% entre 30 et 39 ans dans notre étude), ceux âgés entre 45 et 59 ans sont 19,7% en Haute-Vienne et 20,9 % en Creuse (37,2% entre 40 et 59 ans dans notre étude), les 60 – 74 ans sont 19,9% en Haute-Vienne et 24,3% en Creuse (13,7% entre 60 et 69 ans dans notre étude) et enfin les plus de 75 ans sont 12,3% en Haute-Vienne et 15% en Creuse (7,2% de 70 ans et plus dans notre étude).

Concernant les catégories socioprofessionnelles nous retrouvons également une représentativité de notre population d'étude avec celle de la Haute-Vienne et de la Creuse.

On recense 1,2% d'agriculteurs en Haute-Vienne et 4,2% en Creuse (2,6% dans notre étude), 3,4% d'artisans, commerçants, chefs d'entreprises en Haute-Vienne et 3,7% en Creuse (7,2% dans notre étude), 7,1% de cadres en Haute-Vienne et 4,2% en Creuse (15,7% dans notre étude), 13,4% de professions de la fonction publique, de l'enseignement et de la santé en Haute-Vienne et 10% en Creuse (23,5% dans notre étude), 14,9% d'employés en Haute-Vienne et 14,6% en Creuse (23,5% dans notre étude), 33,6% de retraités en Haute-Vienne et 39,7% en Creuse (15,7% dans notre étude), 15,3% de personnes sans activité professionnelle en Haute-Vienne, 12,8% en Creuse (7,2% dans notre étude). (42,43)

IV.4. Analyse dans le contexte

IV.4.1. L'ONP, un outil compréhensible et permettant la compréhension de sa prise en charge

IV.4.1.1. Compréhension du document en lui-même

Parmi les participants, 98,7% ont trouvé la fiche facile à comprendre, ce qui traduit que cet outil peut être facilement utilisable par l'ensemble de la population générale des 18 ans et plus.

L'ONP est donc un document qui respecte les critères FALC (facile à lire et à comprendre). Quelques règles permettent de qualifier un document FALC. Les phrases doivent être simples avec l'utilisation d'une grammaire simplifiée. Les mots doivent être, autant que possible, familiers à la population générale. Il est préférable d'utiliser un format facile à lire, comme une feuille A4, que l'on retrouve comme format utilisé pour l'ONP. La police, son coloris, le fond du support sont des choix importants. Comme pour l'ONP, il est préférable d'utiliser une police facile à lire, pas trop claire avec le choix d'un fond clair. Il est également conseillé de choisir des illustrations pour faciliter la compréhension, ce qui est également présent dans l'ONP. Les illustrations imagent les différents symptômes des pathologies virales. (44)

Les 2 participants n'ayant pas compris l'ONP étaient âgés de plus de 60 ans. On peut donc retenir que malgré les critères utilisés pour faire de l'ONP un document facile à lire et à comprendre, elle reste moins facile à comprendre pour les patients plus âgés.

Il existe également une différence significative en fonction de la pathologie. Effectivement les patients consultant pour une grippe ou une rhinopharyngite semblent avoir mieux compris l'ONP.

On peut constater que l'origine virale de la rhinopharyngite et de la grippe sont claires pour les patients comparativement aux autres pathologies. Effectivement l'angine et l'otite peuvent nécessiter une antibiothérapie si elles sont causées par une bactérie. La bronchite, dans le cas de surinfection chez un patient BPCO par exemple, peut également nécessiter la mise en place d'un antibiotique. Ce résultat est donc logique. Par conséquent, nous pouvons donc noter que les traitements de ces deux pathologies (rhinopharyngite et grippe) sont ancrés dans les mœurs. L'ONP est venue renforcer les connaissances des patients.

De plus, nous avons tenu à évaluer la connaissance de l'ONP. Sur l'ensemble des patients, aucun ne connaissait l'existence de la fiche. La vulgarisation de l'ONP n'est donc pas d'actualité et il serait pertinent que cet outil soit davantage diffusé au sein du grand public.

Cela signifie que les patients n'ont jamais eu connaissance de ce document via leur médecin qui ne leur en a jamais parlé ou proposé. Se pose donc la question de la connaissance de cet outil par les médecins généralistes. On peut penser que ces derniers n'ont sans doute pas reçu suffisamment d'information concernant la création et l'existence de ces ordonnances de non-prescription.

IV.4.1.2. Souhait d'une antibiothérapie avant l'ONP

Avant de définir l'intérêt de l'ONP, nous avons questionné les participants sur le traitement dont ils pensaient avoir besoin en venant consulter leur médecin.

Sur 153 patients, 109 soit 71,2% ne pensaient pas avoir besoin d'antibiotique, un quart d'entre eux soit 39 patients pensaient avoir besoin d'une antibiothérapie et seulement 5% (3 patients) ne savaient pas. Une étude similaire à la nôtre réalisée en 2020 dans le département du Calvados constatait que seulement 36% des patients consultant pour un syndrome viral pensaient ne pas avoir besoin d'un antibiotique. Par contre 50% ne savaient pas s'ils en auraient besoin et 14% pensaient en avoir besoin. On constate une différence avec notre étude, ainsi qu'avec les études antérieures, car il semble que les patients soient moins en attente d'une antibiothérapie dans cette étude du Calvados. De plus, une part plus importante de patients ne savait pas à quoi s'attendre comme traitement contre seulement 5% dans notre population étudiée. Cette dernière constatation peut s'expliquer par l'efficacité de l'éducation thérapeutique de plus en plus réalisée par les médecins, et donc efficace auprès des patients. (38)

Nous avons établi un lien entre le souhait d'une antibiothérapie et la pathologie diagnostiquée : en effet, les patients consultant pour une bronchite ou une otite s'attendaient davantage à bénéficier d'une antibiothérapie. Un rapprochement peut être fait avec la constatation précédente sur la meilleure compréhension de l'ONP en fonction de la pathologie. Effectivement l'otite et la bronchite sont des pathologies qui peuvent nécessiter une antibiothérapie. Si l'otite est d'origine bactérienne comme l'otite moyenne aigue, un traitement antibiotique sera nécessaire. Concernant la bronchite, une surinfection bronchique chez un patient tabagique par exemple peut nécessiter la mise en place d'une antibiothérapie. Cette attente d'antibiothérapie augmentée dans ces deux pathologies paraît donc cohérente.

