

Réactions des médecins visités par rapport à la campagne de Santé Publique « Antibios quand il faut »

**Etude qualitative par focus groups
organisée par le Gepie**

Rapport descriptif et interprétatif

Juillet 2006

**Pia Touboul ¹, Aline Le Clainche ¹, Chantal Patuano ², Pascale Bruno ¹,
Brigitte Dunais ¹, Philippe Hofliger ³, Pierre Dellamonica ⁴, Christian Pradier ¹**

pour le Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant (Gepie).

**Département de Santé Publique, Hôpital de l'Archet, CHU de Nice ¹
Comité Départemental d'Education pour la Santé des Alpes Maritimes ²
Collège Azuréen des Généralistes Enseignants ³
Service d'Infectiologie, Hôpital de l'Archet, CHU de Nice ⁴**

SOMMAIRE

Résumé	2
1. Introduction	4
2. Méthode et matériel	4
2.1 Echantillon	5
2.2 Scénario	5
2.3 Organisation	6
3. Résultats	7
3.1 Résultats qualitatifs : Caractéristiques de l'échantillon et taux de participation	7
3.1.1 Médecins généralistes	7
3.1.2 Pédiatres	9
3.2 <u>Analyse qualitative</u>	9
3.2.1 :1 ^{ère} partie : En tant que médecin visité comment avez-vous vécu la campagne Gepie ?	10
3.2.1.1 Comment avez-vous vécu la méthode des visites confraternelles ?	10
3.2.1.2 Quelles sont vos expériences par rapport aux documents destinés au médecin et plus particulièrement par rapport aux recommandations?	12
3.2.1.3. Quelles sont vos expériences par rapport aux documents destinés aux parents ?	13
3.2.1.4. Quelles sont vos expériences par rapport aux affiches pour le cabinet médical?	14
3.2.2. 2 ^{ème} partie : Vos réactions en tant que médecin traitant : Comment se passe aujourd'hui dans votre pratique la prise en charge d'une infection présumée virale chez l'enfant ?	14
3.2.2.1 Différents facteurs déterminant la prescription d'antibiotiques en France aujourd'hui	14
3.2.2.2 Différentes stratégies utilisées aujourd'hui spontanément par les médecins pour ne pas prescrire d'antibiotiques d'emblée	17
3.2.3 3 ^{ème} partie : Bilan et perspectives de la campagne	21
3.2.3.1 Bilan de la campagne	21
Comment les médecins se sont sentis aidés dans leur pratique ? Mécanisme d'implémentation	21
Les limites de la méthode	24
3.2.3.2 Perspectives : Besoins des médecins et outils complémentaires proposés pour permettre le maintien des effets positifs de la campagne	24
4. Discussion	34
5. Conclusion	40
Annexes	42
Références	45

Résumé

Contexte : Le problème d'utilisation inapproprié d'antibiotiques est particulièrement important en France, en particulier parmi les médecins généralistes et pédiatres libéraux. Une campagne locale de Santé Publique « Antibios quand il faut » a été mise en place dans les Alpes Maritimes depuis 2000 par le groupe de travail pluridisciplinaire le Gepie (Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant), utilisant la méthode de visites confraternelles. Peu d'études qualitatives ont été réalisées après de telles campagnes.

Objectives : Les objectifs de cette étude étaient d'une part de préciser les réactions des médecins visités par rapport à la campagne « Antibios quand il faut » et les influences de celle-ci sur la prise en charge par les médecins des infections des voies respiratoires supérieures bénignes de l'enfant et d'autre part d'identifier comment la campagne a été utile, les obstacles qui persistent, les outils nécessaires pour y remédier et pour maintenir les effets positifs déjà obtenus.

Méthode : La méthode retenue a été la réalisation de focus groups, méthode de recherche qualitative par discussion semi structurée de groupes, menés jusqu'à obtention de saturation d'idées. La dynamique de groupe de cette technique par rapport aux autres méthodes qualitatives semblait importante, pour réaliser une évaluation formative de cette campagne de santé publique et pour approfondir la compréhension de son processus d'implémentation.

Les médecins généralistes et les pédiatres ayant reçu deux visites confraternelles ont constitué la base de l'échantillon, qui a inclus des médecins de différents secteurs géographiques, visités par tous les différents visiteurs. Les médecins ayant travaillé pour le Gepie (comité de pilotage, élaboration de recommandations) ont été exclus, car considérés trop proches du projet et donc moins objectifs. Les quelques médecins (n=4) déclarant lors du contact téléphonique n'avoir gardé aucun souvenir de la campagne ont été exclus, à cause de la difficulté qu'ils pourraient ressentir à participer aux discussions. Par contre les médecins n'ayant gardé qu'un souvenir très vague ont été inclus. Pour ne pas entraver le libre échange d'idées, des groupes séparés de médecins généralistes et de pédiatres ont été organisés. Pour des raisons de faisabilité, les groupes étaient mixtes de point de vue du sexe et de l'âge.

Méthode de recrutement : Les médecins ont été contactés par téléphone pendant leurs horaires de consultation, selon un scénario téléphonique préétabli. 10 à 12 médecins ont été contactés pour chaque groupe afin de s'assurer d'une participation minimale de 4-6 médecins. Chaque médecin acceptant la participation a reçu une lettre de confirmation une semaine après le contact téléphonique, ainsi qu'un rappel téléphonique 48 heures avant la date prévue.

Les discussions étaient enregistrées puis transcrites fidèlement avant d'être analysées indépendamment par deux personnes (un généraliste et un sociologue) suivant les méthodes d'analyse qualitative du contenu, à l'aide d'un logiciel Word.

Résultats quantitatifs : En tout, 44 praticiens ont participé dans 5 Focus Groups avec 9 -10 participants, dont 3 avec des médecins généralistes et 2 avec des pédiatres. Le taux de participation était de 32 % pour les médecins généralistes et 35 % pour les pédiatres. La raison principale pour refuser la participation était le manque de temps. L'âge des participants était compris entre 38 et 61 ans et l'expérience en médecin libérale entre 5 et 30 ans.

Résultats qualitatifs : Ce travail a permis de confirmer que le concept et les principes, selon lesquels cette campagne a été organisée, véhiculé par les visites confraternelles, ont été très bien perçus par les médecins visités, validant ainsi cette méthode. Ceci avait également été ressenti par les médecins visiteurs.

Ce travail a aussi permis d'approfondir la compréhension du mécanisme d'implémentation de telles campagnes : Ainsi, les médecins se sont sentis aidés par la campagne surtout par le soutien officiel dans leur prescription approprié des antibiotiques, soutien d'autant plus utile qu'il résulte d'une action coordonnée de tous les partenaires de la communauté médicale débouchant sur un consensus des messages. D'autre part la campagne Gepie, notamment le principe même des visites confraternelles qui favorise des échanges privilégiés de face à face, a permis non seulement une prise de conscience individuelle chez les médecins visités de la nécessité d'un changement de comportement face à cette problématique, mais aussi de rompre l'isolement dû à la pratique libérale. Ces facteurs sont davantage cités dans les focus groups que l'apport de connaissances, et ont facilité la négociation thérapeutique avec le patient.

De nombreux facteurs influençant la prescription d'antibiotiques ont été cités par les médecins participants ainsi que leurs stratégies utilisées dans leur pratique quotidienne pour faire face à la pression résultant de ces facteurs. Les stratégies le plus souvent citées étaient aussi celles conseillés par la campagne Gepie.

Pour maintenir les effets positifs de la campagne, les médecins citent plusieurs outils pour compléter ceux déjà utilisés dans la campagne, certains sont déjà en cours de mise en place par le groupe Gepie.

Conclusion et perspectives : Une étude qualitative finale peut contribuer à approfondir la compréhension du processus d'implémentation d'une campagne de santé publique, permettant de s'appuyer sur ces données pour organiser de futures campagnes de santé publique. Dans le cas précis de la campagne Gepie, cette étude permettra d'adapter la suite de la campagne aux problèmes du terrain suivant les besoins exprimés par les médecins lors des focus groups, afin de maintenir ses effets positifs.

La complexité et la multiplicité des facteurs influençant les prescriptions d'antibiotiques mis en évidence dans cette étude sont en faveur de campagnes multi stratégiques avec une prise en charge globale du problème auprès de l'ensemble des acteurs concernés. On peut penser que c'est la conjugaison des différents facteurs qui fait l'efficacité de la campagne. Elle est perçue comme une initiative qui doit se pérenniser pour être efficace à long terme et s'étendre et évoluer vers d'autres actions.

« Réactions par rapport à la campagne de Santé Publique Antibios quand il faut », une étude qualitative par focus groups organisée par le Gepie en 2004-5. Rapport descriptif et interprétatif.

Pia Touboul ¹, Aline Le Clainche ¹, Chantal Patuano ², Pascale Bruno ¹,
Brigitte Dunais ¹, Philippe Hofliger ³, Christian Pradier ¹, Pierre Dellamonica ⁴
pour le Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant (Gepie),

Département de Santé Publique, Hôpital de l'Archet, CHU de Nice ¹
Comité Départemental d'Education pour la Santé des Alpes Maritimes ²
Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nice ³
Service d'Infectiologie, Hôpital de l'Archet, CHU de Nice ⁴

1. Introduction

Le problème de la prescription inappropriée d'antibiotiques est particulièrement important en France ¹, surtout en ce qui concerne les pathologies respiratoires de l'enfant en médecine libérale ^{2 3}. La corrélation entre consommation antibiotique et résistance bactérienne est largement démontrée ⁴. Le Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant (Gepie), groupe de travail multidisciplinaire a mis en place une campagne de santé publique pilote « Antibios quand il faut » dans les Alpes Maritimes depuis 2000 pour promouvoir la prescription prudente des antibiotiques chez l'enfant ⁵.

Après un état des lieux ⁶ l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres libéraux du département ont reçu des visites confraternelles (visites de pairs) par des pairs spécialement formés en 2000-2001 et en 2003, selon des principes de communication spécifiques ^{7 8}. Cette méthode a été choisie pour son efficacité, concernant des changements de pratique, et mise en évidence dans plusieurs études internationales^{9 10 11 12 13 14}. Le support de discussion utilisé lors de ces visites comportait, en plus de recommandations pour les pathologies respiratoires courantes, des données épidémiologiques, des conseils pour la pratique, ainsi que des résultats de la campagne en 2003 ^{15 16}. Des dépliants destinés à servir de base de discussion avec les parents ¹⁵ étaient remis aux praticiens et diffusés également par ailleurs (PMI, pharmacies, crèches, carnets de santé). Une enquête d'évaluation comportant une enquête de satisfaction ainsi qu'une enquête de pratique a été réalisée un an après les premières visites confraternelles ¹⁷.

Très peu d'études qualitatives ont été réalisées après de telles campagnes.

Les objectifs de cette étude étaient d'une part de préciser les réactions des médecins visités par rapport à cette campagne « Antibios quand il faut » et les influences de celle-ci sur la prise en charge par les médecins des infections des voies respiratoires supérieures bénignes de l'enfant et d'autre part d'identifier comment la campagne a été utile, les obstacles qui persistent, les outils nécessaires pour y remédier et pour maintenir les effets positifs déjà obtenus.

2. Méthode et matériel

La méthode retenue a été la réalisation de focus groups, méthode de recherche qualitative par discussion semi structurée autour d'un sujet précis suivant un scénario préétabli en petits groupes homogènes et successifs jusqu'à obtention de saturation d'idées ¹⁸.

La dynamique de groupe de cette technique par rapport aux autres méthodes qualitatives semblait importante, pour réaliser une évaluation formative de cette

campagne de santé publique et pour approfondir la compréhension de son processus d'implémentation.

2.1 Echantillon

Les médecins généralistes et les pédiatres ayant reçu deux visites confraternelles ont constitué la base de l'échantillon. Les médecins ayant travaillé pour le Gepie (comité de pilotage, élaboration de recommandations) ont été exclus, même s'ils avaient été visités 2 fois, car considérés trop proches du projet et donc moins objectifs. Les quelques médecins (n=4) déclarant lors du contact téléphonique n'avoir gardé aucun souvenir de la campagne ont été exclus également, à cause de la difficulté qu'ils pourraient ressentir à participer aux discussions. Par contre, les médecins n'ayant gardé qu'un souvenir très vague ont été inclus. Pour ne pas entraver le libre échange d'idées, des groupes séparés de médecins généralistes et de pédiatres ont été organisés. Pour des raisons de faisabilité, les groupes étaient mixtes de point de vue du sexe et de l'âge.

Méthode de recrutement : Les médecins ont été contactés par téléphone pendant leurs horaires de consultation, selon un scénario téléphonique préétabli. 10 à 12 médecins ont été contactés pour chaque groupe afin de s'assurer d'une participation minimale de 4-6 médecins. Chaque médecin acceptant la participation a reçu une lettre de confirmation une semaine après le contact téléphonique, ainsi qu'un rappel téléphonique 48 heures avant la date prévue.

2.1.1 Médecins Généralistes

777 MG dont 27 % de femmes avaient reçu les 2 visites confraternelles. Ils ont été regroupés par visiteur ce qui implique de ce fait par secteur géographique. 156 médecins ont été tirés au sort par un pas de sondage (1/5) permettant ainsi d'avoir une représentation de MG ayant été visités par l'ensemble des visiteurs, venant de secteurs géographiques et quartiers (pour les villes) différents, ces deux facteurs étant les seuls à avoir une influence sur le souvenir des visites lors de l'enquête d'évaluation¹⁷ de cette campagne. Au fur et à mesure des appels, il a été vérifié que tous les visiteurs, ainsi que les deux sexes, étaient bien représentés. (34 femmes ou 26 %, et 125 hommes ou 74 %).

2.1.2 Pédiatres

63 pédiatres avaient reçu les 2 visites confraternelles. Ils ont également été regroupés par visiteur et de ce fait par secteur géographique. Compte tenu du nombre restreint de pédiatres, l'échantillon a été constitué par l'ensemble de ces 63 pédiatres.

2.2 Scénario

Le scénario a été élaboré par le groupe Gepie, dont le responsable de l'étude a reçu une formation en recherche qualitative à Anvers en Belgique, notamment sur la technique des focus groups, par l'équipe de Pr van Royen et a déjà participé à d'autres projets utilisant cette méthode. Le scénario ayant pour titre « *Réactions par rapport à la campagne de Santé Publique Antibios quand il faut* », comportait 3 parties dans l'ordre chronologique des événements :

1. Une première partie a recueilli le vécu, les expériences et les réactions des généralistes et pédiatres en tant que médecins visités par rapport à la campagne, successivement à la méthode des visites confraternelles, aux

documents destinés aux médecins, en particulier les recommandations, et enfin aux documents destinés aux parents.

2. Une deuxième partie a recueilli leur vécu, leurs expériences et leurs réactions en tant que médecins traitants dans leur pratique, face aux infections présumées virales chez l'enfant, permettant ainsi d'approfondir les déterminants de la prescription d'antibiotiques et en particulier les différentes stratégies utilisées pour éviter la prescription inappropriée d'antibiotiques en France aujourd'hui.
3. Enfin, une troisième partie avait pour but de faire le bilan de cette campagne et de ses outils, en précisant la façon dont les médecins se sont sentis aidés dans leur pratique et en mettant en évidence ses limites. Le recueil de propositions d'optimisation des outils existants, de besoins supplémentaires exprimés par les médecins ainsi que l'identification d'outils complémentaires nécessaires pour maintenir les effets positifs obtenus par la campagne ont permis d'envisager des perspectives futures.

Nous avons choisi de recueillir, dans la mesure du possible, leurs impressions ressenties au moment des visites. C'est pourquoi nous n'avons rappelé que de façon très succincte la campagne Gepie au début de la discussion en ne représentant volontairement aucun des documents remis lors de la visite (seule la couverture servait de rappel visuel).

2.3 Organisation

2.3.1. Lieu

Le lieu des FG avait été fixé à l'extrémité ouest de Nice en face de l'aéroport pour plusieurs raisons : lieu connu des médecins, proche des grands axes de circulation (autoroutes, voies rapides..) permettant un accès facile sans avoir à subir les problèmes de circulation du centre ville.

2.3.2. Calendrier

Le choix des dates des focus groups devait tenir compte du calendrier des événements professionnels majeurs et bien sûr, des disponibilités des modérateurs. Il y a eu un délai de 3,5 années entre la 1ère vague de visites confraternelles, de 1,5 année entre la 2^{ème} vague et le début de l'étude.

2.3.3 Animation des groupes

Deux médecins généralistes enseignants ayant l'habitude d'animer des groupes ont été les modérateurs, dont un avait déjà participé comme observateur dans un autre projet de focus group. Ils ont reçu au préalable des instructions et conseils sur la modération des focus groups par le responsable de l'étude, ainsi qu'une documentation générale sur la méthode elle-même.

Le responsable de l'étude a été observateur dans les 5 groupes, prenant des notes et intervenant uniquement pour faire préciser certains commentaires.

2.3.4 Enregistrement

Les 5 groupes ont été enregistrés sur minidisc par un matériel d'enregistrement adapté. Chaque groupe a duré environ 1h30.

2.3.5 Questionnaire

Un questionnaire anonyme recueillant des renseignements sur l'échantillon des médecins participants (âge, commune, type et nombre d'années d'exercice, proportion de clientèle pédiatrique, motivations pour participer) a été soumis aux participants à la fin des discussions.

2.3.6 Debriefing

Un court debriefing oral entre modérateur et observateur a suivi chaque focus group, suivi de la mise en commun des notes écrites de l'observateur complétée par les réactions du modérateur. Ceci a permis d'ajuster au fur et à mesure le scénario et améliorer la modération des groupes.

2.3.7 Transcription

Cet enregistrement a ensuite été fidèlement transcrit par une personne formée en sociologie, respectant l'ordre d'intervention de chacun, les nuances, les acquiescements, l'expression non verbale (telles que par exemple les exclamations ou les hésitations). Les notes de l'observateur ont permis de compléter ces enregistrements.

2.3.8 Rémunération

La participation était rémunérée 100 euros sous forme d'honoraires, information déjà communiquée lors du contact téléphonique.

2.3.9 Analyse qualitative

Cette analyse a été effectuée selon les principes d'analyse qualitative du contenu, par codage axial à l'aide d'un logiciel Word. Elle a été réalisée de façon indépendante et simultanée par la responsable de l'étude, ainsi que par une sociologue ne faisant pas partie du Gepie, permettant ainsi de confirmer la reproductibilité de cette analyse.

3. Résultats

3.1 Résultats quantitatifs : Caractéristiques de l'échantillon et taux de participation.

Au total, 44 médecins dont 15 femmes (34 %) ont participé aux focus groups répartis dans 5 groupes avec 7-10 participants pour chaque groupe, 3 composés de médecins généralistes et 2 composés de pédiatres. Pour l'ensemble des groupes, seulement 4 des médecins ayant accepté de participer, ne sont pas venus (drop out).

Des généralistes et pédiatres présents avaient été visités par différents visiteurs, ainsi tous les différents visiteurs étaient représentés. En effet, entre 4 et 7 visiteurs étaient représentés dans chaque groupe.

3.1.1 Médecins généralistes :

Participation

Parmi les 87 médecins généralistes contactés, 28 (32 %) ont accepté de participer à l'étude.

Participation en fonction du sexe

82 % des médecins généralistes contactés (72) étaient des hommes, leur taux de participation était de 31 %.

18 % des médecins généralistes contactés (16) étaient des femmes (plus souvent difficiles à joindre) parmi lesquelles le taux de participation a été de 43 %. Le pourcentage de femmes dans l'ensemble des focus groups était de 26 %, ce qui est très proche de la proportion de généralistes femmes exerçant aujourd'hui en France ¹⁹.

Participation en fonction du lieu d'exercice

34 % des médecins contactés (30) étaient installés à Nice, leur taux de participation était de 33 %.

66 % des médecins contactés (57) étaient installés en dehors de Nice, leur taux de participation était comparable (32 %).

Age, expérience et clientèle des participants

L'âge était compris entre 38 et 60 ans, l'âge moyen était de 49 ans (45 ans pour les femmes et 50 pour les hommes). La durée d'expérience en activité libérale était comprise entre 5 et 30 ans, la moyenne étant de 19 ans. 70 % des MG estimaient la proportion de leur clientèle pédiatrique (patients inférieurs à 8 ans) à moins de 15 %.

Refus de participer

59 (9 femmes et 46 hommes) médecins généralistes (68 %) ont refusé la participation à cette étude. Le motif principal était le manque de temps dû à une surcharge de travail (pour 73 % d'entre eux). Ces médecins, dont 17 étaient installés à Nice et 38 en dehors de Nice étaient répartis de façon homogène entre les différents visiteurs.

Tableau 1 Caractéristiques de l'échantillon par groupe de médecins généralistes

F G	% hommes	% en exercice seul	Age moyen	Nombre de MG estimant la proportion de leur clientèle pédiatrique sup à 15 %
F G 1	67	78	50	3
F G 2	78	45	48	2
F G 3	78	45	48	3

Dans ces focus groups, 56 % en moyenne des généralistes travaillent seuls, comparé à 60 % environ en France aujourd'hui ¹⁹.

3.1.2 Pédiatres

Participation

9

45 pédiatres étaient contactés, 16 d'entre eux ont accepté (35 %).

Participation en fonction du sexe

53 % des pédiatres contactés (24) étaient des hommes, leur taux de participation était de 29 %.

47 % des contactés (21) étaient des femmes, leur taux de participation était de 43 %.

Les femmes représentent 46 % des pédiatres dans les Alpes Maritimes, alors qu'elles représentaient 60 % des pédiatres dans les focus groups.

Participation en fonction du lieu d'exercice

40 % des pédiatres contactés (18) étaient installés à Nice, leur taux de participation était de 17 %. 60 % étaient installés en dehors de Nice (27), leur taux de participation était de 48 %.

Il y avait 9 pédiatres dans un groupe et 7 dans l'autre.

Age, expérience

L'âge était compris entre 38 et 61 ans, l'âge moyen était de 50 ans. Cf tableau 2

Refus de participer

Plusieurs facteurs ont été évoqués dans les refus, le principal étant le manque de temps par surcharge de travail (73 %).

Tableau 2 Caractéristiques de l'échantillon par groupe de pédiatres

FG	% hommes	% en exercice seul	Age moyen
FG 1	67	63	50
FG 2	14	29	50

Tableau 3 Caractéristiques des participants médecins généralistes versus participants pédiatres

Caractéristiques des participants (N=44)	Médecins généralistes (N=28)	Pédiatres (N=16)
Focus groups	3 FG (9-10 participants)	2 FG (7-10 participants)
Taux de participation	32 %	35 %
Age	49 (38-60)	50 (38-61)
Expérience libérale (années)	19 (5-30)	19 (7-30)
Exercice seul	56 %	46 %
% femmes	26 %	60 %

3.2 Analyse qualitative

Les différentes catégories obtenues par le codage sont les titres présentés ci-dessous ici en noir soulignés. Pour illustrer chaque catégorie, les citations les plus pertinentes pour représenter le point de vue le plus répandu ainsi que l'éventail des différentes idées exprimées ont été sélectionnées.

3.2.1 1^{ère} partie : En tant que médecin visité comment avez-vous vécu la campagne Gepie ?

3.2.1.1 Comment avez-vous vécu la méthode des visites confraternelles?

Réaction par rapport à la méthode

La méthode de visite confraternelle est vécue de façon positive par la majorité des médecins dans l'ensemble des 5 groupes, comme une méthode novatrice, un mode d'information indépendant qui passe par la communication, une prise de contact direct privilégiant les rapports humains.

Le concept de la campagne, véhiculé par les visites confraternelles, est perçu par les médecins comme un concept basé sur un esprit d'ouverture respectant les médecins sans jugements, sans « donner de leçons », rassurante dans la mesure où elle prend en compte leurs difficultés sur le terrain et permet de rompre l'isolement des médecins de ville. Il est davantage ressenti comme une incitation que comme un apport d'information. Cette démarche a favorisé l'adhésion des médecins.

Ils se sont sentis intégrés à cette campagne, ils étaient informés dès le départ, ils en faisaient partie.

Cette méthode présente aussi pour eux l'avantage de pouvoir atteindre une cible large de médecins et procure un gain de temps appréciable (informations synthétiques, moins de déplacements).

Quelques-uns se sont sentis méfiants au départ, craignant une intrusion dans leur pratique. Certains pédiatres ont regretté d'avoir été visités alors qu'ils estimaient ne pas avoir besoin d'être convaincus.

- Diplomate - respectueux – pas donneur de leçon – tient compte du médecin - pas de jugement

3A Il faut pas voir comme quelqu'un qui vient nous donner une leçon

30B Bon, enfin, ça ne m'intéresse pas (les campagnes nationales) parce qu'on passe pas par moi, en fait. Là, je trouve qu'il y avait eu, c'était... enfin je me suis investi un peu plus.

72D GEPI, c'est pour ça, je veux, bon, euh, celle-là est beaucoup mieux, elle ne nous met pas en cause, ni nos compétences, ni rien.

2E c'est certainement pas jugeant sur mon activité

- Indépendant (institutionnel)

4 E visiblement, le médecin en face de moi n'était pas du tout au courant de mes pratiques.

39F Là, à partir du moment où c'est une institution qui prend RV avec vous, vous parlez de quelque chose

qui n'est pas un produit, moi je l'accepte, volontiers.

- Esprit d'ouverture : nos difficultés sont prises en compte

55 F Mais dans le même exemple que la visite du confrère, quand on a eu récemment la visite de confrère, ou même d'administratif de la sécu, c'était agréable, moi j'ai vécu ça comme quelque chose d'agréable, voir quelqu'un qui vient prendre connaissance de nos difficultés, que l'on rencontre, et nous dire « on le sait, on est avec vous, on cherche des idées pour vous aider », sur les prescriptions, de transport et autres.

- Permet d'atteindre beaucoup de médecins, gain de temps

32 G Dans une FMC, il y a une démarche du médecin qui va se rendre à une FMC. Alors que là, vous touchez tout le monde. Il y a énormément de médecins qui ne vont à aucune FMC. Ceux-là, il faut bien aussi leur faire passer le message. Et c'est parfois des très gros prescripteurs. Donc, faut bien les toucher

ceux-là aussi !

44 H ils nous ont soulagé d'un grand poids au niveau de notre temps

- Méfiance

48I qu'au départ, on se demandait un peu ce que c'est, on est un peu... euh, sur la défensive

17J j'ai l'impression qu'il vaudrait mieux... c'est chez les infidèles qu'il faut aller prêcher, c'est pas chez les fidèles.

Le souvenir

Le souvenir reste souvent assez vague pour beaucoup de médecins, qui ont tout de même accepté de participer à cette étude. Au fur et à mesure de la discussion le souvenir revient.

Le souvenir est souvent davantage lié à la méthode elle-même (originale, inhabituelle) ou à la remise des documents qu'au déroulement de la visite. Parfois une circonstance particulière facilite la mémorisation de la visite. Il semble que les médecins se rappellent davantage de la 1^{ère} visite qui est pourtant la plus éloignée, que de la 2^{ème} visite.

8K' la première visite m'a conforté dans ce que je pensais, la deuxième visite, je sais plus du tout quel était son but par contre. C'est vrai, je l'ai complètement zappée, celle-là

2P et je sais que personnellement, je fais pas mal de vaccins Prévenar, je faisais le pneumo 23 à l'époque, et on a un peu discuté avec cette dame justement pour limiter l'antibiothérapie. La seule chose que je me souviens dans cette réunion c'est que cette dame avait vacciné son enfant d'en dessous de 2 ans, il y avait eu un accident, voilà

7AL : Moi, c'est pareil, je ne m'en rappelle que d'un ! que du 1^{er} et en fait, pareil, c'est surtout la remise des documents qui sert aux patients... La discussion que j'ai eue avec la personne, je ne m'en souviens pas particulièrement, mais voilà, je me souviens essentiellement des documents pour les patients. La 2^{ème} visite, je n'en ai aucun souvenir.

Leaders d'opinion

L'annonce de certaines personnalités professionnelles locales a suscité des réactions chez certains médecins, souvent par rapport aux souvenirs antérieurs, ramenant d'anciens réflexes ou alors comme un effet de « booster » sur les messages.

14X' Et moi, j'ai été chez Dellamonica, donc ça m'a remis dans le truc de Dellamonica et je me suis dit : « ça y est ! J'ai le discours de D. qui... »

113 AH' la présence et la pression de Hervé pour les booster sur la prescription adaptée d'AB

Réaction par rapport aux visiteurs

Réactions par rapport aux visiteurs étudiants

Les médecins ont souvent cité la gêne éprouvée par les étudiants face aux médecins et regrettaient leur manque d'expérience de terrain limitant l'échange et réduisant la visite « confraternelle » à une visite « médicale ».

10 AG... je ne retiens pas trop ce qu'elle m'a donné (a appuyé sur ce mot) comme informations, je retiens plus ce contact, ce gêne viv-à-vis d'un médecin.

9 AK il y a avait un échange mais sans plus, parce que je savais qu'il était limité par ce qu'on lui avait donné, il n'y avait pas l'expérience, il manquait le côté expérience, donc ça, ça se ressentait par son âge, donc on écoutait comme on écoutait des fois un délégué médical qui vient nous faire un petit topo.

Réactions par rapport aux pairs

Les médecins ont apprécié le contact avec un pair, favorisant leur écoute du message et l'accueil du visiteur, rendant possible un véritable échange grâce à leurs expériences communes. Certains pédiatres auraient préféré le contact avec un expert, plutôt qu'avec un confrère ayant la même formation qu'eux.

21F' Si un médecin prend RV avec moi, par respect, je l'écoute

23AE Moi, j'ai trouvé, que, pour une fois, on venait dans mon cabinet pour me dire de moins prescrire, alors que d'habitude c'est des tas de gens qui viennent pour me faire prescrire (rires), et en plus, c'est des confrères,

1A Moi, je trouve que, les confrères qui viennent au cabinet, même les confrères de la SS, pour nous expliquer les problèmes actuels, ça peut être que bénéfique.

31K Non, je ne crois pas. Quelqu'un qui connaît vraiment le sujet, oui (plutôt un expert PT). Parce que si c'est un pédiatre qui a la même formation que nous, il a les mêmes informations que nous pour l'instant.

Comparaison à d'autres formes d'information

Réactions en comparaison de la visite médicale des laboratoires

Les médecins ont vécu la visite d'autant plus positivement qu'elle apportait une information non commerciale, équilibrant l'information des laboratoires.

35G' Ca vient aussi rééquilibrer la pression qu'on a de la part des laboratoires..., c'est bien d'avoir un 2^{ème} son de cloches, parce que... ça fait un équilibre.

Réactions en comparaison des formations médicales continues traditionnelles

La VC est vécue comme complémentaire à la FMC traditionnelle avec l'avantage d'une présentation synthétique des informations et évite au médecin d'avoir à faire la démarche lui-même.

9 O' c'était pas abordé de la même façon. Là, c'était quelque chose de bien carré, bien présenté..

12F' Elle est complémentaire, oui. L'avantage, c'est que là on est démarché au cabinet, c'est toujours plus facile que de faire soi-même la démarche d'aller soi-même à l'EPU, on a pas toujours envie, c'est plutôt agréable.

3.2.1.2 Quelles sont vos expériences par rapport aux documents destinés au médecin et plus particulièrement par rapport aux recommandations ?

Le contenu

Pour la plupart des participants, le contenu était jugé simple, synthétique, clair et pratique (certains l'ont même affiché dans leur cabinet pour négocier avec les parents). Les arbres décisionnels ont été très appréciés par certains médecins. Pour un grand nombre d'entre eux, ce document les a confortés et soutenus dans leur démarche, il a permis une sensibilisation et une prise de conscience de la nécessité de limiter les prescriptions d'antibiotiques.

Pour d'autres médecins, ces documents n'apportaient pas de nouvelle information scientifique et paraissaient trop simplistes, le contenu étant plus adapté aux patients qu'aux médecins.

Par rapport aux Recommandations Officielles plusieurs médecins ont trouvé ce document plus accessible, plus concentré, permettant ainsi de vérifier facilement ses connaissances.

53AF Mais, dès le départ, ça m'a bien plu, je l'avais trouvé très bien, alors pour que je l'ai affiché et je trouve que pour les patients, c'est bien, hein !

69N Oui, je crois que C'est vrai que ce sont des documents qui sont pertinents. Je les ai gardés, je les garde toujours d'ailleurs....

63 A' On n'a rien appris, évidemment, sur les rhinopharyngites, bronchite, angines, on n'a rien appris. Mais on a été sensibilisé, parce qu'on a tendance à avoir parfois la plume un peu facile

79 Lça m'a pas apporté d'informations, nouvelles en tout cas

32 AE Tout à fait, moi j'ai le souvenir que ça enfonçait des portes ouvertes. C'était très... c'était des données très simples, et très consensuelles

33 AE J'ai le souvenir que c'était simple, presque simpliste et je me sentais plus de m'adresser aux gens, enfin, même l'affiche qui était adressée à nous, je la sentais plus du niveau du patient que du nôtre, mais je pense que c'était un peu volontaire aussi, c'est pour que notre discours aille vers les patients de la façon la plus simple possible, enfin j'imagine !

72 E' Moins techniques en tout cas, plus accessibles, concentrés, donc c'est vrai, que pour tenir un discours, pour faire ses recherches propres, je pense que ça correspondait un petit peu à tout ce qu'on savait, qu'on oubliait régulièrement en tout cas en termes de chiffres mais dont on..., qu'on révise régulièrement lors de formations, c'est des choses qui allaient... qui étaient sues, qui se disaient un petit peu dans toutes les formations médicales continues mais qui synthétisaient, qui groupaient un petit peu et qui permettaient de vite tirer la bonne carte éventuellement (rires) pour vérifier où appuyer.

L'utilisation

Le document médecin était souvent utilisé comme un support d'argumentation actuel, pour appuyer un discours pédagogique pertinent et convaincant face au patient. Plusieurs médecins l'ont jugé utile pour faire passer un message de façon claire et sans ambiguïté (document officiel présentant des données statistiques ayant plus d'impact auprès du patient).

Les médecins qui l'ont trouvé inutile ne l'ont pas souvent utilisé, ni gardé.

19F l'essentiel, ce sont les outils derrière, c'est évident.

Acquiescements de plusieurs personnes.

87E' : Je les ai gardés, je les ai utilisés de temps en temps, c'était des outils en fait euh... de communication et j'ai pu considéré ça de temps en temps comme des outils défensifs, c'est-à-dire des outils un peu pédagogiques vis-à-vis des patients chez lesquels il fallait un peu plus d'explications, que la simple parole du médecin traitant..... un côté officiel, des données précises qui permettaient d'argumenter et de soutenir un discours pédagogique vis-à-vis des patients... Donc c'est un outil qui m'a servi en son temps, mais j'ai trouvé ça très actuel et très pertinent..