Nous avons également retrouvé un autre facteur qui augmente cette attente des patients. En ce qui concerne la prise en charge de la bronchite aiguë, une étude de 1998 sur l'utilisation des antibiotiques en ambulatoire a montré que les médecins généralistes traitaient une bronchite simple par antibiothérapie 95% du temps. Ce qui reflète également une prescription inappropriée des médecins il y a quelques années en arrière et qui a donc donné une habitude de prescription auprès des patients. (45) Pour répondre à cette attente d'antibiothérapie sur les bronchites, une campagne de sensibilisation a été réalisée en décembre 2023 avec la création d'une affiche par la CPAM. Nous pouvons y avoir un rappel sur l'origine virale de la bronchite et donc l'inefficacité des antibiotiques sur cette pathologie. (Annexe 5) (46)

Nous avons également remarqué qu'il existait une différence selon la connaissance ou non du traitement d'un virus ou d'une bactérie. Les patients ne connaissant pas la différence de traitement étaient plus en attente d'une antibiothérapie. Le souhait d'avoir un traitement antibiotique, qui semble nécessaire pour se soigner, peut-être causé par des fausses croyances présentes chez certains patients. Elles peuvent être responsables de souhaits non justifiés de traitements chez certains patients pour différents problèmes de santé.

Effectivement, le manque de connaissances sur le sujet peut expliquer logiquement ce souhait d'antibiothérapie et reflète également un manque de connaissance de la part de la population.

A ce sujet, nous avons retrouvé une différence également entre les hommes et les femmes sur la connaissance des prises en charge d'infection virale ou bactérienne. Effectivement, les

femmes étaient plus nombreuses à connaître cette différence de traitement. Cette connaissance plus importante chez les femmes peut être expliquée par la perception que les femmes ont sur leur santé. Elles se perçoivent en moins bonne santé que les hommes (47). De ce fait elles consultent plus. (48) Elles sont plus fréquemment en contact avec des professionnels de santé et il est donc possible qu'elles aient accès à des explications médicales répétées et diverses, ce qui pourrait être un argument en faveur de cette meilleure connaissance.

Pour terminer, nous avons demandé aux patients qui pensaient avoir besoin d'un antibiotique la raison de leur souhait. Il est intéressant de remarquer les 2 principales raisons qui en sont ressorties. Un quart d'entre eux ont notifié « pour se soigner » cela veut dire que pour certains patients un antibiotique est synonyme de guérison, et le patient est alors en attente d'une prescription d'antibiotique pour avoir la sensation d'être soigné. A égalité 25% des patients, ont noté « par habitude de prescription » ce qui soulève ici un autre problème, celui de la prescription inappropriée d'antibiotique de la part des médecins généralistes.

Il est donc possible de faire un rapprochement entre ces deux principales réponses. La prescription inappropriée d'antibiotique par certains médecins peut être la cause des attentes de traitements antibiotiques par certains patients. Ces mauvaises habitudes de prescriptions ont participé à cette croyance de nécessité d'antibiothérapie pour être soigné.

IV.4.1.3. Compréhension de sa prise en charge grâce à l'ONP

Nous avons ensuite questionné les participants sur la compréhension de leur prise en charge après avoir pris connaissance de l'ONP.

Sur l'ensemble des participants, 39 participants ont déclaré qu'ils savaient déjà que leur prise en charge ne nécessiterait pas de traitement antibiotique. Nous avons donc un quart de la population étudiée qui a notifié ne pas avoir eu besoin de cette fiche pour mieux comprendre leur prise en charge.

Cela permet de souligner l'efficacité des campagnes de sensibilisation qui ont eu lieu depuis les années 2000. Les trois plans qui se sont succédé ont donc eu un impact non négligeable auprès des Français sur l'utilisation des antibiotiques. (34)

La majeure partie des participants, 108 précisément, ont mieux compris leur prise en charge grâce à cette fiche.

Effectivement, ceux qui ne s'attendaient pas à avoir une antibiothérapie ont significativement mieux compris leur prise en charge après l'ONP. Ce résultat reste logique, les patients souhaitant une antibiothérapie ont pour certains mieux compris avec la fiche mais d'autres nécessiteront une éducation thérapeutique plus longue.

En effet le métier de médecin généraliste nous permet justement de créer une alliance thérapeutique grâce au temps et à la confiance établie entre le médecin et le malade. Ces atouts permettront au fil des consultations, du temps et de la confiance créée de pouvoir éduquer son patient.

Nous avons également noté une différence significative de la meilleure compréhension post ONP en fonction de la situation professionnelle des patients. Les patients artisans,

commerçants, chefs d'entreprise, travaillant dans la fonction publique, la santé ou l'enseignement, les employés, les ouvriers et les étudiants ont mieux compris leur prise en charge après l'ONP.

Les retraités et les cadres étaient en majorité à penser ne pas avoir besoin d'antibiotique.

Les patients agriculteurs, en invalidité et sans emploi ont le moins bien compris après l'ONP.

IV.4.2. L'ONP, un outil utile

Nous avons demandé aux patients leur avis sur l'utilité de cette ordonnance. La majorité d'entre eux, 142 exactement, ont trouvé cette ordonnance utile.

Définissons l'utilité d'un document. Il s'agit de quelque chose dont l'usage, l'emploi satisfait un besoin, est ou peut être avantageux.

Selon leur âge nous avons remarqué que l'intégralité des patients âgés entre 30 et 39 ans et ceux âgés de 70 ans et plus ont tous trouvé l'ONP utile. Ces tranches d'âges pourraient être plus sensibles à l'information et l'éducation à la santé.