H Oui, c'est ça, c'est-à-dire que ces documents ont enfoncé un clou, mais on le savait déjà, donc dans mon exercice personnel, c'était prêcher quelqu'un qui était déjà convaincu de la démarche.

3.2.1.3. Quelles sont vos expériences par rapport aux documents destinés aux parents ?

Le contenu

Dans l'ensemble des groupes, les médecins ont estimé que le document destiné aux parents était informatif, simple et facile à comprendre pour la plupart des patients, s'adressant directement à eux de façon non commerciale et permettant une première sensibilisation, même si les messages véhiculés par la télévision ont été jugés plus puissants.

15AD C'est vrai que les patients étaient intéressés par cette brochure.

32 AE Tout à fait, moi j'ai le souvenir que ça enfonçait des portes ouvertes. C'était très... c'était des données très simples, et très consensuelles

48 P' Il faudrait qu'elle soit rééditée, redistribuée régulièrement...

77 V Parce que l'avantage pour moi, c'est un document qui s'adresse aux parents. Et il n'y a pas de publicité, c'est ça qui est agréable. Je veux dire, c'est rare d'avoir des choses qu'on met dans la salle d'attente et qui ne sont pas publicitaires. C'est une information aux parents. Avantage immense par rapport à tous les autres documents qu'on a.

73 G j'ai une préférence pour le petit document..On n'est pas obligé de le donner, on le laisse, bien en vue dans la salle d'attente, en période d'épidémie, si possible, pas en plein été, (rires)...

56K La plaquette, j'ai dit, les gens, on leur a passé la première couche :

L'utilité

Le document a servi à la plupart de médecins de support à l'échange avec le patient, incitant ce dernier à poser des questions à son médecin.

Certains médecins ont souligné plus ou moins d'utilité suivant le milieu socioculturel du patient et sa personnalité.

Plusieurs médecins ne les ont pas utilisés du tout, préférant expliquer aux patients avec leurs propres arguments dans une relation de confiance.

124Z ...ils ont surtout servis de base à une discussion, à introduire une discussion avec les patients, bon, c'était des discussions que de toute manière, a priori, j'avais déjà avec mes patients, c'est vrai que ça donnait un support.

123AL ...les ai mis en salle d'attente, les gens les prennent, posent des questions parfois, ça sert de support essentiellement.

126AC Moi, je me souviens de la 1^{ère} aussi, avec cette remise de documents, pareil, qui servaient de support et qui nous permettaient... que je remettais aux gens quand ils venaient... voilà. Ca a été très utile.

127C Moi je trouve que les petits documents pour les patients, c'est quand même utile...ça incite les parents quelque fois à me poser des questions sur tel ou tel sujet...

...Confortés, oui. Et aidés à convaincre les parents, effectivement, qui demandent des AB. C'est vrai qu'il y a des parents qui réclament, qui ont l'impression qu'on ne les soigne pas si on en donne pas. C'est vrai que ça nous aide.

128Z Non, moi je trouve que ça sert surtout de support à un échange, à une discussion !

91,H dépend aussi du milieu social dans lequel évolue le médecin, c'est-à-dire ça dépend suivant le quartier où vous êtes, si des confrères sont dans des quartiers défavorisés, ils ont besoin de ces documents pour gagner du temps, pour argumenter éventuellement, mais suivant le type de patients tels que vous avez, y'en a qui comprennent, qui ont déjà compris ça et qui veulent déjà passer au stade au-dessus

92 H Donc ces arguments s'adressent à certains patients et certaines clientèles de médecins, mais peut-être pas tous, à mon avis

3.2.1.4. Quelles sont vos expériences par rapport aux affiches pour le cabinet médical?

Les affiches sont perçues par la plupart des médecins comme un très bon support, permettant un message direct, concentré qui interpelle les patients, qui s'impose dans un lieu où elle sera vue.

76 G L'affiche, elle vient directement vers la personne, alors que le document, il faut faire la démarche d'aller le chercher et de le lire. C'est un peu ce qu'on disait tout à l'heure. L'affiche, elle s'impose.

74 V Non, l'affiche, c'est vrai, ça concentre tout, ça interpelle les gens...

3.2.2. 2^{ème} partie : vos réactions en tant que médecin traitant : Comment se passe aujourd'hui dans votre pratique la prise en charge d'une infection présumée virale chez l'enfant ?

Différents facteurs déterminant la prescription d'antibiotiques en France aujourd'hui :

(voir figure 1, page 41)

On a recueilli ici un très grand éventail de différents facteurs influençant la prescription d'antibiotiques, qui constituent des obstacles ou des barrières ressenties par les médecins. Cette description est très détaillée et presque « passionnée ». Les médecins partagent largement le sentiment frustrant de subir cette forte pression, de ne pas prescrire selon leurs convictions.

Les médecins exposent un certain nombre de stratégies (voir figure 2) de non prescription d'antibiotiques utilisées dans leur pratique quotidienne pour faire face à cette pression.

Facteurs liés au système de santé

Les facteurs les plus souvent cités sont l'habitude des patients français d'être pris en charge et d'obtenir satisfaction très vite, ainsi que la possibilité d'itinérance des patients, suggérant une crainte de perte de clientèle.

Certains citent l'influence de la conduite thérapeutique des autres confrères : crainte de se distinguer d'eux, crainte que leur prescription soit invalidée par les professionnels de santé en libéral ou à l'hôpital (incohérence dans leur discours) et l'éventualité d'une influence des prescriptions de confrères sur la pratique.

54 N *ce sont les parents derrière, avec lequel on allait à avoir le plus de problèmes dans les cinq ans qui allaient venir parce que c'est eux qui poussent à la roue et c'est eux qui vont voir untel au départ, et puis un autre, et puis un troisième parce qu'ils veulent absolument que leurs gamins soient couverts d'antibiotiques et euh*

51 X *Ca rejoint un peu ce que disait P. c'est que, effectivement quand on a... moi à Biot, j'ai de plus en plus d'étrangers qui viennent et ils ont absolument pas le même comportement. Mais le Français, il veut tout de suite, dès le lendemain. Là, le lendemain, la mère elle dit : « je veux...mon fils, demain , il faut qu'il soit retapé ! ». Alors on laisse même pas le temps...On laisse pas le temps de faire les choses...*

50 Y *C'est plutôt par le système. Quand on donne un RV à une personne britannique qui a une bronchite, ça peut durer une semaine, ça n'a aucune importance. Le Français, c'est tout de suite. Donc, c'est changer les habitudes des Français. C'est pas... Il y a pas une faute, c'est pas la faute aux médecins, C'est la faute en général. Et c'est le système qui veut ça. Cad qu'on a dit : « on a le meilleur système au monde de médecine, vous allez être soigné rapidement*

117 M *Ah, oui, oui, parce qu'après on fait passer des messages, je veux dire, on est amenés à voir des enfants qui sont suivis de temps en temps par des généralistes. Moi je pense qu'on est tous attentifs aux prescriptions des uns et des autres, et il y a aussi une contagion qui peut se faire dans un savoir-faire.*

60 K *Moi il y a quelque chose qui me gêne, simplement, c'est que, quand je m'embête à expliquer à des parents que l'antibiotique est inutile, et que, ils craquent à minuit, comme tu dis, et qu'ils vont aux urgences de l'hôpital, donc c'est pas des pédiatres, c'est des internes de garde, ou je sais pas ce que c'est exactement, je me suis embêté à leur dire à 18 h « l'antibiotique, c'est inutile », à minuit, ils vont à l'hôpital, et à minuit 5, ils sont à la pharmacie de garde chercher leur Clamoxyl. ..Et ça c'est vraiment embêtant parce que, faire de la communication avec les médecins de ville, bon il y en a, comme dit Jean-Louis, qui ont reçu le message, d'autres qui ont pas reçu le message, mais c'est certain que, le malheureux interne de garde, peut-être que c'est difficile pour lui, ils en voient 40 dans la nuit, il est fatigué, il a d'autres choses à penser, je l'accuse pas, on a tous été de garde, on a tous fait des bêtises...*

...Et puis, il n'a pas notre expérience, mais, je trouve qu'il y a quelque chose de pas confraternel quand on est un jeune médecin de garde inexpérimenté, de dire, 5mn après ou 4 heures après le médecin plus expérimenté, on s'est embêté, on a enlevé le bouchon, on a regardé les tympans, y'a pas d'otite, y'a pas de machin, c'est pas la peine de mettre des AB, et lui, il lui trouve une otite 4 h après, il le met sous je ne sais pas quoi !

Facteurs liés aux laboratoires pharmaceutiques

La pression est ressentie comme forte et difficile à éviter devant les stratégies de marketing des laboratoires, qui avaient jusqu'alors pratiquement le monopole de l'information. Néanmoins, depuis la campagne cette pression est vécue comme plus modérée, les laboratoires se montrant plus discrets et ciblant davantage l'antibiothérapie.

59 L *Ce qu'il y a aussi, il faut parler aussi de la visite médicale, des laboratoires, qui nous a incités quand même assez fortement ; maintenant ils calment un peu le jeu, ils savent que (rires)..mais il faut bien reconnaître, hein, que il y avait une pression assez importante...*

V Enfin, ce qui est intéressant, c'est de s'apercevoir que pour une fois il y avait de la visite médicale qui était indépendante et qui finalement peut porter ses fruits. Donc en fait ça pourrait inciter à faire ça dans d'autres domaines. Où il y a une pression extraordinaire des laboratoires, et si de temps en temps il y avait ...

150H Ecoutez, moi, à l'époque, tout ce qui était viral, déjà, tout le monde prescrivait de la Josacyne (sourires), il y a quelques années. Maintenant quand vous voyez un laboratoire...On vous cible l'antibiothérapie : dans quels cas on doit la prescrire, on parle de pneumocoques, on parle de *Hémophilus*, on vous parle de spécificité d'otite moyenne aiguë pour l'Augmentin, enfin des trucs vraiment ciblés, alors qu'avant c'était Josacyne, presque on entendait, dans les états viraux ! ...Maintenant, bien sûr, on est beaucoup plus nuancé dans les prescriptions des AB, on le voit, les laboratoires sont beaucoup plus discrets.

Facteurs sociaux culturels

Plusieurs médecins évoquent une influence du milieu socioculturel sur la négociation thérapeutique. Les problèmes de garde d'enfant malade (le refus des écoles et des crèches de garder un enfant malade, absence de personne disponible pour la garde à domicile, contrainte professionnelle...) sont aussi cités.

- Niveau socioculturel

94 T les clientèles aisées, plus aisées, donc c'est vrai que j'ai jamais eu de problème avec les antibiotiques, j'en mets très peu

- Problèmes de garde...problèmes économiques....

119 L Les parents travaillent, souvent les deux parents travaillent. Ce qu'ils veulent, c'est que l'enfant soit vite guéri, pour vite pouvoir le remettre à l'école.. Parce que sinon, comment vont-ils pouvoir garder le gamin à la maison. Ils ont pas tous, euh, de la famille...

- Pression de la crèche ou de l'école

117 L Ce qui inquiète aussi pas mal les parents, c'est que maintenant dans les écoles ou les garderies, dès que le gamin a 38° de fièvre, on appelle les parents, ça s'est posé hier, aujourd'hui encore, "venez chercher votre enfant, il a de la fièvre, il faut l'amener chez le médecin". donc déjà, ça sous-entend qu'il y a quelque chose de potentiellement grave, quand même hein, dans l'esprit des parents.

86 U On a une pression des crèches qui est inimaginable.

87 C Qu'il soit vu. Voilà. Il leur faut un certificat disant qu'il est non contagieux, ceci, cela, mais ils insistent pas particulièrement pour l'AB !

Facteurs liés aux parents

De nombreux médecins ressentent une pression d'autant plus grande qu'il s'agit des parents de l'enfant dont le comportement n'est pas toujours rationnel.

Cette pression est aussi liée au vécu antérieur des parents (mauvaises expériences lors de précédentes pathologies), de leur personnalité et leur capacité à contenir leur inquiétude, de leurs croyances (certains parents pensent que l'antibiotique accélère la guérison)

- Parent - patient

20 L puisque ce sont les mamans, les parents tout du moins, qui sont demandeurs d'antibiotiques. D'où toute la difficulté pour nous d'arriver à négocier quand il faut prendre ou...

61 Y Voilà, mais faut savoir que la plupart des rhinopharyngites, c'est un enfant, et une tiers personne qui est la maman, donc c'est vrai que le côté relationnel, il est fort...

- Inquiétude et vécu des parents.

218 H Il y a une consommation médicale indiscutable aussi mais enfin des fois, ce sont des craintes qui sont justifiées aussi parce que ça évolue en asthme, en bronchiolite... Ca part d'une simple rhinopharyngite et on peut voir le gamin 4 jours après aux urgences parce que ça a tourné au vinaigre. donc, quand après il va refaire le même coup, tout le monde va être sur ses gardes. Tout le monde va être comme ça. Il y a tout ça à gérer un petit peu..

- Croyances des parents

120 L Ben, la demande ça peut-être "est-ce qu'un antibiotique, ça pourrait pas aller vite, il y a une certaine demande de cet ordre-là, parce que "moi je peux pas rester à la maison trois jours pour garder

le gosse", bon... c'est là où il faut (rires), difficile... hein (rires)

Facteurs liés au médecin

La formation initiale plus ou moins récente des médecins (en incluant la formation continue et l'information de l'industrie), les vécus professionnel et personnel du médecin, son caractère et sa capacité à gérer le stress, ses doutes et ses craintes (complication ou maladie sévère, conséquences médico-légales surtout chez le jeune enfant) sont autant de facteurs cités par de nombreux médecins comme déterminants dans leurs prescriptions d'antibiotiques.

- **Concernant ses connaissances théoriques et sa conviction intellectuelle**

163 T *Puis je pense quand même... Je fais partie d'une autre génération, quoi, plus jeune médecin... Moi, dans ma formation, j'ai quand même été très vite sensibilisée aux AB, à ne pas prescrire d'AB.*

80 U *Mais on est déformé quand on sort de l'hôpital. Enfin, moi je le vois comme ça, hein.*

- **Vécu et caractère du médecin**

106 N *Ca dépend du vécu même du médecin. C'est-à-dire que ça va être un petit peu en fonction de nos angoisses, nos stress de la vie quotidienne.*

109 N *J'ai pas eu de... J'ai trois enfants, ils n'ont jamais présenté des problèmes infectieux. Je sais que j'ai des collègues médecins qui sont très anxieux. Des collègues femmes qui ont des enfants qui ont eu des gros problèmes quand ils étaient petits, et ce message passe beaucoup plus difficilement parce qu'elles me disent, quand on discute un petit peu ensemble, "oh là là, tu te rends compte, tu peux passer à côté de ça, à côté de ça.. et puis si jamais il fait une glomérulonéphrite après, t'es bien emmerdé.." etc. c'est vrai que ça, j'en fais un petit peu abstraction au départ, mais, bon, ça reste dans une petite case. Mais, dans mon caractère, c'est un petit gommé. Il y en a d'autres, je vais pas leur tirer à boulets rouges là-dessus, ils ne vont penser qu'à ça, **qu'à ça**. C'est-à-dire que leur prescription, sera toujours dans le but d'éviter cette glomérulonéphrite, donc, on pourra peut-être pas leur en vouloir..*

108 N *C'est vrai que moi je suis pas un stressé. Alors, euh, je considère qu'ils sont à peu près tous avec une pathologie virale, au départ*

- **Craintes**

-Craintes en fonction de l'âge de l'enfant

140N' *Avant 3 mois, le côté anxigène, c'est toi qui l'a*

-Craintes de complications, incertitude du diagnostic

105bis L *Moi, je préfère donner des antibiotiques sur une angine virale que de laisser évoluer éventuellement une angine streptococcique qui pourrait déboucher...bon*

123 K *Bon alors, les plaquettes, juste un truc, elles nous aident pas tellement sur... elles nous aident bien sur l'angine, etc... sur l'enfant qui a... sur les fièvres isolées, on n'en a pas besoin parce qu'on les traite pas, sur les angines, maintenant, on les traite comme il faut, sur tous les syndromes grippaux qu'on a actuellement, pour reconnaître LA pneumonie qu'on va avoir, on est bien embêtés.*

-Crainte de problème médico-légal

104L *Et alors là badaboum, parce que tout va très bien tant qu'on se trompe pas, mais le jour où il y a un pépin qu'on vient nous voir, c'est toujours comme ça que ça se passe, hein.*

Facteurs liés à la relation médecin – patient

Plusieurs médecins estiment déterminante pour leurs prescriptions la façon dont ils perçoivent les attentes de leurs patients.

Ils utilisent dans leur pratique différentes stratégies pour éviter de prescrire d'emblée des antibiotiques.

Perception des attentes des patients par le médecin

La prescription pour de nombreux médecins semble être motivée aussi par le fait que le médecin perçoit chez son patient une demande de guérison comme une demande

d'antibiotiques (sans que celle-ci soit obligatoirement formulée par le patient), il y a donc un malentendu entre la demande du patient et son interprétation par le médecin.

65 B' Et le fait maintenant que les gens réagissent comme ça, ça montre un petit peu que, quelque fois, on croit que les gens attendent des AB, nous pressent à ce niveau-là, alors que, si on leur apporte une réponse, quelle qu'elle soit, d'ailleurs, hein, ça suffit. Et, donc ça fait un peu réfléchir maintenant.

64 B 'Je pense qu'il y a beaucoup de cas où c'est nous qui avons nos propres, euh, je dirais, mauvais vécu, et nous vivons une demande de guérison comme une demande de prescription d'AB. Et...

Différentes stratégies utilisées aujourd'hui spontanément par les médecins pour ne pas prescrire d'antibiotiques d'emblée :

(voir figure 2, page 42)

Les stratégies sont évoquées par ordre de fréquence de citations.

Beaucoup de médecins expliquent aux patients l'inefficacité des antibiotiques sur la pathologie virale ainsi que le déroulement naturel de la virose, sans sous-estimer la durée de la maladie.

Certains médecins considèrent important d'être à l'écoute des patients, de les rassurer et de prendre en compte leur inquiétude.

D'autres médecins restent disponibles (joignables par téléphone en cas d'inquiétude) pour répondre aux besoins des parents et les soutenir à patienter plus facilement.

La plupart des médecins estiment que la négociation sera plus aisée en situation de confiance mutuelle, souvent accentuée par la durée de la relation patient - médecin.

Certains ont recours à une double ordonnance, qui tranquillise à la fois le patient et le médecin, parfois d'emblée, parfois le patient doit retourner la chercher au cabinet médical, souvent sans payer une consultation supplémentaire.

Peu de médecins donnent des arguments écologiques (issus d'un groupe de pédiatres).

- **Expliquer et informer de l'histoire naturelle de la maladie, la conduite à tenir, la vigilance à respecter.**

107N j'essaie tous simplement de prendre mon temps pour expliquer, faire passer un message, bon bien entendu l'examiner, mais de faire passer un message au départ, en expliquant que, pour moi, là, dans ce cas X, c'est un problème qui est bénin, viral et que de toute façon on a le temps de se remettre en question dans 3 jours.

99 L Au départ, je pense qu'il faut être clair. Il faut dire que ça va pas guérir en trois ou quatre jours..

125 AJ C'est beaucoup de vigilance.

- **Rassurer , prendre en compte les inquiétude des parents**

123 E' C'est-à-dire qu'il y a une...réponse rationnelle, ou une tentative de réponse rationnelle qui est apportée à quelque chose qui est très souvent émotionnel. Acquiescements d'une autre personne C'est-à-dire que la demande des parents ou des gens qui viennent demander des AB, c'est pas du tout les demandes d'AB les trois quarts du temps. C'est simplement le fait que leur demande, leur inquiétude soient prises en compte, et leur désir de guérir soit pris en compte. Ils le manifestent au travers d'une demande d'AB, mais, euh, répondre simplement à la demande émotionnelle par le fait de la prendre en compte, le fait de comprendre leur inquiétude, le fait qu'ils soient pressés, etc... les rassure et suffit à mettre de côté une réponse : oui/non, une réponse pas forcément explicative sur la prescription d'AB. Et finalement, vis-à-vis de nous aussi, puisqu'on est dans une situation émotionnelle assez fréquente vis-à-vis des patients, où on sait pas forcément comment gérer ça, et vous nous apportez, au travers de papiers comme ça, des outils, euh, intellectuels, des outils rationnels, qui vont éventuellement essayer d'appuyer notre état émotionnel. C'est intéressant, ça peut marcher, mais c'est pas forcément suffisant

- **Se montrer disponible**

114 AG ils ont tenu bon, parce qu'ils savaient que de l'autre côté, ils pouvaient me joindre à n'importe quel moment,

- S'appuyer sur la relation de confiance avec les parents (lié aussi à la durée de la relation) aide la négociation. Il faut tenir compte des habitudes de la famille

AM Moi quand je suis de garde le dimanche, on fait des gardes pour Tout Cannes, moi je veux dire, je suis beaucoup plus à l'aise pour ne pas prescrire d'AB à des gens que je connais, que je sais comment il va réagir, et que je sais que je vais revoir si ça va pas, qu'avec un patient d'un confrère que je ne connais, dont je ne connais pas le degré de fiabilité, donc je ne sais pas s'ils vont se représenter si ça va pas, etc... !

Je veux dire, ça plaide en faveur du médecin traitant, qu'il soit pédiatre ou généraliste, mais le fait de connaître les patients, ça facilite la prise de risque, en disant « revenez si ça va pas, mais je ne vous donne pas de traitement pour l'instant ».

143 I Et bien les gens vous connaissent, donc là vous avez le temps de discuter et il n'y a pas la situation anxiogène comme vous avez en garde la nuit ou autre...

- Prescrire de doubles ordonnances, éviter aux parents de payer une 2^{ème} consultation

115AG L'impression que j'avais au départ, c'est de dire, vous revenez dans 3 jours si ça va pas, vous allez payer une autre consultation, j'étais mal à l'aise quelque part. Donc j'éprouvais le besoin de dire, bon vous me tenez au courant, et si à ce moment-là, je le juge nécessaire, je vous donnerais une ordonnance, passez la prendre.

- Développer le point de vue écologique

72 M Moi, je pense qu'il y a quand même quelque chose, un point important que je leur dis et peut-être sur lequel il faudrait plus insister. C'est que la non-prescription d'AB, quand ce n'est pas indiqué bien sûr, est importante pour l'ensemble de la planète aussi, et l'ensemble de l'avenir de l'humanité. Et ça, j'insiste beaucoup là-dessus, je leur explique que, même si on n'a jamais pris d'AB de sa vie, un jour on peut faire une infection grave, que l'antibiotique qu'on nous donne, on soit résistant, parce qu'il y a des résistances qui sont extra plasmidiques, et que, ça se transmet à tout le monde, et ça c'est un argument, je crois, qui faudrait faire ressortir un petit peu plus, parce que l'avenir de la terre entière et l'avenir de l'antibiothérapie, c'est important.

- Thème isolé

Un seul médecin signale l'importance de tenir compte de l'état immunitaire du patient

H Je pense que moi, en ce qui me concerne, je procède toujours à une évaluation du terrain immunologique de la personne. C'est-à-dire que j'essaie de voir dans ses antécédents, comment ça s'était passé antérieurement.... J'explique bien aux gens, pour répondre à leurs questions, je leur dit "ça ne dépend pas de moi, ça dépend de vos anticorps..." et je procède à une vaccinothérapie locale.

Facteurs liés à une situation « à risque »

Comme situation à risque, nous définissons les situations « difficiles » qui vont inciter le médecin, malgré ses convictions, à prescrire des antibiotiques.

Dans ces situations « à risque », les stratégies utilisées habituellement par les médecins ne sont plus adaptées.

Dans certaines circonstances particulières, les médecins ressentent des difficultés accrues pour éviter la prescription d'antibiotiques. Elles sont liées à la période (veilles de week-ends et de vacances), au contexte épidémiologique du moment.

Deux situations cliniques particulièrement difficiles sont identifiées par la grande majorité des médecins. La première est liée à un contexte d'urgence, en particulier lors de la prise en charge de patients occasionnels dont le suivi médical est incertain, et la deuxième est liée à la situation particulièrement anxiogène due à l'âge (en particulier chez les enfants entre 3 mois et un an).

La plupart des médecins évoquent également comme situation « à risque » la persistance des symptômes, en particulier la fièvre. Ce cas entraîne souvent une

deuxième consultation au cours de laquelle la demande de guérison devient plus pressante

Circonstances

- Week-ends /vacances ou différentes périodes de l'année

64 A *Un gosse qui vient le vendredi soir, 40 ° de fièvre, la gorge toute rouge ou la mère qui commence à trembler, on se dit, pour être tranquille le week-end, je vais lui balancer du Clamoxyl. Ouais, c'est vrai ! C'est arrivé à tout le monde, je suppose, hein, et on se dit, au moins je suis tranquille tout le WE, parce qu'elle va finir à l'hôpital. A l'hôpital, ils vont lui mettre l'AB, quoiqu'il arrive, comme d'habitude, (rires) et ils vont dire « comment ça se fait, on vous l'a pas marqué, bon, hein. On connaît l'histoire.....*

AN *parlant tout bas à quelqu'un d'autre Ca dépend même de l'époque dans l'année !*

- Contexte épidémiologique

122 AJ *Ca dépend de ce que tu as vu dans la semaine en fait. Si tu as eu une semaine lourde avec plein de cas très lourds, tu seras plus enclin à traiter...*

Situations cliniques difficiles

- Situations d'urgence

H *Non, l'urgence créé effectivement un souci de dangerosité immédiat...*

54 ;I *par contre, en garde, j'en fais pas mal, les médecins prescrivait des antibiotiques en veux-tu en voilà (rires) euh, c'est pas tout à fait ça, mais ce qui faut voir, c'est que on voit des gens, 2 ou 3 jours après, qui ont déjà eu, vu un médecin, avant, qu'ont pas forcément eu d'antibiotiques, et ça se passe mal, donc souvent, derrière, on est forcé nous de remettre des antibiotiques, je dirais presque probabilistes, parce que c'est difficile en ville de se balader aussi avec le kit de prélèvements pour la gorge, ça c'est pas pratique. Donc c'est vrai que les médecins de garde, par derrière, souvent ils sont rappelés, parce que la famille s'impatiente de voir que le gosse, même si c'est viral et qu'on lui a dit que c'était comme ça..*

128 I *si les gens appellent, c'est qu'il y a une perception psychologique qui, en fin de compte, pour un simple médecin qui vient en garde, pratiquement, ne peut pas arrêter une prescription d'AB.*

130 I *Si les gens appellent un médecin de garde la nuit... C'est qu'il y a une angoisse majeure*

131 T *Puis bon, en urgence, vous les connaissez pas les patients... ..donc, euh, ils ont pas... enfin c'est pas qu'ils ont pas confiance, mais ils ont moins confiance qu'en leur médecin traitant, quoi !*

54J' *Non, mais tu as une bonne tête Philippe, tu es très sympathique.(Rires d'autres). Je t'aime bien, ça fait longtemps que je te connais. Mais quand ton gamin, il a 40 de fièvre, qu'il est 1 h du matin, que tu es un peu bête et que tu es très inquiet et que tu es très fatigué, ça suffit peut-être pas. Même si tu es très fort. Tu comprends ce que je veux dire...*

73 AK *Je dirais autre chose c'est que ça marche bien ce message là quand tout va bien. Mais quand le petit est bleu, rouge, 40° de fièvre et qu'il a les yeux un peu en haut....Mais ça arrive ! Le message, il va bien quand c'est froid, mais quand c'est chaud, le message il commence à... je parle en connaissances de cause parce que j'ai des enfants... (rires), mais des fois, on commence à mal raisonner quand ça chauffe...*

- Age de l'enfant..

135 I. *Quand ils sont déjà plus grands, oui, on peut se permettre... Mais chez les tout-petits, non..*

137 N *Le côté anxigène maximum, c'est entre 3 mois et un an..*

138 .I *Même après, 2 ans, 3 ans*

139 T *Ca serait 3 ans, oui*

141' I *Ils arrivent vers 7 ans, après les parents, les gosses peuvent déjà s'exprimer convenablement, donc ça calme, mais avant, je veux dire, ce sont des situations qui sont à la limite de l'explosion des fois, s'il n'y a pas prescription d'AB.*

142 I (dans ces situations cad urgence et jeune âge) Il n'y a pas de négociation à avoir. Rires. Il n'y a pas de négociations, c'est le dictat, c'est "je veux", point barre. Bon, ben voilà !

- La persistance des symptômes en particulier la fièvre

97 L Non, mais, les parents, ce qui les désespère un peu, c'est que trois jours après, ou quatre jours après, il y ait encore de la fièvre, le gamin continue à tousser au bout de cinq ou six jours, c'est ça qu'ils comprennent pas.

- Une 2^{ème} consultation

98 L mais ils reviennent au bout de trois ou quatre jours mais il a encore de la fièvre ou il continue à avoir des manifestations symptomatiques, le nez qui coule, maintenant c'est vert, donc et c'est là où ils auraient tendance, (acquiescements d'autres personnes) lors de la deuxième visite on va dire, à demander : mais est-ce que des antibiotiques, ça serait pas utile ? C'est là où il faut argumenter.

Peu de médecins citent d'autres situations estimées difficiles :

- Autres pathologies

en dehors des infections respiratoires de l'enfant

153.I Alors par contre, le problème, c'est que, autant pour les rhinopharyngites, les gens vont être soucieux de l'AB, autant pour l'acné, ils vont se manger trois mois de Tétracycline à petite dose, ce qui n'est pas forcément une bonne chose

- Patients adultes

84X Et moi je vais vous dire, la bronchite virale, c'est vrai, il faut attendre, mais s'ils étaient bien éduqués les gens, on pourrait attendre, mais là c'est pas la rhinopharyngite, c'est l'adulte qui, à un moment donné, il est handicapé, tout ça, qu'est-ce qu'on fait ?

- Consultations de plus en plus tôt

53B des consultations très tôt, le plus souvent j'ai envie de dire « j'ai rien à vous donner parce que c'est rien du tout »

114U Mais ça veut rien dire ça ! C'est comme quand ils viennent te dire « je viens tôt pour pas que ça dégénère » ! Ca m'énerve ça !

3.2.3. 3^{ème} partie : Bilan et perspectives de la campagne

3.2.3.1 Bilan de la campagne

Comment les médecins se sont sentis aidés dans leur pratique ?

Mécanisme d'implémentation

(Voir figure 3, page 43)

Les éléments exposés ci-dessous et souvent très liés entre eux, sont recueillis dans différentes étapes de la discussion et ont pu être regroupés ici grâce au codage. Les thèmes sont présentés par ordre de fréquence de citations dans les discussions.

Soutien officiel

L'ensemble des 5 groupes ont apprécié d'être officiellement soutenus dans leur pratique et leur démarche par des institutions indépendantes. Ils se sentent rassurés, ont le sentiment d'obtenir une confirmation et une validation officielle de leur discours. Cela les aide à **oser prescrire selon leurs convictions**. L'appui large des différentes institutions les encourage à aller dans le même sens et témoigne d'un travail en

amont pour sensibiliser la population, soutenir et apporter des réponses aux médecins.

Consensus de message

De nombreux médecins soulignent l'importance de rencontrer le même message de plusieurs sources différentes pour un effet de rappel, de consensus et de complémentarité des actions. Ils n'ont plus le sentiment d'être parfois « à contre-courant ». Dans notre cas il y a deux niveaux de consensus de messages : à l'intérieur du projet Gepie en tant que campagne multi professionnelle, multi institutionnelle, et aussi par rapport à la campagne nationale qui a démarré en 2002.

Négociation facilitée

Ainsi ce support officiel renforce leur crédibilité et par conséquent facilite la négociation avec les patients. Il permet aux médecins d'avoir un discours plus ferme et de résister davantage à la pression des patients. Le document destiné aux parents leur sert de support à l'argumentation et à appuyer un discours pédagogique pertinent et convaincant face au patient, encourageant également certains patients à poser spontanément des questions lors de la consultation.

Prise de conscience

Pour de nombreux médecins, cette démarche de la campagne Gepie a été vécue comme significative d'une prise de conscience et d'une forte sensibilisation au problème des résistances bactériennes ; elle leur a permis une réflexion sur le sujet et une remise en cause de leur pratique.

Rompre l'isolement

La plupart des médecins ont bien accueilli les visites confraternelles qui permettent, selon eux, d'avoir un échange confraternel et de rompre l'isolement qu'ils vivent assez mal, dans leur pratique quotidienne. Cette démarche est pour eux significative d'une réelle volonté, indépendante de toutes motivations commerciales, de prendre en compte leurs difficultés.

Le contact direct, le dialogue

Beaucoup de médecins ont apprécié d'avoir été contactés directement (opposition avec la campagne PNIR) et la possibilité de pouvoir prolonger cet échange direct par un dialogue ultérieur. Certains d'entre eux ont eu le sentiment d'être intégrés à la campagne (ou de participer à une action commune). Ils la perçoivent comme flatteuse et intéressante dans la mesure où elle s'adresse directement à eux.

Aide au changement de pratique

Certains médecins ont perçu une aide pour changer leur pratique avec l'appui et les arguments des documents.

Apport de connaissances

Certains ont apprécié l'apport de connaissances nouvelles, aussi bien sur l'antibiothérapie que sur les recommandations actuelles.

Soutien officiel

4AJ c'est une attitude que j'avais déjà depuis longtemps, j'étais très contente de cette démarche, parce qu'enfin, les parents allaient être moins agressifs vis-à-vis de nous lorsque nous ne prescrivions pas d'antibiotiques. Donc, c'est ça que j'ai beaucoup aimé et qui m'a beaucoup aidé dans ma pratique,

pouvoir être soutenue dans cette démarche, voilà.

30 AF c'est bon de savoir qu'il y a un appui, qu'il y a des gens dans les services hospitaliers ou dans des facultés qui ont envie de faire bouger les choses parce que moi, ça fait 30 ans que j'exerce et on le disait tout à l'heure, hélas, c'était bien quand il y avait 2 ans (rires), et c'est la première fois qu'on a une telle information. Je dirais que c'est plus qu'une information, c'est une **incitation**, et c'est ça qui est très bon je trouve.

61 AF Moi, ça m'a peut-être fait modifier mon attitude face aux otites. Les otites moyennes aiguës de l'enfant, il est exceptionnel que je les traite par AB d'emblée, et ça n'est pas original, parce que dans certains pays, les Pays-Bas par exemple, c'est le cas, et j'osais moins le faire avant ! Depuis 2 ans, 2 ans et demi, j'ose le faire,

88 H ces documents ont enfoncé un clou

36J' Parce que le dépliant, il nous appuyait, voilà, il y a une démarche officielle, il y a des grands noms, il y a des machins, des chiffres, on vous le sort, on vous le montre, et si vous tenez à vos AB, on vous montre que c'est inutile...

20AM ça permettait surtout, pour certains parents qui étaient très demandeurs d'AB de pouvoir avoir un support officiel et dire « vous voyez, il y a pas que moi qui le dit ! ».