La population des 30 – 39 ans est une génération qui a été sensibilisée par les campagnes de prévention réalisées dès les années 2000. Prenons l'exemple du slogan « Les antibiotiques, c'est pas automatique » qui a été diffusé en partie à la télévision ou à la radio. Cette population a été éduquée par ces campagnes et cela peut expliquer qu'elle trouve cet outil thérapeutique utile. (34)

La population des 70 ans et plus est également la tranche d'âge ayant tous répondu que l'ONP est un outil utile. La raison ici peut s'expliquer par une génération où le médecin était le détenteur de savoirs. La population avait en lui une confiance « aveugle » et donc tout ce qui était proposé par le médecin était considéré comme bien et utile. Ils ont connu le modèle paternaliste de la relation médecin-malade, ce qui peut expliquer aujourd'hui la persistance d'une écoute et d'une confiance importante envers leur médecin. (49)

De plus, nous avons trouvé une différence selon le patient consultant. En effet, les patients consultant pour eux ont davantage trouvé l'ONP utile que les patients consultant pour leur enfant. Cette découverte n'est pas étonnante, on peut imaginer que les patients consultant pour leur enfant ont nécessairement besoin de l'avis du médecin sur l'état de santé de leur enfant. Effectivement l'ONP n'est pas suffisante pour les rassurer et l'examen de leur enfant reste nécessaire. Cependant lorsqu'ils consultent pour eux, l'ONP leur paraît plus utile car elle pourrait leur permettre de temporiser. Alors pour que pour leur enfant, l'inquiétude est plus importante et l'ONP ne serait pas suffisante.

Nous avons également trouvé une différence comme pour la meilleure compréhension post ONP, en fonction de la profession des participants. Les patients agriculteurs, ouvriers, étudiants, militaires, en invalidité et sans activité trouvaient l'ONP moins utile que les autres catégories socio-professionnelles.

IV.4.3. L'ONP, un outil thérapeutique

Après avoir retenu que l'ONP était un outil facile à comprendre et un outil utile pour une grande partie de la population étudiée, nous allons discuter de l'ONP en tant qu'outil thérapeutique.

Nous allons étudier ses principales conséquences, à savoir l'acquisition de nouvelles connaissances et le renforcement de l'implication personnelle.

IV.4.3.1. Acquisition des connaissances

En ce qui concerne l'ONP sur l'acquisition des connaissances, nous avons demandé aux patients si cette fiche leur a appris des notions concernant leur pathologie. Effectivement il est ressorti que pour 129 d'entre eux soit près de 85% de la population, les participants ont affirmé avoir appris quelque chose sur leur pathologie.

Dans l'étude similaire à la nôtre de 2020, une analyse plus précise des connaissances sur les virus et l'antibiothérapie avait été réalisée à l'aide d'un premier questionnaire donné avant la consultation. Un deuxième questionnaire était fourni après la délivrance de l'ONP. Les scores étudiés sur les connaissances étaient plus élevés après la remise de l'ONP. Les résultats de cette étude sont donc en adéquation avec les résultats trouvés dans notre étude. (38)

Cette notion est importante et renforce l'intérêt de l'ONP, pouvant la considérer comme un réel outil thérapeutique pour la population étudiée.

L'acquisition de connaissance est un marqueur fort d'apprentissage. Elle reflète l'intérêt commun de cette fiche éducative et de l'impact qu'elle apporte sur la population.

IV.4.3.2. Implication personnelle renforcée

Nous avons par la suite interrogé les patients sur leur implication personnelle. L'objectif était de demander aux patients si le fait de leur expliquer leur prise en charge à l'aide d'un outil thérapeutique renforçait leur implication personnelle dans leur prise en charge. Dans l'idée de mettre le patient au centre de sa prise en charge et de renforcer son implication dans son parcours de soins. Il est possible que la question ait été mal comprise par les participants, car non suffisamment explicite.

Depuis les années 1960, la critique de l'image du patient passif, qui abandonne son corps à la médecine, a émergé, soulignant une asymétrie dans les savoirs entre professionnels de santé et patients. Les malades revendiquent désormais la reconnaissance de leurs savoirs expérientiels et cherchent à devenir des patients acteurs de leurs soins, affirmant leur autonomie face à la maladie. Parallèlement, l'évolution de la société et les progrès médicaux augmentent l'espérance de vie. Cela entraîne une montée des pathologies chroniques, nécessitant que les patients apprennent à gérer leur santé de manière proactive. Les soignants doivent faciliter cette transformation en utilisant des outils comme l'éducation thérapeutique et la coordination des soins, tout en renforçant les liens entre tous les acteurs de la santé. (50,51)

Dans notre étude, l'ONP semble renforcer l'implication du patient dans sa prise en charge. L'étude de 2020 retrouvait un score de satisfaction en moyenne supérieur à 9/10 concernant la délivrance de l'ONP. Les patients étaient satisfaits d'avoir reçu l'ONP et d'avoir acquis des connaissances. Nous pouvons faire le lien entre un patient satisfait de sa prise en charge et donc se sentant plus impliqué dans sa prise en charge. (38)

Une différence a été constatée entre les patients qui ont affirmé avoir mieux compris leur prise en charge après l'ONP et ceux qui se sentaient plus impliqués. Ce résultat est tout à fait cohérent, on peut facilement comprendre que les patients ayant mieux compris leur prise en charge après la délivrance de l'ONP ont été plus sensibilisés par cet outil. Leur implication a donc forcément été renforcée au vu d'un outil qui a été efficace pour eux.

IV.4.4. Vers une multiplication de fiches éducatives à destination des patients

Pour terminer notre questionnaire, nous avons alors demandé aux patients s'ils souhaitaient avoir d'autres fiches éducatives similaires sur différents sujets.

Majoritairement, 133 participants ont répondu souhaiter recevoir d'autres fiches éducatives. Aucune différence significative n'a été retrouvée selon les critères sociodémographiques. Le souhait des patients de vouloir des fiches similaires reflète l'intérêt qu'ils portent pour leur santé et prouve qu'ils sont acteurs de leur santé comme décrit précédemment.

Nous nous sommes intéressés aux sujets qui pourraient intéresser les patients. Nous avons retrouvé une différence significative en fonction des différentes tranches d'âge.

Les 18-39 ans ont principalement choisi les sujets de fiches pédiatriques, maladies sexuellement transmissibles, contraception et traumatisme crânien. Ces choix sont cohérents avec cette tranche d'âge, on peut établir un lien entre les jeunes parents qui souhaitent des fiches pédiatriques, les femmes pour la contraception et possiblement certains hommes pour des informations sur les contraceptions possibles pour eux (ex. : vasectomie). Les MST sont également un choix logique, avec une possibilité de changement de partenaires plus régulier chez cette tranche d'âge et enfin le traumatisme crânien soit pour leurs enfants, pour les patients sportifs (exemple : rugbymen) ou bien pour les accidents de la route.

Ceux âgés entre 40 et 59 ans ont choisi majoritairement les sujets de gastroentérites virales de tabac et de conseils diététiques. Ici aussi, le choix des sujets est cohérent avec l'âge notamment pour les conseils diététiques, qui peut être motivé par une prise de poids chez les patientes entrant dans la ménopause et enfin le tabac qui concerne encore la majeure partie de la population de cette tranche d'âge.

Les patients âgés de 60 ans et plus ont principalement choisi les sujets de pathologies chroniques et de constipation. Comme pour les patients précédents, le choix des sujets est cohérent. Effectivement les pathologies chroniques comme l'hypertension artérielle, le diabète de type 2 ou les dyslipidémies concernent majoritairement les patients de cette tranche d'âge. La constipation est également une pathologie fréquente retrouvée chez les personnes âgées avec un ralentissement de l'efficacité du tube digestif sur la digestion.

Pour terminer nous avons questionné les patients sur le lieu où ils aimeraient retrouver ces fiches éducatives. L'investigatrice avait proposé dans son questionnaire 3 réponses dont « espace santé », « application smartphone dédiée » et « je n'en vois pas l'utilité ». Il était également possible pour les patients d'écrire eux même un lieu souhaité. Il faut également préciser qu'ils avaient la possibilité de cocher plusieurs propositions. « Espace santé » a été coché 67 fois, ce qui signifie que cet espace dédié aux patients est de plus en plus utilisé par la population. Cette tendance est certainement due à la mise en place du DMP, dont l'utilisation est de plus en plus démocratisée. L'application smartphone a été cochée 53 fois, le téléphone portable étant un accessoire qui fait partie intégrante du quotidien des Français. Les smartphones permettent une accessibilité aux informations de manière instantanée. Parmi les participants, 26 ont noté « délivré par le médecin », de la même manière que l'ONP a été délivrée lors de notre étude donc avec des explications orales brèves mais nécessaires sur le document délivré. On peut donc mettre en évidence le rôle pivot que tient le médecin généraliste dans la prise en charge globale du patient.

IV.5. Perspectives

Les résultats de notre étude sur l'ordonnance de non-prescription (ONP) d'antibiotiques mettent en lumière plusieurs perspectives pour optimiser la prise en charge des patients en médecine générale.

IV.5.1. La relation médecin-malade

La qualité de la relation médecin-malade est essentielle pour l'obtention d'un résultat thérapeutique optimal. Fondée sur l'écoute, l'empathie, le respect, l'examen clinique, la clarté et la sincérité du langage, elle vise à établir une relation de confiance. (52)

L'utilisation de l'ONP s'inscrit dans une dynamique de renforcement de la relation médecin-malade. En apportant des explications claires sur la prise en charge des patients, elle permet de renforcer la place du patient au centre de sa prise en charge. Cet outil thérapeutique permet de renforcer la communication et de favoriser un climat de confiance entre le patient et son médecin.

IV.5.2. L'alliance thérapeutique

La confiance établie à l'aide d'une relation médecin-malade de qualité permet de renforcer l'alliance thérapeutique. (52)

L'ONP joue également un rôle dans le renforcement de l'alliance thérapeutique. En expliquant clairement les raisons pour lesquelles un antibiotique n'est pas nécessaire, elle engage le patient dans un processus de décision médicale partagée.

Les compétences du médecin généraliste pour favoriser une prise en charge centrée sur le patient sont essentielles pour renforcer l'alliance thérapeutique. Son rôle inclut, entre autres, l'écoute, le suivi, l'empathie, la prévention et l'éducation qui permettent au patient de mieux comprendre et adhérer aux décisions médicales. En fournissant de manière accessible des choix tels que la non-prescription d'antibiotiques, le médecin favorise une relation de confiance et engage le patient dans une démarche active, contribuant à l'efficacité des soins sur le long terme.

L'utilisation de ces outils thérapeutiques permet de renforcer l'alliance thérapeutique, il serait intéressant d'étudier sur le long terme, le ressenti des patients quant à l'utilisation régulière de ces moyens thérapeutiques.

IV.5.3. Nouvelles technologies

L'ONP pourrait tirer parti des nouvelles technologies. Le développement d'applications mobiles dédiées à la santé pourrait permettre de rendre l'ONP interactive, avec des vidéos explicatives, des conseils personnalisés, et des rappels sur les conduites à tenir.

De plus, la mise à disposition de l'ONP via des portails de santé numériques pourrait favoriser l'adhésion des patients aux recommandations, tout en facilitant l'accès à des informations claires et fiables.

Pour le grand public, des applications de santé permettent aujourd'hui une meilleure gestion de leur parcours de soins avec par exemple des notifications pour leur rappeler leur rendez-vous médical ou la prise d'un médicament.

Mon Espace Santé, accessible via le site de la CPAM (Ameli), s'inscrit dans cette évolution numérique en centralisant toutes les informations médicales du patient. Cette plateforme sécurisée permet un accès rapide aux données de santé, facilitant ainsi le partage d'informations entre professionnels et patients à travers le dossier médical partagée (DMP).

IV.5.4. Mesurer les connaissances des médecins sur l'ONP

Nous avons pu constater que l'ONP ne semblait pas connue des patients et l'hypothèse d'une méconnaissance de cette fiche auprès des médecins généralistes a été soulevée. Bien que la lutte contre l'antibiorésistance soit une priorité de santé publique, les outils d'aide à ce combat pourraient être plus largement diffusés auprès des professionnels de santé.

Il serait intéressant de mener des études afin de faire l'état des lieux de la connaissance de l'ONP auprès des médecins généralistes en France, de quantifier son utilisation et enfin de mesurer si son utilisation aboutit à la réduction de prescription d'antibiotique.

Conclusion

L'ordonnance de non-prescription (ONP) d'antibiotiques, introduite comme outil dans le cadre de la médecine générale, se révèle être une innovation prometteuse face à la problématique de l'antibiorésistance. Ce travail de thèse visait à évaluer la compréhension et l'acceptation de cet outil par les patients, ainsi que son potentiel en tant que support d'éducation thérapeutique. Les résultats obtenus, basés sur une enquête menée auprès de 153 patients, ont montré que l'ONP est bien perçue et comprise par la majorité des participants. Ce document permet de dissiper les malentendus courants sur la nécessité d'une antibiothérapie, en particulier dans le cadre des infections virales.