39 Z Moi je crois que ça rassure.

79 J Les deux, parce qu'ils ont eu l'impression que... Quelqu'un dit : il y a une coordination... ils ont entendu à la télé ce qu'on leur disait depuis longtemps... Alors ça nous a donné, nous, beaucoup de valeurs, parce qu'on était là avant la télé. Et qu'on les a prévenus, et qu'ils ont l'impression qu'on veille sur eux, quoi ! Qu'on est un peu les sentinelles, et qu'on est là, et que, avant que ça explose... un peu comme tous les scandales politico-sanitaires qu'il y a eus, leur médecin, il était au courant, et déjà, il était déjà au courant. Et c'est là que, il y a rien de plus mauvais que ce soit votre patient qui vous informe d'un truc qu'il a vu dans les medias, parce que de temps en temps... C'est vrai, ça arrive, hein !

Négociation facilitée

25 AI ...et puis après je me suis aperçue que c'était plutôt des renseignements et que, au contraire, j'étais assez contente d'avoir de la documentation pour négocier avec les gens, quoi. Donc, ça, c'était plutôt une aide.

34B' Moi, je l'ai plus ressenti comme un support pour faire passer le message... Un support pour m'aider à introduire une discussion sur un sujet précis avec les patients.

20F Mais aussi les documents. Les documents qu'on met dans la salle d'attente, qu'on donne à la maman, pour se justifier de ne pas avoir prescrit. Derrière, il y a ça.

52.I les brochures qu'on a reçues, c'est intéressant aussi, donc, ça intéressait les gens et ça permettait même de, en dehors des consultations pour Antibiothérapie, ça permettait de discuter. Des gens prennent ça dans la salle d'attente, et au cours de la consultation, ils pouvaient discuter de l'antibiotique ou pas

4Z Euh, ils ont surtout servis de base à une discussion, à introduire une discussion avec les patients, bon, c'était des discussions que de toute manière, a priori, j'avais déjà avec mes patients, c'est vrai que ça donnait un support

38 C Non, là c'était les patients. Moi je trouve que les petits documents pour les patients, c'est quand même utile. Moi, j'ai un grand tableau qui m'a été fourni par je sais plus quel organisme officiel et où je mets des tas de documents comme ça, et bien ça incite les parents quelque fois à me poser des questions sur tel ou tel sujet, et puis, comme tu disais tout à l'heure, oui, c'est un support officiel, ça nous aide parce que ça les convainc que, finalement, on a peut-être raison quand on leur parle de quelque chose. Ils sont pas toujours facile à convaincre, donc, avoir un petit papier comme ça, avec un tampon officiel, un organisme de la santé, etc..., ben, certains, ça les aide.

55 Z Non, moi je trouve que ça sert surtout de support à un échange, à une discussion !

Consensus de message

57F' Comme dans une entreprise, parce qu'après tout, c'est la même entreprise.

18 AN Oui, moi ça va aussi dans le même sens, la campagne, c'était très bien de l'avoir organisée, justement pour aller tout le monde dans le même sens et essayer de limiter cette prolifération

78 MII y a eu une sommation !

34 AF Je reviendrais volontiers sur le poids de la télé. Je suis tout à fait d'accord avec ça, mais je pense que la télé a eu d'autant plus de poids qu'il y avait eu une action avant. Et souvent, ce sont des injections de rappel, en quelque sorte... Quelqu'un dit : oui, c'est possible.

36 AF Non mais faut tirer à feux croisés !

139 C Non mais c'est vrai que ça interpelle (les spots télé) et après... les plaquettes, ça explique.

V p 24 : Non, c'est à dire que depuis ça, on rame dans le bon courant, avant on ramait à contre courant.

Prise de conscience

5F Moi, je pense que ça a réveillé en même temps, ça a donné un coup de pied dans la fourmière chez nous, où on se laisse un peu vivre comme ça, et où il n'y a aucune ingérence, on a aucune sensation d'ingérence dans notre travail, par contre ça nous réveille dans le sens où on reprend conscience de l'importance que ça revêt.

M Et donc, j'ai trouvé ça très positif dans ce sens où, ben, le lièvre a été soulevé, et après c'est à nous de...d'enfoncer les clous, quoi !

Rompre l'isolement

2A qu'en tant que généraliste, on est souvent isolé, seul, même si on a une FC, on n'a pas trop de retour de confrères, les spécialistes sur les prescriptions, alors de voir venir quelqu'un qui nous met en place, qui nous indique par quoi l'Antibiothérapie, c'est toujours bénéfique, surtout pour les angines, où depuis longtemps, on donnait un peu des AB à tort et à travers, hein si j'ose dire, et depuis, dans ma pratique, grâce à ça, ça s'est assez amélioré..

Le contact direct, le dialogue

58 AO Et ça permet un échange direct. On peut demander des renseignements

AP: Moi j'étais assez étonné, puisqu'à présent, les visites confraternelles que j'avais, c'était celle du médecin de la sécu, donc je me suis dit, tiens il y en a un nouveau. Ensuite, euh, c'est vrai que la discussion directe, j'ai peut être été un peu sensibilisé, je ne pense pas que ça ait modifié considérablement mes prescriptions, je veux dire, par rapport aux AB. Mais je trouvais cette idée assez originale du discours direct.

25B ... Euh, j'étais assez surpris mais assez flatté et très intéressé par le fait que on s'adresse directement à nous... Parce que je dois dire que, moi, les campagnes nationales, je reçois souvent des papiers, des posters, tout ça, je ne les mets pas dans la salle d'attente parce que, je sais pas le message qu'ils veulent délivrer exactement et, donc, je saurais pas expliquer aux malades. Bon, enfin, ça ne m'intéresse pas parce qu'on passe pas par moi, en fait. Là, je trouve qu'il y avait eu, c'était... enfin je me suis investi un peu plus.

Aide au changement de pratique

69 N la visite justement de quelqu'un qui m'avait permis donc peut-être de changer mes positions sur certaines pratiques, et surtout, peut-être, moi aussi (rires) d'affirmer ma toute puissance en prenant quelquefois des décisions fermes et définitives.

Apport de connaissances

70 J'ai pas ressenti comme une agression du tout, bien au contraire, ça nous apporté quelque chose, ça nous apporté des connaissances.

Les limites de la méthode

Certains médecins n'ont pas eu l'impression d'avoir été aidés car ils s'estimaient être déjà convaincus et posséder les connaissances nécessaires.

Peu de médecins estimaient que la visite prenait du temps sur les consultations.

Un médecin s'interrogeait sur l'efficacité de la méthode qui, selon lui, incite plutôt à une écoute passive.

Certains ont réclamé une préparation à la visite pour une meilleure sensibilisation.

Pour très peu de médecins la campagne a parfois dépassé son but en diabolisant les antibiotiques.

Certains médecins estiment que la campagne a eu un effet positif sur les prescriptions, mais à court terme.

35 Opas appris grand'chose puisque je savais beaucoup de choses déjà

310. C'est-à-dire qu'en fait, en tant que pédiatre, justement, je trouve qu'on avait déjà cette attitude de ne pas prescrire des AB à tire larigot, ça c'est certain, moi, personnellement, ça ne m'a rien apporté, à

25

Rédaction : Dr Pia Touboul et Mme Aline Le Clainche

Département de Santé Publique du CHU de Nice, Hôpital de l'Archet 1, 11, 2005

moi.....A moi, parce que je le faisais déjà, par contre, évidemment, pour les gens, ça nous aide énormément. Mais, moi je dirais que l'aide, elle nous est pas venue du tout des documents, après les documents, je n'ai pas remarqué grand-chose,

37 AC *'Oui, parce que c'est pas nous qu'il fallait convaincre, hein ?*

33V *Est-ce que le message passe quand c'est passif ? C'est-à-dire quand c'est pas toi qui viens chercher l'information ? Quand tu as ton cabinet, on te dit, ah, tu viens, merci, c'est passif. Tu es passif. Donc je suis pas convaincu que le message passe de la même façon chez quelqu'un qui va chez une FMC ou chez quelqu'un qui reçoit une information,*

Comme tu es devant la télé, la publicité passe, est-ce qu'elle te marque, oui ? non ? j'en sais rien.

151 AG *A la limite, maintenant vous voyez même des gens qui sont contre l'antibiothérapie. Ca arrive. "Surtout pas d'AB". Bon ben d'accord, d'accord ! (rires). La plupart du temps, il en faut pas, heureusement, c'est bien. Alors qu'avant ça se voyait pas, c'était exceptionnel, sauf clientèle particulière, c'était...EC*

152 C *est vrai. J'ai eu le cas...*

PJ1er/2^{ème} groupe début .Le problème, c'est qu'au bout d'un mois, un mois et demi, j'ai eu le sentiment de retomber dans le bon travers, la facilité, sonder un peu ce que le patient attend, très honnêtement, hein, alors là, moi, j'en prescris des AB, très honnêtement... Donc, voilà je pense, j'ai trouvé que ça avait un effet qui est pas mal, mais bon, il faudrait trouver un petit moyen pour que ça s'inscrive un peu plus dans la durée, je crois.

103 J *Il faut pas diaboliser les AB, non plus.*

3.2.3.2 Perspectives : Besoins des médecins et outils complémentaires proposés pour permettre le maintien des effets positifs de la campagne

Validation, pérennisation et propositions d'amélioration des outils existants de la campagne

41 C *Mais c'est vrai que cette campagne, il faut qu'elle continue, il faut qu'elle continue !*

- **Validation, pérennisation**

Les outils de la campagne sont validés par la grande majorité des médecins désireux de les pérenniser, afin d'inscrire cette campagne dans la durée. Ils sont nombreux à vouloir recevoir régulièrement des réactualisations d'informations par le biais de visites confraternelles mises en place par un organisme indépendant (par exemple le Gepie), des dépliants, des affiches, des documents médecins.

Les spots télévisés de la campagne nationale sont souvent cités comme media indispensable et complémentaire de l'action de terrain et leur pérennisation est jugée nécessaire.

Information sur les résultats de la campagne

107 M *Moi je pense que, au niveau des... ça peut être intéressant quand même qu'il y ait des résultats de cette campagne qui soient envoyés à tous les médecins,*

Dépliants parents

48 P' *Il faudrait qu'elle soit rééditée, redistribuée régulièrement...*

Affiches

200 AI *Les affiches, aussi, c'est bien parce qu'au bout d'un moment, les patients ne voient plus les affiches, quand elles ont été mises au bout de 2 mois, ça fait partie du décor ; Mais c'est bien, une affiche qu'on peut mettre au cabinet, avec un nouveau logo, un nouveau dessin, avec : "les maladies*

virales n'ont pas besoin d'AB, les pharyngites n'ont pas besoin d'AB..", avec des petits messages comme ça, flash, je pense que les mamans sont sensibles.

Visites confraternelles

20Q Des visites mensuelles...

103 C C'est pour ça que je disais tout à l'heure, si on pouvait... si on un organisme indépendant des laboratoires pouvait nous fournir une étude comparative de l'efficacité, des effets secondaires des AB, puisque ce sont les AB dont on parle, je trouve que ça serait utile, voilà.

106 U justement, on a besoin d'organisme fiable et on pense que le GEPIE, c'est le cas.

Réactualisation des connaissances et en particulier des recommandations

*108 O Ben, s'il y a des modifications parce qu'en médecine, tous les ans ça change ! Donc...(rires)
Une remise à jour on va dire...*

41 A refaire. (en parlant du document médecin) Je pense qu'il faut recommencer cette campagne, refaire la distribution...

42 J Et puis avec les nouveaux chiffres...

43 P L'actualisation de la résistance. Ca serait intéressant de montrer aux parents qu'on a obtenu un résultat sur la lutte....

47 P Je pense qu'un troisième document serait bien avec l'actualité. Et surtout, montrer qu'on a eu des résultats positifs. Et que ces résultats, on puisse les montrer aux parents. Ca nous aiderait, en tout cas dans nos consultations.

110 M Moi, je trouve que la façon dont la plaquette a été faite, bon là sur l'arbre décisionnel, peut être qu'il pourrait y avoir quelque chose à l'envers, des recommandations, vraiment des choses à ne pas faire, des interdits, peut être, pourquoi pas.

...

Spots télévisés

191.T Faire de temps en temps de la pub à la télé, parce que finalement les médias, il faut s'en servir.

73 S Le plus grand soutien publicitaire à l'heure actuelle, c'est la télévision, hein !

• Comment réactualiser et améliorer ces outils validés ?

La réactualisation et l'amélioration concernent surtout les documents médecins. Les médecins sont nombreux à proposer des fiches présentant des cas cliniques plus concrets, davantage de comparaisons par rapport aux autres pays en ce qui concerne la prise en charge de ces mêmes infections, une mise au point plus pointue d'antibiologie (en particulier de la part des pédiatres), un suivi de l'évolution des résistances.

Cas plus concrets

40AO Moi j'aurais aimé quelque chose de plus concret. J'ai le souvenir de généralités qu'on nous a redites, qu'on connaissait déjà, peut-être des exemples plus précis, des cas concrets, et plus vivant.

Comparaisons avec d'autres pays

109 AM Et est-ce que savoir justement ce qui se fait dans d'autres pays, qui utilisent beaucoup moins d'AB, et les résultats qu'ils ont, est-ce qu'ils ont plus de complications d'angines, est-ce qu'ils ont plus de mastoïdite ? ... Est-ce que ça ne pourrait relativiser un petit peu les choses, de savoir ce qui se passe dans d'autres pays ? Ce qui se passe en France, et ce qui se passe en Espagne...

110 AF Peut-être le faire le faire ressortir un peu plus ...

111 AM Avec les taux de complications dans chaque pays par rapport à la consommation d'AB par exemple, pour sécuriser un petit peu les angoissés qui prescrivent les AB pour pas que ça dégénère ! Des médecins, non je parle aussi des médecins ! Faut pas se cacher qu'il y a quand même aussi des médecins angoissés !

112 AM Non, mais c'est vrai, ça c'est intéressant ! Comparer la France avec par exemple Allemagne-Pays-Bas sur 2 ou 3 indications, euh, résultats...

113 AF...en complications, ni plus ni moins, d'ailleurs en général, et résultats en résistances aux AB sur 2 germes ou 3, les plus courants, ça parle bien, hein !

Information sur les antibiotiques à utiliser /antibiologie

116 M Oui, non, toujours la même chose, autour de la formation, la nécessité d'avoir une formation répétée, tous les 2 ou 3 ans, alors que ça vienne de Jean-Michel Muller ou de l'hôpital, mais d'une formation très pointue en antibiologie parce que, finalement, c'est le cœur de notre prescription... D'autres acquiescent...c'est vraiment... voilà, je trouve que ça manque un peu, quelque chose d'un petit peu, euh...euh..., je veux dire, disons parfois, il doit y avoir sur le pneumocoque etc... j'entendrais quelque chose d'un petit peu plus complet

187H Alors, ce qui est intéressant actuellement, c'est que quand on prescrit un AB, c'est les résistances, pourquoi ça marche et pourquoi ça ne marche pas, il y en a de moins en moins qui marchent, et on peut prolonger la discussion sur "lorsqu'il faut prescrire un AB, quel AB, à quelle posologie éventuellement pour certains, bon.

Suivi de l'évolution des résistances.

41G plus d'informations sur le niveau des résistances actuelles dans notre région par rapport à telle ou telle classe d'AB, parce qu'en fait, ça, on le sait pas. On a de temps en temps des articles mais qui parlent d'un pays entier par ex, mais on ne sait pas si sur la région de Nice, le pneumocoque est résistant à tant de % ou à tant de % ! On sait pas !

Besoins et outils complémentaires, permettant de faciliter le maintien des effets positifs de la campagne, liés à la pratique du médecin

Nous avons pu recueillir de nombreuses réactions concernant les besoins des médecins ainsi que des propositions d'outils complémentaires pour maintenir les effets positifs de la campagne et aider les praticiens à continuer leurs efforts.

- **Rompre l'isolement, confronter les pratiques**

La plupart des médecins ressentent le besoin d'être moins isolés et de confronter leurs pratiques à celles de leurs confrères.

Différents outils sont proposés :

- La mise en place de groupes de discussions incluant des médecins de spécialités différentes.
- L'organisation d'un travail de réflexion par groupes de pairs pour évoquer les représentations de médecins par rapport aux attentes des patients, et par rapport aux motivations des prescriptions d'antibiotiques. Ce travail de groupe permettrait d'avoir un retour d'informations relatif à la multiplicité des pratiques face à une population hétérogène afin de mieux cerner les besoins des médecins.
- La mise en place d'un système de retours d'informations par rapport à la propre pratique du médecin et à celle de ses confrères sur les prescriptions d'antibiotiques (quantitatif et qualitatif).

Besoins

Rompre l'isolement des MG

207 AG En fait, il faut rompre l'isolement du médecin généraliste. Le médecin généraliste ne doit pas rester dans son coin. Voilà.....

Confronter ses pratiques

96 C Moi, j'ai besoin de savoir aussi ce que les autres en pensent et comment ils l'utilisent dans leurs pratiques.

199 E Déjà avoir peut-être aussi des profils, on a tous visiblement des pratiques quand même très différentes, et avoir une demande qui soit une demande unique pour une population qui soit aussi

hétérogène, ça paraît un peu curieux. Donc déjà avoir une idée de la multiplicité des pratiques, et pas forcément avoir son propre profil mais se situer par rapport à une gamme de profils, ça permettrait peut-être aussi d'avoir une idée de voir un peu plus quels sont nos besoins.

Outils

Organisation de groupes de discussions incluant des médecins de spécialités différentes.

130 C Non, mais faire des groupes de discussion avec 1/3 généralistes, 1/3 ORL, 1/3 pédiatres...ça serait intéressant.

Travail en groupes de pairs

188 E Il faudrait refaire une soirée comme ça mais plus orienté sur les représentations, nos représentations. Par rapport aux AB, par rapport en particulier aux attentes des patients.

190 N il faudrait multiplier des groupes de pairs. Un petit peu dans ce style de formation professionnelle, cad, à 10 médecins, tu prends ta dernière consult enfant, tu la fais passer sur les dix personnes et tu regardes leurs réactions et à la fin, tu expliques toi ce que tu as fait. C'est vrai que de temps en temps, c'est assez rigolo.... Avoir une idée sur la multiplicité des pratiques face à une population hétérogène, pour mieux cerner les besoins des médecins (d'où l'intérêt d'un travail en groupe).

E 199 Déjà avoir peut-être aussi des profils, on a tous visiblement des pratiques quand même très différentes, et avoir une demande qui soit une demande unique pour une population qui soit aussi hétérogène, ça paraît un peu curieux. Donc déjà avoir une idée de la multiplicité des pratiques, et pas forcément avoir son propre profil mais se situer par rapport à une gamme de profils, ça permettrait peut-être aussi d'avoir une idée de voir un peu plus quels sont nos besoins.

Retour d'information sur la quantité des antibiotiques prescrits et la qualité des prescriptions

180 E. un système d'autoévaluation. Et je pense qu'il serait intéressant sur ce plan-là, comme d'autres, d'avoir des outils simples, rapides, pratiques d'autoévaluation, du style un simple questionnaire à remplir en 2 minutes le soir en regardant son ordinateur, savoir combien d'AB on a prescrit, quelles familles, quel était le profil d'âge à qui on avait prescrit, enfin on est pas là pour le construire, mais il y aurait 5 ou 6 questions..

181 .E Mais au quotidien, j'entends, vraiment, pas un truc à faire tous les 3 mois où tu t'évalues sur tes connaissances, mais simplement à avoir un regard sur ta pratique, et te dire en fin de semaine "bon sang, qu'est-ce que j'ai prescrit comme AB !", et puis t'apercevoir que tu en as prescrit deux fois des AB dans la semaine

182 AI Le nombre d'enfants de moins de six ans qu'on consulte, nous sur l'hiver précédent et cet hiver, et ce que font les généralistes, et ensuite la prescription des cas d'AB. Donc, tu as une évaluation, sachant aussi qu'il y a des périodes d'épidémies, par exemple à Carros, on a des scarlatines, cette année, on a beaucoup de scarlatines, des vraies scarlatines. Alors que, souvent, il y en avait pas. autre médecin non identifié Oui, c'est par période.

183E. Ca; c'est des chiffres bruts par rapport à tes outils ou simplement, tu mets une croix : prescription probabiliste, prescription de certitude ou prescription sociale, entre guillemets, etc...imaginer un petit outil comme ça..

96B Oui, alors moi je crois que c'est un petit peu difficile, parce que bon, c'est facile de savoir combien d'AB ont été prescrits, mais il y a quand même un autre élément important à savoir, c'est s'ils ont été prescrits... ceux qui ont été prescrits, ont été prescrits à bon escient ou pas. Ca, ça demande un travail sur notre consultation un petit peu trop long à mon avis, ou alors qu'il y en ait que certains qui le fassent pour informer les autres, et qu'on fasse une moyenne, pour dire bon ben...

119 PT

Que chaque médecin reçoit un retour sur ses prescriptions.....et qui lui permettent de se situer parmi à ses confrères... ?

P Oui, Ca serait bien.

119M Ce retour sur prescriptions, moi, ça me paraît très très difficile ! Parce que vous posez... si vous faites vous-même le diagnostic, le traitement, vous envoyez, ça quelque part, enfin je veux dire, forcément vous êtes dans l'arbre décisionnel ! Puisque... donc, moi je vois mal comment on peut avoir ce retour sur prescriptions. Franchement. Si ce n'est en disant : « bon, combien de boîtes d'antibiotiques, par rapport à tant d'enfants vus. J'en sais rien, quelque chose comme ça. Parce que

sinon on est juge et partie, c'est pas possible !

- **Recevoir des informations pertinentes et régulières**

La plupart des médecins estiment avoir besoin de différents types d'information et de mises à jours pour réactualiser leurs connaissances, les aider à prendre en charge les patients et étayer leur négociation thérapeutique. Certains souhaitent une diffusion plus large et moins cloisonnée de l'information.

Les différents outils proposés par ordre de fréquence de citations sont :

-De très nombreux médecins dans tous les groupes réclament des informations locales en temps réel, sur les épidémies en cours, de source hospitalière ou de médecine libérale.

- Ils sont également nombreux à réclamer une diffusion régulière et plus large d'informations sur les résultats de la campagne incluant l'évolution des résistances aux différents antibiotiques dans notre région (à diffuser auprès des médecins libéraux et hospitaliers, en incluant les hôpitaux périphériques).

- Plusieurs médecins souhaitent que leurs connaissances soient régulièrement actualisées, par exemple au moyen de recommandations incluant des mises à jour sur l'utilisation des antibiotiques (l'observance, la durée, la posologie) avec possibilité de pouvoir poser des questions individuelles.

-Beaucoup de pédiatres ont souhaité être informés au moyen de réunions en présence d'experts.

-Certains ont proposé une information par courrier comme celle qui est envoyée pour la pharmacovigilance.

-D'autres ont proposé de multiplier les formations TDR.

- Informations locales en temps réel, sur les épidémies en cours, de source hospitalière ou de médecine libérale.

202 AI les informations sur ce qui se passe, par ex, qu'est-ce qui est reçu aux urgences à L'Archet, par exemple, comme pathologies dans une période donnée, au mois d'octobre, ou novembre de notre année, de même que, dans telle localité, il y a la scarlatine, dans telle autre, il y a eu... nous, on a la gale à Carros, l'autre fois, après c'est la varicelle, bon... Quand on sait ce qui se passe dans les écoles, bon, on va déjà être à la recherche de.. Donc c'est une information locale, même entre médecins de la même localité.

203 En fait, on nous demande à nous, médecins généralistes de signaler, alors qu'on ne le fait pratiquement pas, des maladies, hein, on est obligés, dans certains cas, de signaler des maladies,mais c'est vrai que ce que tu dis est très important. Il faudrait aussi qu'on fasse le retour et qu'on nous signale dans certaines régions, certaines localités, ce qui circule, parce que ça éviterait des erreurs, des errances de diagnostics, oui, ça c'est vrai. ??

205 AI C'est comme le système des GROG, cad qu'on sait quand on a les véritables cas de grippe qui arrivent, de pouvoir dire, effectivement la grippe a débarqué, soit il faut vacciner en urgence..

206 I C'est vrai que cette veille sanitaire, c'est quelque chose qui manque un peu. Quand on a des renseignements, c'est souvent en retard, et on a râté le train en marche, quoi !

115 P Ca je pense que ça informerait tout le monde de ce qui se passe dans le quartier et...Les parents le prennent très bien. Ils sont pas plus stressés que ça et ils disent « quand même, j'aurais jamais pensé ! ».

- Diffusion d'informations régulière et plus large sur les résultats de la campagne incluant l'évolution des résistances aux différents antibiotiques dans notre région

29 M Ce qui a été très intéressant, je crois que c'était justement la soirée de M. Dellamonica, c'est quand il avait... je sais plus si c'était lui qui avait énoncé les chiffres, en disant que, finalement, le fait que la campagne ait été instituée, dans les Alpes-Maritimes justement, on avait vu une baisse du taux de résistances et il y avait eu une étude comparative avec le département du Nord, qui était prise pour pilote, c'est ça ? Et ça c'était intéressant... Ce sont des conséquences pratiques qui nous encourage

30

Rédaction : Dr Pia Touboul et Mme Aline Le Clainche

Département de Santé Publique du CHU de Nice, Hôpital de l'Archet 1, 11, 2005

dans notre démarche...

113 AH Ces résultats, vous pourriez les présenter par contre dans les services de pédiatrie, en particulier dans les hôpitaux périphériques, comme Cannes, Grasse, Antibes, qui n'ont pas justement la présence et la pression de Hervé pour les booster sur la prescription adaptée d'AB et moi je trouve que ces résultats de campagne, les envoyer peut être à ce... mais faire des réunions vraiment, vous, membres du GEPIE, dans les services de pédiatrie, de Cannes, de Grasse et d'Antibes...

93 C Et au niveau économique, est-ce qu'on peut pas arriver à savoir ? Oui, non. On a économisé parce qu'il y a eu moins de... Non ? On arrive pas à... ?

Parce que c'est un facteur de comparaison, ça ? Nombre de boîtes de tel AB vendues ? Non ? Je sais pas ? C'est un facteur qu'on peut étudier ça ! Qu'il y ait le reflet de l'utilisation !

- Réactualisation régulière des connaissances, possibilités de poser des questions

201 O nécessité d'actualiser les connaissances du médecin généraliste, dans ce domaine, qui est quelque fois plus ou moins fréquent selon la pratique qu'on a, vis-à-vis de la pathologie infectieuse de l'enfant. Parce que c'est pas simple de garder en mémoire des choses qu'on ne pratique pas.

209 O Je sais pas. J'aurai été intéressé, mais c'est toujours difficile, parce que déjà on en sait pas grand-chose, quand on parle de l'observance. Avec la différence actuellement de la prise en charge. On parlait de l'angine, ou de l'otite moyenne aiguë, il y a maintenant des traitements courts... Par exemple, dans le cas de l'otite moyenne aiguë, tu as le Zinnat, tu as les Céphalosporine de 2ème génération qui ont l'AMM pour ça.. Alors on sait que quand on prescrivait 8 jours, ils en faisaient 5 ou 6, maintenant on en prescrit 3, j'espère que 3 ça sera.. Parce que le vrai problème de tout ça, c'est qu'il y a les résistances, donc il faut qu'on ait un traitement efficace, à la fois en doses, bien sûr connaître les doses chez l'enfant surtout, et en durée. Et essayer de s'y tenir. Et c'est ça la difficulté, or, là aussi..

Concernant le traitement minute de la Rocéphine

210 ..I En garde, je fais beaucoup de Rocéphine injectable Chez l'enfant, non, ça m'est arrivé, pas autant que chez l'adulte, mais ça m'est arrivé

211 AI Là on a ces documents qui sont officiels ! Elle lit le document : On a : "otite moyenne aiguë chez l'enfant et nourrisson. En cas d'échec, quand même, hein, 8mg/Kg/j pendant 3 jours, ou bien chez le nourrisson, pour une OMA, 50 mg/kg de Rocéphine, en injection unique. Donc c'est reconnu...

213 AI Ou si on pense que dans la famille il ne va pas être donné Tu as un gamin, tu penses que ça va pas être donné, parce que la famille est pas suffisamment informée..

45 G Ce qui pose problème, par exemple, nous dire : « voilà, attention, avec telle classe d'AB, vous êtes inefficace à 70 %, là on le sait, on en parle plus ! ». Moi, ça me manque cette information. Moi ça me manque...

46 F Surtout que c'est une information qui évolue chaque année, quoi, donc, c'est vraiment..

Faut réactualiser en permanence

194 Je trouve que les tests des questions rapides, c'est bien, c'est une bonne chose, faudrait peut-être les généraliser un peu plus..I

Groupes d'Experts proposés par pédiatres

26 J Moi, je crois... au point de vue médecins informateurs, je crois qu'il y a... La chose que m'a paru le plus utile et le plus intelligent, c'est la réunion avec les experts, avec la carotte. Je m'explique. J'ai jamais vu une affluence pareille aux journées de pédiatrie (rires) que le jour où on a dit « ceux qui viennent auront leur boîte de streptotest ». Je crois qu'on était 95 ce jour-là. On a jamais été 95.

Il fallait valider... Pour avoir les streptotests gratuits, il fallait valider la réunion. Ca je pense que... là on est sûr que toute l'information est passée, tout le monde l'a entendue, maintenant les gens peuvent ne pas la faire mais ils l'ont eue. Et ça je pense que c'est très positif.

27 AQ Il me semble me souvenir de cette soirée, je pense que la CPAM nous avait sollicités aussi... Et donc, je veux dire, il y avait pratiquement un caractère, éthique, obligatoire d'y aller, quoi !

98 C Moi, je préférerais un dialogue autour d'une table avec un expert et confronter nos expériences.

102O C'est pour ça qu'une réunion avec un expert, on le sait tout de suite.

95M

Oui, moi j'aimerais que l'hôpital reprenne un peu une place dans la formation.

Informations par courrier - pharmacovigilance

43AO Par contre, à ce sujet, je pense que le service de maladies infectieuses pourraient éditer comme le fait la pharmacovigilance. Un courrier tous les six mois en nous disant « voilà, la souche qu'il y a eu... Ca serait très bien, parce qu'on voit souvent pour la pharmacovigilance, il y a des lettres qui sont bien. Et là on pourrait recevoir un courrier.

Formations TDR

195 multiplier les formations pour les TDR déjà ! EC

Les différents moyens de diffusion d'information proposés sont mail, site internet ou éventuellement courrier.

Voies de diffusion d'information

47V En plus avec le mail, c'est facile.

54 F ? Donc, les lettres viennent d'organismes, sérieux, indépendants, ? C'est vrai, on les ouvre, on les lit.

97 AF Ou alors par un site internet, ça peut être bien aussi ?

Deux personnes disent : oh, non.

• Reconnaître le rôle du médecin généraliste dans la prévention.

Beaucoup de médecins soulignent l'importance de leur rôle éducatif vis-à-vis des patients et certains proposent une reconnaissance de ce rôle sous forme de cotation particulière d'un acte de santé publique afin de faciliter et promouvoir l'éducation des patients par les médecins.

Reconnaître le rôle du médecin généraliste dans la prévention.

67X je pense que le plus important, c'est l'éducation qu'on a mise derrière. Expliquer pourquoi, comment, et pourquoi c'est pas utile de... et puis on peut attendre, et quels sont les signes éventuellement... et quels sont les enfants à risque...

68X il y a plein de choses qu'on peut dire sur la fièvre ! Voilà et ça c'est une éducation qu'il faut...

57AP il faudrait peut-être qu'il y ait une cotation particulière pour qu'enfin, le rôle du médecin généraliste dans la santé publique soient reconnus.

58 AP J'ai dit que la santé publique doit avoir une cotation particulière...pour qu'on puisse avoir notre rôle d'éducation ! Pas prescrire des AB, c'est expliquer aux parents que ce n'est pas nécessaire de prescrire des AB, donc on a un rôle éducatif sur les parents ! Et ce rôle, il doit être rémunéré !

• Autres

Certains médecins proposent également d'autres outils :

- mettre à disposition des médecins d'autres tests de diagnostic rapide que celui de l'angine (par exemple TDR CRP),
- intervenir dans la formation initiale,
- harmoniser les prises en charge des médecins de ville et des services d'urgences pour pallier aux problèmes inhérents aux urgences (peut être à comparer avec les problèmes dans les situations d'urgence...) : patient inconnu, vu dans l'urgence, sans garantie de suivi.
- déculpabiliser les médecins par rapport aux examens complémentaires

Mettre à disposition des médecins différents tests de diagnostics rapides

126 AC Ca existe, ça, pour la CRP...ça existe !

88 AE Non, il faudrait une bandelette CRP qu'on puisse faire au bout du doigt, ça serait un bel outil, ça ?

Intervenir dans la formation initiale

116 AF Il y aurait deux zones d'impact supplémentaires, mais c'est sûrement déjà fait, les congrès bien sûr, et, bon c'est peut-être pas du tout le cadre, vous m'arrêtez, mais dans les études de médecine, dans la dernière année, quand ils font la thérapeutique, est-ce... le GEPIE par exemple, ou d'autres organismes, peuvent s'introduire dans l'enseignement, pour donner quelques heures de cours ! Parce que je me rappelle en 5^{ème} année, quand j'ai étudié la thérapeutique, c'était la 6^{ème} année à l'époque, euh, je croyais tout ce qu'on me disait, et on m'a dit des choses qui n'étaient pas tout à fait...

Harmoniser les prises en charge des médecins de ville et des services d'urgences.

117 C Non, moi je pense qu'il faudrait cibler les urgences parce que les hospitalisations, quand même, c'est particulier ! C'est des cas plus graves, quoi ! Mais les urgences, tu as raison, il faudrait cibler les urgences hospitalières.

119 AF ce n'est pas à généraliser, mais ça peut être un médecin qui n'est pas très intéressé par la médecine, qui n'a pas trop réussi dans son quartier en libéral, et qui va vivre parce qu'il va prendre des urgences, avec peut-être moins d'implications, en s'investissant moins, et en donnant facilement des AB sans se poser de problèmes... Ca ne doit pas être généralisé ce cas-là mais c'est un exemple. Après il peut y avoir d'autres exemples aussi...

120 U Et puis il y a la relation médecin-malades qui n'est pas...

121 C Et puis ils n'ont pas le temps non plus d'expliquer aux patients l'intérêt de ne pas prendre d'AB.

122 AF Et puis ils ne connaissent pas les patients. Ils ne les connaissent pas !

123 AM Moi quand je suis de garde le dimanche, on fait des gardes pour Tout Cannes, moi je veux dire, je suis beaucoup plus à l'aise pour ne pas prescrire d'AB à des gens que je connais, que je sais comment il va réagir, et que je sais que je vais revoir si ça va pas, qu'avec un patient d'un confrère que je ne connais, dont je ne connais pas le degré de fiabilité, donc je ne sais pas s'ils vont se représenter si ça va pas, etc... ! Je veux dire, ça plaide en faveur du médecin traitant, qu'il soit pédiatre ou généraliste, mais le fait de connaître les patients, ça facilite la prise de risque, en disant « revenez si ça va pas, mais je ne vous donne pas de traitement pour l'instant ».