L'étude a mis en lumière l'utilité de l'ONP, non seulement pour expliquer l'absence de prescription d'antibiotiques, mais aussi pour fournir des informations claires sur la pathologie, la durée des symptômes et les signes à surveiller. L'éducation thérapeutique est ainsi renforcée, et la majorité des patients interrogés ont exprimé un intérêt pour recevoir des documents éducatifs supplémentaires sur d'autres pathologies. Ce besoin d'information souligne la pertinence d'outils pédagogiques comme l'ONP dans l'amélioration de la relation médecin-patient, renforçant ainsi l'alliance thérapeutique.

Au-delà de l'aspect éducatif, l'ONP contribue à répondre à un enjeu majeur de santé publique : la réduction de la prescription inappropriée d'antibiotiques. L'étude a montré que les patients, lorsqu'ils sont bien informés, sont moins enclins à demander des antibiotiques pour des infections d'origine virale. L'intégration de l'ONP dans la pratique médicale quotidienne pourrait ainsi permettre de diminuer la pression exercée sur les médecins pour la prescription d'antibiotiques, tout en sensibilisant les patients à l'importance d'un usage raisonné de ces médicaments.

Cependant, certaines limites de l'étude doivent être soulignées, notamment les biais de sélection liés à la population volontaire et l'absence de suivi à long terme pour évaluer l'impact durable de l'ONP. Malgré ces limites, les résultats obtenus ouvrent la voie à de futures recherches pour approfondir l'efficacité de l'ONP, notamment en mesurant ses effets sur la modification des pratiques des médecins.

En conclusion, l'ordonnance de non-prescription apparaît comme un outil efficace, compréhensible et utile pour l'éducation des patients en médecine générale. Son déploiement plus large pourrait non seulement aider à limiter le mésusage des antibiotiques, mais également améliorer la prise en charge des patients, tout en renforçant l'adhésion aux recommandations médicales. L'ONP pourrait ainsi devenir un pilier incontournable dans la lutte contre l'antibiorésistance et la promotion d'une relation de confiance entre le médecin et le patient.

Références bibliographiques

1. Ait-Mouhoub SE. L'automédication aux antibiotiques en médecine générale: étude quantitative auprès de patients [Thèse d'exercice : Médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2015.
2. Demirdjian H. CultureSciences-Chimie. 2006 [cité 11 juin 2024]. La pénicilline I - Découverte d'un antibiotique. Disponible sur: <https://culturesciences.chimie.ens.fr/thematiques/chimie-organique/chimie-pharmaceutique/la-penicilline-i-decouverte-d-un-antibiotique>
3. La lettre de l'institut Pasteur [Internet]. 2014 [cité 12 juin 2024]. Antibiotiques : quand les bactéries font de la résistance. Disponible sur: https://www.pasteur.fr/sites/default/files/rubrique_nous_soutenir/lip/lip85-resistance_aux_antibiotiques-institut-pasteur.pdf
4. Ministère de la santé et de l'accès aux soins [Internet]. 2023 [cité 17 juin 2024]. Les antibiotiques sauvent des vies. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preserver/des-antibiotiques-a-l-antibioresistance/article/les-antibiotiques-sauvent-des-vies>
5. Gauzit R. VIDAL. 2021 [cité 15 sept 2024]. Les nouveaux antibiotiques ciblant les bactéries multirésistantes. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/27387-les-nouveaux-antibiotiques-ciblant-les-bacteries-multiresistantes.html>
6. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet Lond Engl*. 12 févr 2005;365(9459):579-87.
7. Assemblée Nationale [Internet]. 2024 [cité 31 mai 2024]. N° 848 - Rapport d'information de Mme Catherine Lemorton sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P380_57549
8. Amar E, Pereira C, Delbosc A. DREES. 2005 [cité 17 juin 2024]. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-prescriptions-des-medecins-generalistes-et-leurs-determinants>
9. Gimbert V, Chauffaut D. France Stratégie. 2014 [cité 14 juin 2024]. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? Disponible sur: <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/2014-03-04-Medicaments-Usages2.pdf>
10. Pichetti S, Sermet C. Le médicament aujourd'hui. *ADSP*. 2016;(97):17-22.
11. ANSM [Internet]. 2023 [cité 4 juin 2024]. L'ANSM publie un rapport sur la consommation des antibiotiques entre 2000 et 2020. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-publie-un-rapport-sur-la-consommation-des-antibiotiques-entre-2000-et-2020>

12. Maugat S, Berger Carbonne A, Colomb Cotinat M, Dumartin C, Pefau M, Coignard B, et al. Santé Publique France. 2019 [cité 4 juin 2024]. Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : soyons concernés, soyons responsables ! Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/consommation-d-antibiotiques-et-resistance-aux-antibiotiques-en-france-soyons-concernes-soyons-responsables>
13. ameli [Internet]. 2023 [cité 4 juin 2024]. La reprise de la consommation d'antibiotiques en ville se confirme en 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-vienne/medecin/actualites/la-reprise-de-la-consommation-d-antibiotiques-en-ville-se-confirme-en-2022>
14. WHO [Internet]. 2023 [cité 24 août 2024]. Antimicrobial resistance. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
15. Warembourg M. Évaluation de l'observance aux médicaments anti-infectieux chez les patients pédiatriques hospitalisés au CHU de Nîmes après retour à domicile [Thèse d'exercice : Pharmacie]. Université d'Aix-Marseille. Faculté de Pharmacie; 2018.
16. Jehl F, Twizeyimana E. Sensibilité des bactéries aux antibiotiques: les CMI sont complémentaires de l'antibiogramme. Rev Francoph Lab. 1 nov 2015;2015(476):47-61.
17. Shalini S. Lynch. Le Manuel MSD Version pour les professionnels. 2022 [cité 24 août 2024]. Observance du protocole médicamenteux. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pharmacologie-clinique/facteurs-affectant-la-reponse-aux-medicaments/observance-du-protocole-medicamenteux>
18. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ? [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Versailles Saint-Quentin; 2012.
19. Bony M. Etude de l'observance d'une antibiothérapie en médecine générale à Angers [Thèse d'exercice : Médecine]. Université d'Angers; 2018.
20. European Antibiotic Awareness Day [Internet]. 2021 [cité 24 août 2024]. Messages clés destinés au grand public : Automédication par les antibiotiques. Disponible sur: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Key-messages-for-the-general-public-FR.pdf>
21. Santé pratique Paris [Internet]. 2023 [cité 24 août 2024]. Antibiotiques, halte à la surconsommation. Disponible sur: <https://sante-pratique-paris.fr/sante-publique-dossier/antibiotiques-halte-a-la-surconsommation/>
22. Santé pratique Paris [Internet]. 2023 [cité 24 août 2024]. Mieux utiliser les antibiotiques pour les rendre plus efficaces. Disponible sur: <https://sante-pratique-paris.fr/medicament/antibiotiques-mieux-les-utiliser-pour-les-rendre-plus-efficaces/>
23. Ventola CL. The Antibiotic Resistance Crisis. Pharm Ther. 2015;40(4):277-83.
24. France Assos Santé [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Angine : des prescriptions d'antibiotiques qui passent mal. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2018/11/13/angine-des-prescriptions-dantibiotiques-qui-passent-mal/>

25. HAS [Internet]. 2014 [cité 24 août 2024]. Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf
26. Lemenand O, Thibaut S, Coëffic T, Caillon J, Birgand G. Résistance aux céphalosporines de 3e génération, aux carbapénèmes et aux fluoroquinolones des isolats urinaires de *Escherichia coli* en soins de ville : tendances 2017-2021 en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(22-23):458-64.
27. Ministère de la santé et de l'accès aux soins [Internet]. 2024 [cité 24 août 2024]. L'antibiorésistance : pourquoi est-ce si grave ? Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preserver/des-antibiotiques-a-l-antibioresistance/article/l-antibioresistance-pourquoi-est-ce-si-grave>
28. WHO [Internet]. 2020 [cité 31 mai 2024]. Résistance aux antibiotiques. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>
29. Institut Pasteur [Internet]. 2023 [cité 15 sept 2024]. L'antibiorésistance, ou comment les bactéries deviennent résistantes. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/actualites/antibioresistance-ou-comment-bacteries-deviennent-resistantes>
30. Cardot Martin E, Dumitrescu O, Lesprit P. Planet-Vie. 2019 [cité 12 juin 2024]. La résistance aux antibiotiques. Disponible sur: <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/microbiologie/bacteriologie/la-resistance-aux-antibiotiques>
31. Institut Pasteur [Internet]. 2017 [cité 7 juin 2024]. Résistance aux antibiotiques. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/resistance-aux-antibiotiques>
32. Lopez-Vazquez P, Vazquez-Lago JM, Figueiras A. Misprescription of antibiotics in primary care: a critical systematic review of its determinants. *J Eval Clin Pract.* 2012;18(2):473-84.
33. ameli [Internet]. 2023 [cité 31 août 2024]. Antibiorésistance : comment mieux utiliser les antibiotiques ? Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/sante/medicaments/comprendre-les-differents-medicaments/antibioresistance>
34. HAS [Internet]. 2024 [cité 31 août 2024]. Lutte contre l'antibiorésistance : choix et durée de prescription des antibiotiques dans les infections bactériennes courantes. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3283973/fr/lutte-contre-l-antibioresistance-choix-et-duree-de-prescription-des-antibiotiques-dans-les-infections-bacteriennes-courantes
35. Ministère de la santé et de l'accès aux soins [Internet]. 2024 [cité 31 août 2024]. Lutte et prévention en France. Disponible sur: <https://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>
36. HAS [Internet]. 2021 [cité 15 sept 2024]. Choix et durées d'antibiothérapies préconisées dans les infections bactériennes courantes. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3278764/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapies-preconisees-dans-les-infections-bacteriennes-courantes

37. ARS Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. 2023 [cité 31 août 2024]. Lutte contre l'antibiorésistance. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/lutte-contre-lantibioresistance-2>
38. Morisset O. Impact et acceptabilité de l'ordonnance de non prescription d'antibiotique auprès des patients [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Caen Normandie; 2020.
39. Claude G. Scribbr. 2019 [cité 8 oct 2024]. Étude qualitative et quantitative : définitions et différences. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative-et-quantitative/>
40. De Saint Pol T, Bouchardon M. DREES. 2013 [cité 6 oct 2024]. Le temps consacré aux activités parentales. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er841.pdf>
41. SurveyRock [Internet]. 2015 [cité 14 oct 2024]. Différences entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête. Disponible sur: <http://www.surveyyrock.com/blog/fr/differences-entre-les-repondants-hommes-et-femmes-survey/>
42. Insee [Internet]. 2024 [cité 5 oct 2024]. Dossier complet – Département de la Creuse (23). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-23>
43. Insee [Internet]. 2024 [cité 5 oct 2024]. Dossier complet – Département de la Haute-Vienne (87). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-87>
44. Unapei [Internet]. [cité 11 oct 2024]. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre. Disponible sur: <https://www.unapei.org/publication/linformation-pour-tous-regles-europeennes-pour-une-information-facile-a-lire-et-a-comprendre/>
45. ANSM [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Etude de la prescription et de la consommation des antibiotiques en ambulatoire. Disponible sur: https://archive.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/e9456a84ac84d7bf9aa8beb37cfada46.pdf
46. CODES Alpes-Maritimes [Internet]. 2023 [cité 14 oct 2024]. Zoé peut vous le confirmer, les antibiotiques, ça ne marche pas contre sa bronchite. Disponible sur: <https://www.codes06.org/centre-documentaire/centre-documentaire/zoe-peut-vous-le-confirmer-les-antibiotiques-ca-ne-marche-pas-contre-sa-bronchite>
47. Santé publique France [Internet]. 2024 [cité 11 oct 2024]. Des inégalités de santé persistantes entre les femmes et les hommes. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/des-inegalites-de-sante-persistantes-entre-les-femmes-et-les-hommes>
48. Insee [Internet]. 2022 [cité 11 oct 2024]. Femmes et hommes, l'égalité en question. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805>
49. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique : comment s'y former? Revue de la littérature [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Bordeaux; 2018.
50. Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Occelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative

de la littérature entre sciences sociales et santé publique. Santé Publique. 27 mars 2018;30(1):73-81.

51. Raymond G. Le patient acteur de sa santé. Bull Académie Natl Médecine. nov 2013;197(8):1545-6.
52. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. Rapport 21-09. La relation médecin-malade Physician-Patient Relationship. Bull Acad Natl Med. 2021;205(8):857-66.