Déculpabilisation par rapport aux examens complémentaires/ Bon usage des examens complémentaires

85 AE Je pense que, pour aider le médecin, peut-être le déculpabiliser vis-à-vis des examens complémentaires...

Besoins et outils complémentaires, permettant de faciliter le maintien des effets positifs de la campagne, liés à la prise en charge des patients

Les médecins expriment également des besoins et proposent des outils liés plus particulièrement à la prise en charge des patients :

- Quelques médecins estiment important de s'intéresser plus particulièrement aux patients sujets aux infections à répétition.

- D'autres soulignent la nécessité de procéder à une évaluation des perceptions, des attentes et des craintes des patients, notamment face à la fièvre. Ceci, afin d'élaborer des outils susceptibles de cerner les problèmes d'ordre émotionnel qui influencent la prescription d'antibiotiques et permettre aux médecins de mieux répondre aux besoins des patients.

- Plusieurs médecins proposent d'étendre l'information aux patients: informer ces derniers des résultats de la campagne et mettre en place des campagnes d'information grand public lors d'épidémies en cours avec information sur l'histoire naturelle de la maladie et la conduite à tenir, les complications à craindre et les situations à surveiller.

- Un petit nombre de médecins proposent des projections éducatives dans les salles d'attentes des médecins sous forme de films pratiques pour l'éducation sanitaire, et des fiches ciblées par pathologies à la disposition des patients.

Tenir compte du terrain immunitaire des patients

214 H Moi, je regrette simplement qu'on ne travaille pas plus sur les notions de terrain, parce qu'en général, les gens qui ont des angines, c'est toujours les mêmes, les gens qui ont des rhinopharyngites, c'est toujours les mêmes, ils sont toujours chronico-récidivents, quelque part, avant les AB, il y a une notion de terrain que beaucoup de gens encore ignorent, et malheureusement, je regrette, l'insuffisance de moyens de vaccinothérapie qui existe en France sur ces types de germes. Il devrait y avoir un travail qui se développe sur les traitements à visé immuno-stimulants,

216 H Il y en a qui sont plus malades que d'autres, mais c'est l'inquiétude des parents. L'inquiétude des

parents, elle est d'une fréquence avec la nécessité, un enfant qui perd pied, quoi, facilement..

Evaluer les attitudes, les comportements et les perceptions de patients

86 B *Est-ce qu'il pourrait pas être intéressant, pour les perspectives et pour le suivi à long terme, quand même de savoir un petit peu, auprès des patients ce qu'ils pensent, et comment ils voient les choses. Si ça évolue ou pas, hein, je veux dire, l'évaluation des résultats comme ça, aussi.*

91X ? *Moi j'aimerais bien reprendre l'idée que, effectivement, par rapport à ce qu'il s'est passé là, j'aimerais bien avoir le sentiment des patients, c'est vrai. Ca nous permettrait de savoir comment les éduquer...*

59AE *Alors, moi je pense que, là peut-être où les campagnes devraient s'orienter, c'est pourquoi il y a cette peur de la fièvre ? Je sais pas, c'est peut-être ça qu'il faudrait démystifier...*

Etendre l'information auprès des patients

66B *mais j'ai pas l'impression que, après cette campagne, les résultats qui ont été obtenus, aient été répercutés au niveau du grand public.*

43 P... *L'actualisation de la résistance. Ca serait intéressant de montrer aux parents qu'on a obtenu un résultat sur la lutte....*

47 P *Je pense qu'un troisième document serait bien avec l'actualité. Et surtout, montrer qu'on a eu des résultats positifs. Et que ces résultats, on puisse les montrer aux parents. Ca nous aiderait, en tout cas dans nos consultations.*

Campagnes d'information auprès des patients lors d'épidémies en cours avec information sur la conduite à tenir.

89S *En disant que la bronchiolite a un paroxysme, je crois que c'est au 4^{ème} jour, au 5^{ème} jour ça va mieux, au 6^{ème} jour aussi. Bon, en disant qu'on ne donne pas d'AB dans une bronchiolite, en disant que... bon ceci, cela... Il faudrait faire des campagnes ciblées et opportunistes... Si, si, si, si, c'est très simple, hein, la bronchiolite, en sept huit phrases, ils résument tout. En ce moment, nous avons en France des gastro-entérites, alors qu'est-ce qu'on dit, le pic de gastro-entérites est atteint dans tel département, c'est tout ce qu'on entend à la radio, rien de plus. On dit pas que ce sont des gastro-entérites virales, sans dire que c'est 9 fois sur 10 un virus, peu importe... nous avons... il y a une épidémie à tel moment, c'est une gastro-entérite qui est violente mais qui ne dure que 24 h, vous restez chez vous tranquillement ou quoi... On devrait faire des campagnes ciblées, et des campagnes opportunistes, qui durent 15 jours, 3 semaines, le temps que l'épidémie passe. En ce moment il y a des rhinopharyngites, s'il y avait des campagnes télévisées en disant que ça va durer 4 jours ou 5 jours, que cette année, on voit très peu de fièvre, etc... on en verrait peu !..... Moi je crois beaucoup à l'information du grand public pour soulager nos cabinets...Déjà !..... Ce serait énorme ! les gens d'abord s'inquièteraient moins, hein, bon « il y a une épidémie, on nous a dit à la télé... » parce que quand c'est dit à la télé, c'est parole d'évangile...*

Conseils pour la pratique afin de mieux comprendre le comportement des patients, prendre en compte leurs inquiétudes et les rassurer.

124 E *Et que quelque part, les outils que vous pourriez apporter c'est peut-être plus des outils de compréhension de ce qui se passe sur un plan émotionnel, pour pouvoir gérer des situations de cet ordre-là, pas forcément uniquement au niveau du rationnel, ce qui fait que ça dépasse assez largement le simple problème de l'antibiothérapie.*

Projections dans les salles d'attentes et fiches ciblées

193 AI *les gens sont très sensibles à l'audiovisuel et que, par exemple, les cassettes, pour expliquer comment nettoyer, comment faire un lavage nasal chez un enfant, c'est très intéressant. Dire "lavez-vous les mains, on ne fume pas dans la maison, etc...etc...".*

151G.... *pourquoi ne pas mettre une fiche rhinopharyngite, une fiche angine, une fiche bronchite, pour cibler justement le gars qui vient pour sa rhino ou la rhino de son petit, « tiens, c'est exactement ce qu'il a ! », et ça va peut-être aller plus droit au but....*

4. Discussion

34

Rappel des objectifs de cette étude

Les objectifs de cette étude étaient d'une part de préciser les réactions des médecins visités par rapport à cette campagne « Antibios quand il faut » et les influences de celle-ci sur la prise en charge par les médecins des infections des voies respiratoires supérieures bénignes de l'enfant et d'autre part d'identifier comment la campagne a été utile, les obstacles qui persistent, les outils nécessaires pour y remédier et pour maintenir les effets positifs déjà obtenus.

Les réponses recueillies figurant dans différentes parties de l'étude, nous avons choisi pour simplifier la lecture de la discussion de respecter dans la mesure du possible le plan général de l'étude.

Méthodologie

Méthode

Le choix de la méthode des focus groups a permis, grâce à la dynamique de groupe, d'obtenir des informations utiles pour approfondir la compréhension du processus d'implémentation de telles campagnes, dans la perspective d'une adaptation à de futures campagnes, d'autant plus justifiée que des évaluations qualitatives sont rares. Les multiples réactions que l'on a pu recueillir au fur et à mesure du déroulement de la discussion ont été regroupées par thème grâce au système de codage axial.

Le fait d'avoir une analyse réalisée indépendamment par deux personnes, dont une complètement neutre par rapport au projet a permis de garantir la bonne reproductibilité de l'analyse et d'éviter des interprétations subjectives.

Echantillonnage

Face à la multiplicité et à la richesse des réactions recueillies, nous pouvons dire que le choix de l'échantillonnage ainsi que le nombre de groupes organisés était approprié.

-Les médecins généralistes ont pu être contactés aisément et ont accepté volontiers de participer aux réunions de cette deuxième série de focus groups. Comparativement à l'expérience de la première organisation de focus groups en 1999, nous notons une nette amélioration au niveau de l'accueil réservé à ce type de démarche qualitative comme en témoigne le taux de participation recueilli. A titre d'exemple, le drop out était de 9 % en 2004/2005, comparé à un taux de 50 % en 1999. On peut donc penser que cette mobilisation significative des médecins témoigne d'une sensibilisation plus importante que lors des focus groups de 1999. Ceci nous a permis d'avoir des groupes assez grands avec 7-10 participants. Dans certains groupes, cela a peut être diminué l'expression orale de certaines personnes, mais nous avons néanmoins pu tenir compte de leurs acquiescements.

-Le fait d'avoir pu également inclure dans notre étude des médecins n'ayant gardé qu'un souvenir très vague de la campagne, nous a permis d'obtenir une large représentativité de réactions de médecins, nécessaire pour la généralisation des résultats. En effet un biais de recrutement fréquemment rencontré dans des études qualitatives consiste à ne pouvoir recruter que les médecins les plus intéressés et motivés par le thème abordé risquant d'appauvrir le recueil de données et diminuer la possibilité de généraliser le travail.

- Les femmes généralistes ont été plus difficilement joignables, mais une fois contactées, elles ont un taux de participation supérieur aux hommes. Ce résultat peut être à comparer à leur taux de participation en formation continue. En effet, 34 % des

femmes participent à la formation continue alors qu'elles ne représentent que 29 % de l'ensemble du corps médical, donc une certaine surreprésentation ¹⁹. Néanmoins la proportion de femmes ainsi que la proportion de praticiens exerçant seuls ou en association sont comparables à la moyenne nationale.

-Biais de recrutement : On constate que les médecins installés proche du lieu des FG ont été nombreux à accepter (Nice, St Laurent..), tandis que les médecins installés dans les communes éloignées de Nice ont été plus réticents. Lors de visites de l'enquête d'évaluation ¹⁷, la ville de Nice était une zone à part, les médecins niçois étant plus réticents à accepter des rendez-vous et ayant un souvenir plus vague de la campagne. Cette différence ne s'est pas confirmée dans cette étude probablement en raison de la proximité de lieu de réunion avec leur lieu de travail. Certains visiteurs sont ainsi, probablement en raison de la proximité de leurs secteurs avec le lieu d'organisation des Focus Groups, légèrement surreprésentés. Ce biais semble difficile à éviter compte tenu des contraintes d'organisation.

Scénario

Il a été difficile de discerner les différents volets de la campagne Gepie (visites confraternelles, document médecin, document patient...), car cette démarche est perçue comme une entité globale voire même un concept, de même qu'il a été difficile d'exclure la campagne nationale des discussions. Cela reste assez intriqué dans l'esprit des médecins. Nous avons relevé une certaine confusion dans les souvenirs des médecins : difficultés à dater et à distinguer précisément les 2 visites, difficultés à dissocier les messages de la campagne nationale des messages véhiculés par les documents Gepie, difficultés à discerner clairement les documents médecins ou patients dans le fond et la forme.

Nous avons choisi de demander aux médecins leurs réactions par rapport à la campagne telle qu'elle leur est apparue au moment des visites. C'est pour cette raison que les souvenirs peuvent paraître assez lointains et flous en début de discussion, mais, grâce à la dynamique de groupe, les souvenirs se précisent au fur et à mesure du déroulement de la discussion. Il aurait sans doute été plus aisé de leur remémorer la campagne en leur montrant par exemple les documents, mais notre intention était de recueillir les critiques et les impressions éprouvées au moment de la visite.

Triangulation

Certains résultats ont pu être comparés à ceux d'un questionnaire quantitatif d'évaluation ¹⁷, confirmant ainsi leur valeur. Dans cette enquête, réalisée un an après la 1^{ère} vague de visites confraternelles sur un échantillon représentatif de 200 médecins, 93 % d'entre eux se souviennent de la campagne et pensent que la visite confraternelle est une méthode adaptée pour diffuser des recommandations, 66 % pensent qu'elle leur a apporté une aide pour la négociation thérapeutique avec les parents.

D'autre part les comptes - rendus de visites remis par les visiteurs eux-mêmes ont permis de recueillir leur sentiment sur la qualité de l'accueil. En grande majorité les visiteurs ont estimé avoir été bien accueillis et rapportent que les médecins ont été agréablement surpris et satisfaits de ce type de démarche. Ce constat est confirmé par la proportion de médecins effectivement visités (environ 90 % de ceux ciblés par la campagne), valide les commentaires positifs recueillis dans cette étude sur la méthode des visites confraternelles, et confirme le soutien que la méthode a pu apporter aux médecins dans la négociation thérapeutique avec les patients.

Résultats qualitatifs

Réactions par rapport à la campagne Gepie

Par rapport à la méthode des VC, le concept de la campagne, les visiteurs

On constate l'accueil positif fait par les médecins de la méthode des visites confraternelles, surtout grâce au caractère original de la méthode, basée sur l'individualisation de la transmission de l'information, et grâce au dialogue entre pairs qu'elle permet. Les visites confraternelles sont donc perçues davantage comme un dispositif privilégiant la mise en commun d'expériences que comme un apport d'informations. Ce constat est d'ailleurs renforcé par la préférence qu'ils expriment d'accueillir des visiteurs pairs plutôt que des étudiants. Le manque d'expérience des étudiants, en décalage avec l'expérience professionnelle des médecins, limite l'échange alors que la visite des pairs permet le partage d'expériences similaires, incite à l'écoute et au respect, d'autant plus qu'elle constitue un « contrepoids » aux visites des représentants des laboratoires pharmaceutiques.

Souvenir

Le souvenir de cette démarche reste significatif malgré la sollicitation importante à laquelle les médecins doivent faire face du fait de leur profession et le délai écoulé depuis ces visites (2000-2001 pour la première et 2003 pour la deuxième) et les réunions de focus groups (novembre 2004 –mars 2005).

Le fait que la 1^{ère} visite semble ait laissé davantage de souvenirs que la 2^{ème} peut être expliqué par un effet de surprise, lié à la nouveauté et à l'originalité de cette démarche inhabituelle.

Réactions par rapport aux différents documents

Pour la plupart des médecins, les documents médecins synthétisent plutôt qu'ils n'apportent des connaissances nouvelles, les médecins les jugeant parfois trop simplistes, à la portée du patient. Ils ont été utilisés comme un outil de communication apprécié pour argumenter et appuyer un discours pédagogique convaincant face au patient. Ils ont toutefois permis de sensibiliser les médecins et « d'enfoncer le clou » et « mettre un coup de pied dans la fourmilière » pour reprendre les expressions utilisées par les médecins eux-mêmes.

Les documents patients ont été appréciés par une grande majorité de médecins qui estiment qu'ils les ont aidés dans leur pratique quotidienne. Ils sont perçus comme une aide à la négociation, un support à l'échange et à la discussion avec les patients. Ils apportent une information réelle, officielle donc indépendante et fiable, validée par l'ensemble de la profession et par conséquent appuient l'autorité du médecin et lui redonne de l'assurance.

Même si les messages véhiculés par la télévision ont été jugés plus puissants, certains médecins estiment que ces documents ont « préparé le terrain » des grands médias, et que le problème de la prescription des antibiotiques doit être abordé initialement dans le cabinet entre le médecin et son patient, le médecin étant en quelque sorte une « sentinelle ». De plus, il semble évident pour les médecins que les documents parents, s'ils sont mis à la disposition des patients sans servir de support à la discussion avec le médecin, auront très peu d'impact. Il apparaît que ceux-ci n'ont un impact efficace que lorsqu'ils appellent une information complémentaire que peut donner le médecin traitant dans la confidentialité de la consultation, incitant ainsi au

dialogue.

Propositions d'hypothèses explicatives face aux contradictions observées dans ces résultats qualitatifs

1) Il y a contradiction entre le ressenti très positif des visites confraternelles et le peu de connaissances intégrées, le peu d'enthousiasme vis-à-vis du contenu de l'information apportée. En effet, la plupart des médecins éprouvent des difficultés à citer l'accroche du message de la campagne, à restituer les recommandations diffusées dans les documents. De plus, ils affirment déjà maîtriser les connaissances sur le sujet, et être déjà convaincus du bien-fondé de l'action en faveur d'une utilisation raisonnée des antibiotiques. Ils estiment concrétiser les recommandations dans leur pratique quotidienne. Une très grande majorité de médecins ont le sentiment d'avoir acquis les connaissances dans ce domaine mais expriment les difficultés qu'ils rencontrent dans leur démarche d'amélioration de la prise en charge des infections des voies respiratoires supérieures bénignes de l'enfant, se sentant obligés de prescrire, isolés face à la pression des patients et sans soutien officiel.

Hypothèses explicatives

- Les visites représentent une sorte de validation des comportements des médecins face à la prise en charge de ces patients et elles les encouragent à continuer leurs efforts déjà engagés pour l'optimisation de la prescription d'antibiotiques. Le caractère local de la campagne et sa promotion par diverses institutions médicales, ainsi que la proximité de la démarche favorisant les rapports humains, ont été des facteurs déterminants dans la réussite des visites et elles ont positionné le caractère de santé publique de la campagne.