Annexes

Annexe 1. Prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville	85
Annexe 2. Fiche synthétique antibiothérapie infections urinaires de la femme (HAS)	86
Annexe 3. Ordonnance de non-prescription	87
Annexe 4. Questionnaire	88
Annexe 5. Campagne de sensibilisation sur l'inefficacité des antibiotiques sur les bronchites	91

Annexe 1. Prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville

LES ANTIBIOTIQUES

bien soigner, c'est d'abord
bien les utiliser



Prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville : reprise confirmée en 2022

Source : Rapport « Consommations d'antibiotiques en secteur de ville en France, 2012-2022 »

La reprise des prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville se confirme en 2022 (+16,6% par rapport à 2021). Le nombre de prescriptions a augmenté en 2022 à un rythme **plus soutenu qu'en 2021**. Il reste cependant inférieur à celui de 2019.

Cette reprise concerne toutes les classes d'âges, en particulier les enfants de moins de 15 ans. Pour les enfants de 0-4 ans, le nombre de prescriptions en 2022 est supérieur à celui de 2019.

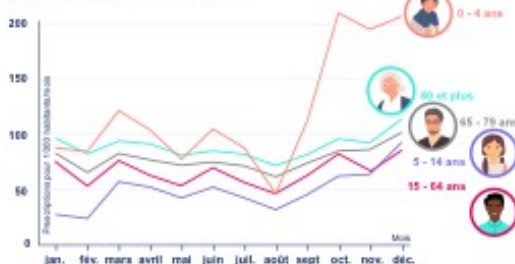
La reprise des prescriptions a été **particulièrement importante chez les enfants et en fin d'année 2022** (en lien avec les épidémies d'infections hivernales courantes). Pourtant, les infections hivernales **courantes justifient rarement** une prescription d'antibiotiques.

Prescriptions d'antibiotiques de 2012 à 2022
pour 1 000 habitants et par an



Sources : Données SNDS, Analyse Santé publique France

Prescriptions d'antibiotiques en 2022
par mois et par classe d'âges



La France reste l'un des pays les plus consommateurs d'antibiotiques en Europe (4^e rang depuis 2018).

Toutes les spécialités médicales en secteur de ville ont été concernées par la reprise des prescriptions.

En 2022, 75,5% des prescriptions ont été effectuées par des généralistes, 12,3% par des dentistes et 0,9% par des pédiatres.

Prescriptions d'antibiotiques par 3 spécialités médicales entre 2012 et 2022



Sources : Données SNDS, Analyse Santé publique France

La reprise des prescriptions (de 2022 à 2021) concerne particulièrement l'amoxicilline : +22 %

De façon plus préoccupante, elle concerne aussi :

- l'association amoxicilline + acide clavulanique : +17,8 %
- les céphalosporines : +21,4 %

Ceci doit susciter une attention particulière car ces deux antibiotiques sont fortement générateurs de résistances et leur prescription est à restreindre.

+ d'infos pour adapter vos prescriptions d'antibiotiques : antibioclic.com

Annexe 2. Fiche synthétique antibiothérapie infections urinaires de la femme (HAS)

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHÈSE

Choix et durées d'antibiothérapie préconisées dans les infections bactériennes courantes

Validée par le Collège le 15 juillet 2021

Mise à jour août 2024

Cette fiche de synthèse mentionne l'antibiothérapie de 1^{ère} intention et sa durée préconisée dans les infections bactériennes courantes de ville.

- Infections urinaires de la femme
- Infections ORL de l'enfant et de l'adulte
- Infections bactériennes cutanées
- Infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte
- Diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée
- Urétrites et cervicites non compliquées
- Infections respiratoires basses [2024] : Coqueluche, Exacerbation de BPCO (EABPCO)

Des fiches détaillées et complètes par infection bactérienne sont disponibles sur www.has-sante.fr

Infections urinaires de la femme

Cystite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication)	
fosfomycine-trométamol	Prise unique
Cystite aiguë à risque de complications (au moins 1 facteur de risque)	
Traitement probabiliste (adaptation secondaire systématique à l'antibiogramme) nitrofurantoïne ¹	7 jours
Traitement adapté à l'antibiogramme amoxicilline	7 jours
Cystite aiguë récidivante (au moins 4 épisodes pendant une période de 12 mois)	
Le traitement curatif d'un épisode de cystite récidivante est celui d'une cystite	
Antibioprophylaxie si au moins 1 épisode par mois fosfomycine-trométamol	Prise unique : • tous les 7 jours au maximum • dans les 2 heures avant ou après le rapport sexuel si cystites post-coïtales
OU triméthoprim	• 150 mg par jour (1 fois par jour maximum, au coucher) • dans les 2 heures avant ou après le rapport sexuel si cystites post-coïtales
Colonisation urinaire de la femme enceinte	
Pas de traitement probabiliste, traitement d'emblée adapté à l'antibiogramme amoxicilline	7 jours
Cystite aiguë de la femme enceinte	
Traitement probabiliste fosfomycine-trométamol	Prise unique
En cas d'échec ou de résistance amoxicilline	7 jours

1. Nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs

Annexe 3. Ordonnance de non-prescription

Infection virale : comment vous soigner ?

LES ANTIBIOTIQUES
bien se soigner, c'est d'abord
bien les utiliser

DATE : / /

NOM DU PATIENT :

CACHET MÉDECIN

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

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

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

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

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

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

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

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

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

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

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

Annexe 4. Questionnaire

Bonjour, je suis médecin interne en 3^{ème} année de médecine générale. Je réalise une enquête dans le cadre de ma thèse sur l'utilité et l'acceptabilité de la fiche de non-prescription de la CPAM délivrée dans le cadre d'infection virale.

Cela consiste à répondre à un questionnaire **anonyme** et **rapide** (< 3 minutes) après notre consultation. Vous pourrez déposer ce questionnaire dans l'urne scellée. Votre médecin généraliste n'aura pas accès à vos réponses.

Je vous remercie d'avance pour votre aide précieuse et le temps que vous accorderez à remplir ce questionnaire. Je vous souhaite une bonne journée, et surtout un bon rétablissement.

Rebecca Bessoles.

- 1) Êtes-vous : ☐ une femme ☐ un homme

- 2) Je consulte : ☐ pour moi ☐ pour mon enfant âgé de : _ _ _ _ _

- 3) Quel âge avez-vous ? _ _ _ _ _

- 4) Quelle est votre situation professionnelle ?
 - ☐ Agriculteur, exploitant
 - ☐ Artisan / Commerçant / Chef d'entreprise
 - ☐ Cadre
 - ☐ Profession de l'enseignement / de la santé / de la fonction publique
 - ☐ Employé
 - ☐ Ouvrier
 - ☐ Sans activité professionnelle
 - ☐ Étudiant
 - ☐ Retraité
 - ☐ Autres : _ _ _ _ _

- 5) Quel est le diagnostic posé par votre médecin ?
 - ☐ Rhinopharyngite ☐ Grippe ☐ Angine
 - ☐ Bronchite ☐ Otite
 - ☐ Je ne sais pas ☐ Je ne souhaite pas répondre

- 6) En consultant votre médecin généraliste, pensiez-vous avoir une prescription d'antibiotique pour soigner votre infection (ou celle de votre enfant) ?
 - ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourquoi ? _____

7) Le document que je viens de vous remettre vous semble-t-il facile à comprendre ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je connaissais déjà ce document

8) Ce document vous a-t-il été utile ?

☐ Oui ☐ Non

9) Après avoir pris connaissance du document avez-vous mieux compris pourquoi vous (ou votre enfant) n'avez pas été traité par antibiotique ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne pensais pas avoir besoin d'un antibiotique

Si non, pourquoi ? _____

10) Connaissiez-vous la **différence de traitement** entre une infection causée par un **virus** et celle causée par une **bactérie** avant d'avoir pris connaissance du document ?

☐ Oui ☐ Non ☐ La fiche m'a aidée dans cette compréhension

11) Les informations sur les symptômes et leur durée vous semblent-elles importantes pour la compréhension de la prise en charge de votre infection virale ?

☐ Oui ☐ Non

12) Pensez-vous avoir acquis des connaissances sur votre pathologie grâce à ce document ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Il manque des éléments, précisez : _____

13) Vous sentez-vous plus impliqué(e) dans la prise en charge de votre infection (ou celle de votre enfant) grâce à ce document ?

☐ Oui ☐ Non

14) Aimerez-vous avoir des fiches informatives similaires pour d'autres pathologies ?

☐ Oui ☐ Non

15) Si oui, pour quel sujet :

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Contraception | ☐ Conseils diététiques | ☐ Traumatisme crânien |
| ☐ Constipation | ☐ Gastro-entérite | ☐ Tabac |
| ☐ Fiches pédiatriques (bronchiolite, diversification alimentaires etc...) | | |
| ☐ Pathologies chroniques (diabète, HTA, dyslipidémie etc...) | | |
| ☐ Dépistage des maladies sexuellement transmissibles | | |

☐ Autres : _____

16) Où aimeriez-vous retrouver ces fiches informatives ?

☐ Sur votre espace santé

☐ Sur une application smartphone dédiée

☐ Je n'en vois pas l'utilité

☐ Autres : _____

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

Rebecca Bessoles

Annexe 5. Campagne de sensibilisation sur l'inefficacité des antibiotiques sur les bronchites



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Santé
publique**
France

Zoé peut vous le confirmer, les antibiotiques, ça ne marche pas contre sa bronchite.



Les antibiotiques ne soignent pas les maladies virales comme la bronchite. Seul votre médecin peut vous dire s'ils sont nécessaires.

LES ANTIBIOTIQUES
bien se soigner, c'est d'abord
bien les utiliser



**l'Assurance
Maladie**

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.

L'ordonnance de non-prescription d'antibiotique, un outil utile, compréhensible et facilitant l'éducation thérapeutique des patients en médecine générale ?

Introduction : La surconsommation et le mésusage des antibiotiques contribuent à l'augmentation de l'antibiorésistance, enjeu majeur de santé publique. En France, malgré les campagnes de sensibilisation, la prescription d'antibiotiques reste élevée. L'ordonnance de non-prescription (ONP) vise à réduire l'utilisation des antibiotiques tout en sensibilisant les patients à la prise en charge d'infections virales.

Matériel et méthode : L'objectif principal est d'évaluer la compréhension, l'utilité et l'intérêt de l'ONP comme outil thérapeutique. Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive à l'aide de questionnaires anonymes auprès de patients de Haute-Vienne et de Creuse. Le recueil a été réalisé dans trois cabinets de médecine générale de Novembre 2023 à Mars 2024.

Résultats : Sur 153 patients 98,7% ont rapporté avoir trouvé l'ONP facilement compréhensible et 92,8% ont estimé que celle-ci était un outil utile. Par ailleurs, 86,9 % des participants ont déclaré mieux comprendre leur prise en charge après réception de l'ONP. Enfin, 78 % des patients ont exprimé le souhait de recevoir d'autres fiches d'éducation à la santé pour différentes pathologies courantes.

Conclusion : L'ONP apparaît comme un outil thérapeutique efficace permettant d'améliorer la compréhension des patients concernant la prise en charge des infections virales et de diminuer le mésusage d'antibiotique. Elle renforce l'alliance thérapeutique et permet une éducation à la santé des patients.

Mots-clés : antibiotiques, ordonnance de non-prescription, infections virales, éducation thérapeutique, médecine générale

The non-prescription antibiotic note: A useful, understandable tool facilitating therapeutic education of patients in general medicine?

Introduction: The overuse and misuse of antibiotics contribute to the rise of antibiotic resistance, a major public health issue. In France, despite awareness campaigns, antibiotic prescription rates remain high. The non-prescription note (NPN) aims to reduce antibiotic use while raising patient awareness about the management of viral infections.

Material and method: The primary objective is to evaluate the understanding, usefulness, and relevance of NPN as a therapeutic tool. We conducted a descriptive quantitative study using anonymous questionnaires with patients in Haute-Vienne and Creuse. Data collection took place in three general medical practices between November 2023 and March 2024.

Results: Out of 153 patients, 98,7% reported that the NPN was easy to understand, and 92,9% found it be a useful tool. Additionally, 86,9% of participants started that they had a better understanding of their treatment after receiving the NPN. Finally, 78% of patients expressed an interest in receiving other health education materials for common pathologies.

Conclusion: The NPN appears to be an effective therapeutic tool that improves patient understanding of the management of viral infections and reduces the misuse of antibiotics. It strengthens the therapeutic relationship and provides patients with health education.

Keywords: antibiotics, non-prescription note, viral infections, therapeutic education, general medicine