La visite comme apport d'informations semble minimisée face d'une part à la méthodologie elle-même d'échanges individuels qui laisse le médecin libéral exprimer ses interrogations et prend en compte ses difficultés et d'autre part parce qu'elle fait prendre conscience aux médecins qu'il y a engagement et consensus de la communauté médicale et des différents partenaires institutionnels sur la volonté de rompre l'isolement du médecin et l'importance d'une action pour une amélioration de la prescription d'antibiotiques.

- On peut penser que les visites confraternelles, et la campagne en général, ont apporté une aide qui se situe bien au-delà de l'information : un soutien incontestable, une atténuation du sentiment d'isolement ainsi qu'une prise de conscience du problème des résistances.

La dynamique qui est créée par une campagne, surtout s'il y a consensus de messages de plusieurs sources semble constituer la base indispensable du soutien ressenti par les médecins comme officiel, les aidant notamment dans la négociation thérapeutique avec les parents. Dans notre cas il y eu 2 niveaux de consensus : premièrement la campagne Gepie en tant que campagne multi professionnelle et multi institutionnelle, deuxièmement le consensus avec la campagne nationale.

-Les médecins ne s'estiment pas être les cibles des documents médecins car ils sont peu demandeurs d'informations théoriques, et considèrent ne pas en avoir besoin. Ce que la très grande majorité des médecins expriment, c'est un soutien dans leurs pratiques quotidiennes, dans leurs relations avec leurs patients. Ce comportement peut être significatif d'une difficulté pour les médecins à remettre en cause leurs pratiques et à reconnaître quelques lacunes dans l'actualisation de leurs connaissances. Il semble plus aisé pour eux de réclamer une aide visant à modifier le

comportement de leurs patients (les documents patients peuvent en partie remplir ce rôle) puisque pour eux, le problème est surtout la pression qu'ils subissent de la part des patients.

2) Il y a également une contradiction entre les outils qu'ils réclament qui correspondent parfois à des outils déjà présentés.

Hypothèses explicatives

Les besoins exprimés par les médecins et les outils proposés reprennent parfois des outils ou des actions déjà mis en place par le Gepie.

-On peut interpréter cette contradiction comme une appropriation inconsciente par le médecin de l'outil déjà proposé par le Gepie, comme une lacune dans la valorisation de l'outil lors de sa présentation ou comme un manque de rappels. Si le message n'a pas été totalement intégré, sa mise en avant par les médecins prouve sa pertinence.

-En fait les messages généraux (Gepie=campagne indépendante= volonté de soutenir les médecins dans leur rationalisation des prescriptions d'antibiotiques=lutte contre les

résistances bactériennes) sont assez bien intégrés sans mémorisation de l'argumentation

théorique (avec les données épidémiologiques, les recommandations, les conseils pour la

pratique, et les renseignements plus relationnels). Ce constat peut ainsi expliquer « l'oubli »

de l'outil présenté et démontre l'importance de campagnes durables, avec répétition régulière des messages.

La pratique quotidienne des médecins libéraux dans la prise en charge d'une infection virale chez l'enfant : Déterminants/facteurs influençant la prescription d'antibiotiques – stratégies utilisés – influence de la campagne

La grande majorité de médecins évoquent volontiers et parfois avec passion, les **difficultés** qu'ils ressentent dans l'exercice de leur pratique quotidienne et les **pressions** auxquelles ils doivent faire face pour prescrire selon leurs convictions et qui constituent pour eux des **obstacles** ou des barrières au changement de comportement thérapeutique. Ils estiment ne pas être entièrement responsables des prescriptions abusives d'antibiotiques. Cette pression est liée à une grande diversité de facteurs (facteurs liés au patient, au médecin lui-même, à la relation médecin patient, au système de santé, aux facteurs sociaux culturels, à une situation à risque) et pousse parfois le médecin, qui estime pourtant posséder les connaissances théoriques nécessaires, à se résigner à prescrire des antibiotiques, contre sa conviction. Cette situation provoque une frustration ressentie par la plupart des médecins participant aux focus groups.

Face à cette pression les médecins ont élaboré des **stratégies** pour optimiser la prescription d'antibiotiques. Les stratégies les plus fréquemment utilisées s'inscrivent dans un dialogue avec le patient (explications de l'inefficacité des antibiotiques sur la pathologie virale et du déroulement naturel de la maladie, ainsi que la prise en compte de l'inquiétude du patient afin de pouvoir le rassurer...) Ces stratégies ont en fait été proposées et encouragées par la campagne Gepie (« Conseils pour la pratique », documents médecins) . On peut noter que dans les focus groups initiaux, la démarche consistant à expliquer l'histoire naturelle de la maladie n'était pas mentionnée et la

stratégie consistant à prendre en compte l'inquiétude des parents n'était citée que par les pédiatres.

Ces stratégies sont plus difficiles à appliquer dans certaines **situations à risque**, surtout la situation d'urgence majorée par le jeune âge de l'enfant.

Plusieurs phénomènes s'y rencontrent : la peur des parents devant la maladie de leur enfant, la situation anxiogène de la nuit, la difficulté plus importante pour le médecin d'obtenir certains examens complémentaires, le stress accru du médecin, sa fatigue et la diminution de sa capacité de juger (peur de se tromper...) et de négocier, majoré en cas de patients « de passage » sans relation de confiance facilitant la négociation et sans certitude de suivi. On peut dire que les situations d'urgences court-circuitent le comportement normal des patients et des médecins et qu'elles imposent une réponse rationnelle à une demande émotionnelle à laquelle les médecins ne se sentent pas préparés.

C'est pourquoi, les médecins recherchent **une conduite commune suivie par tous les professionnels de santé et qui valide leur propre pratique**. Ils regrettent quelquefois de constater que leur conduite thérapeutique qui consiste à surveiller l'évolution des symptômes sans prescription d'antibiotiques ne soit pas toujours suivie au niveau de l'accueil des urgences hospitalières (problématique d'une situation d'urgence).

Les influences de la campagne Gepie sur la prise en charge des infections des voies respiratoires supérieures bénignes de l'enfant par les médecins

Les médecins reconnaissent que la campagne les a confortés dans leurs convictions, les a rassurés en leur signifiant l'engagement de la communauté médicale et la prise en compte des difficultés et contraintes des praticiens en situation.

Ce consensus sur l'importance de la campagne est vécu comme un soutien, une confirmation et une validation « officielle » de leur discours et renforce leur crédibilité auprès des patients. Il leur a permis d'avoir un discours plus ferme et de résister davantage à la pression.

De plus, les médecins ont noté un net changement de comportement de leurs patients qui semblent mieux informés, sensibilisés au problème du développement de la résistance bactérienne facilitant la négociation et permettant davantage l'adoption une position attentiste face à la maladie.

C'est pourquoi, ce constat dans l'ensemble positif encourage les médecins à souhaiter une continuité de la campagne à long terme et enrichisse les discussions des focus groups de nombreuses propositions pour l'avenir.

Perpectives : Outils et moyens proposés par les médecins pour maintenir les effets de la campagne et continuer les actions

De très nombreux moyens sont proposés pour maintenir les effets positifs de la campagne :

Les outils de la campagne ont largement été validés par les médecins (parfois avec quelques améliorations) qui proposent leur pérennisation afin d'inscrire la campagne dans la durée, en incluant les résultats de la campagne ainsi que des mises à jour des documents.

Vis-à-vis des patients, la majorité des médecins pense que la campagne grand public doit être renforcée au moyen des medias.

L'outil supplémentaire le plus souvent proposé avait été pressenti par le groupe Gepie et est actuellement en cours de mise en place : diffusion d'informations locales en temps réel sur les épidémies en cours. Cette étude a permis de confirmer l'importance de cet outil pour les médecins.

Les médecins ressentent fortement le besoin de multiplier les rencontres entre médecins afin de rompre leur isolement et de confronter leurs pratiques. Un retour d'information sur leur propre pratique par rapport à celle des confrères notamment en ce qui concerne les prescriptions d'antibiotiques est également réclamé.

Certains médecins reconnaissent le rôle primordial de l'éducation parentale par le médecin et posent le problème de la reconnaissance de celle-ci en tant qu'acte médical à part entière, et la prise en considération du rôle et de l'implication du médecin de ville dans les problèmes de santé publique.

Des différences ont été perçues entre les pédiatres et les généralistes. Beaucoup de pédiatres ont proposé une information au moyen de réunions en présences d'experts afin d'obtenir une information plus détaillée.

5. Conclusion

Ce travail a permis de confirmer que le concept et les principes selon lesquels cette campagne a été organisée ont été très bien perçus par les médecins visités. Ceci avait également été ressenti par les médecins visiteurs.

Ce travail a aussi permis d'approfondir la compréhension du mécanisme d'implémentation de telles campagnes : Ainsi, les médecins se sont sentis aidés par la campagne surtout par le soutien officiel dans leur prescription approprié des antibiotiques, soutien d'autant plus utile qu'il résulte d'une action coordonnée de tous les partenaires de la communauté médicale débouchant sur un consensus des messages. D'autre part la campagne Gepie, notamment le principe même des visites confraternelles qui favorise des échanges privilégiés de face à face, a permis non seulement une prise de conscience individuelle chez les médecins visités de la nécessité d'un changement de comportement face à cette problématique, mais aussi de rompre l'isolement dû à la pratique libérale. Ces facteurs sont davantage cités que l'apport de connaissances, et ont facilité la négociation thérapeutique avec le patient.

Cette étude a révélé les perspectives suivantes :

Une étude qualitative finale peut contribuer à approfondir la compréhension du processus d'implémentation d'une campagne de santé publique, permettant de s'appuyer sur ces données pour organiser de futures campagnes de santé publique, et dans le cas précis de la campagne Gepie, d'adapter la suite de la campagne aux problèmes du terrain suivant les besoins exprimés par les médecins lors des focus groups, afin de maintenir ses effets positifs.

La complexité et la multiplicité des facteurs influençant les prescriptions d'antibiotiques mis en évidence dans cette étude sont en faveur de campagnes multi stratégiques avec une prise en charge globale du problème auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

On peut penser que c'est la conjugaison des différents facteurs qui fait l'efficacité de la campagne. Elle est perçue comme une initiative qui doit se pérenniser pour être efficace à long terme, s'étendre et évoluer vers d'autres actions.

Remerciements

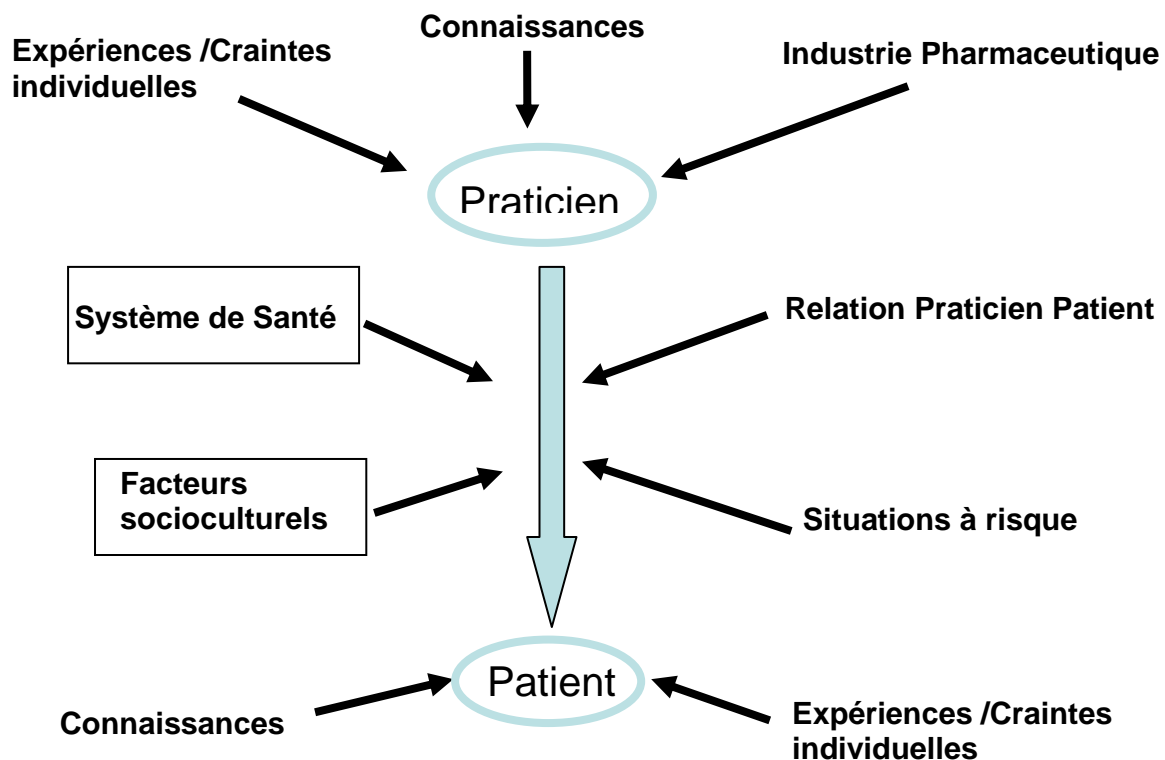
Nous remercions le Pr van Royen et le Dr Samuel Coenen Anvers, Belgique de leurs précieux conseils méthodologiques et leur soutien.

Nous remercions également tous les médecins libéraux qui ont rendu possible ce travail en participant aux focus groups le soir après leur travail, ainsi que les modérateurs, Dr Caprini, Menton et Dr Rastello, Grasse.

ANNEXE

Figure 1

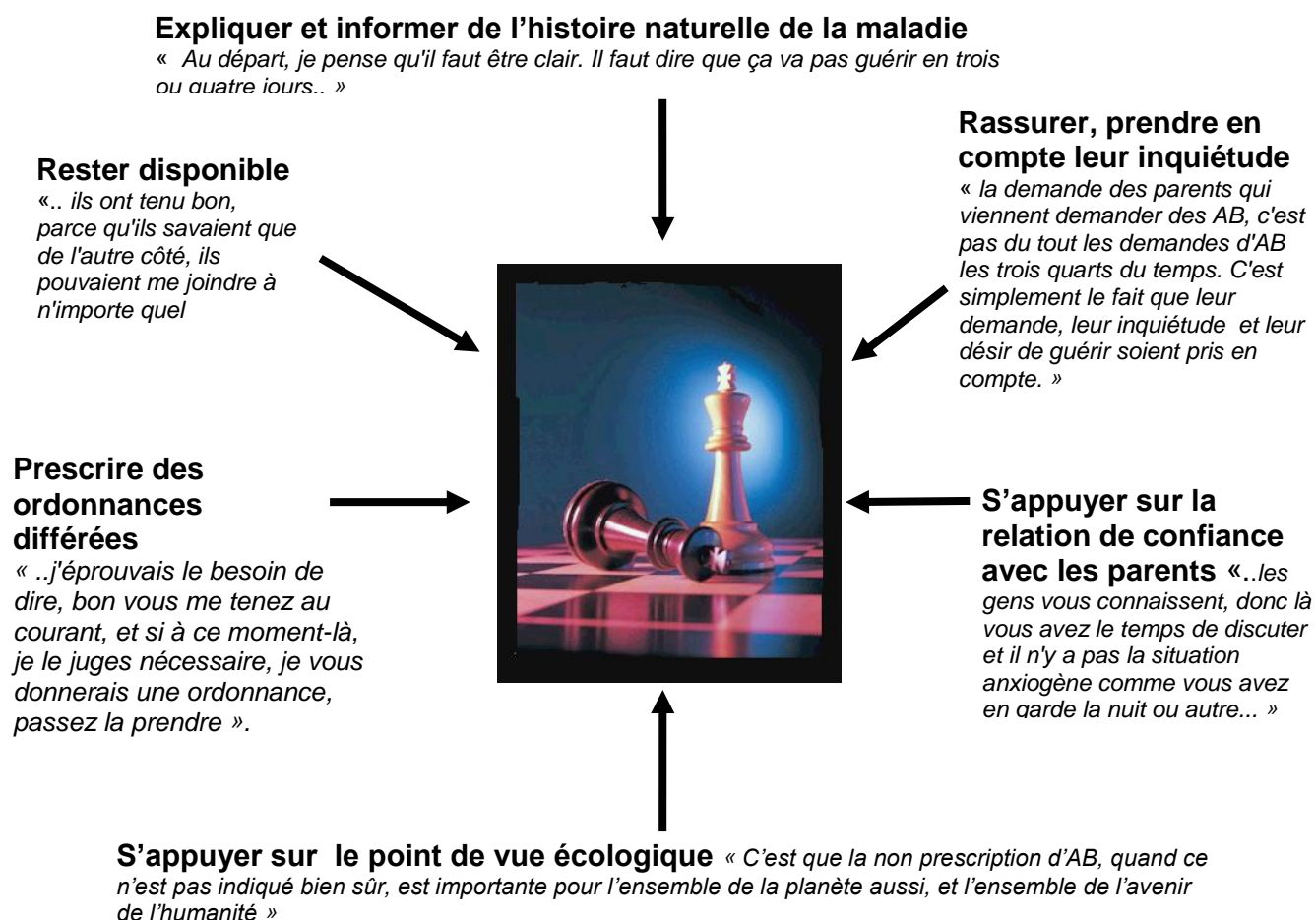
Déterminants de la prescription d'antibiotiques en ville en France, Alpes Maritimes, 2004-2005



Les facteurs influençant les prescriptions d'antibiotiques cités par les médecins dans cette étude ont été représentés dans ce schéma. Les prescriptions d'AB sont symbolisées par la flèche centrale. Les facteurs entourés d'un cadre blanc sont les facteurs sur lesquelles il est plus difficile d'agir.

Figure 2

Stratégies de non prescription d'antibiotiques utilisées par les médecins libéraux dans les Alpes Maritimes en 2004-2005



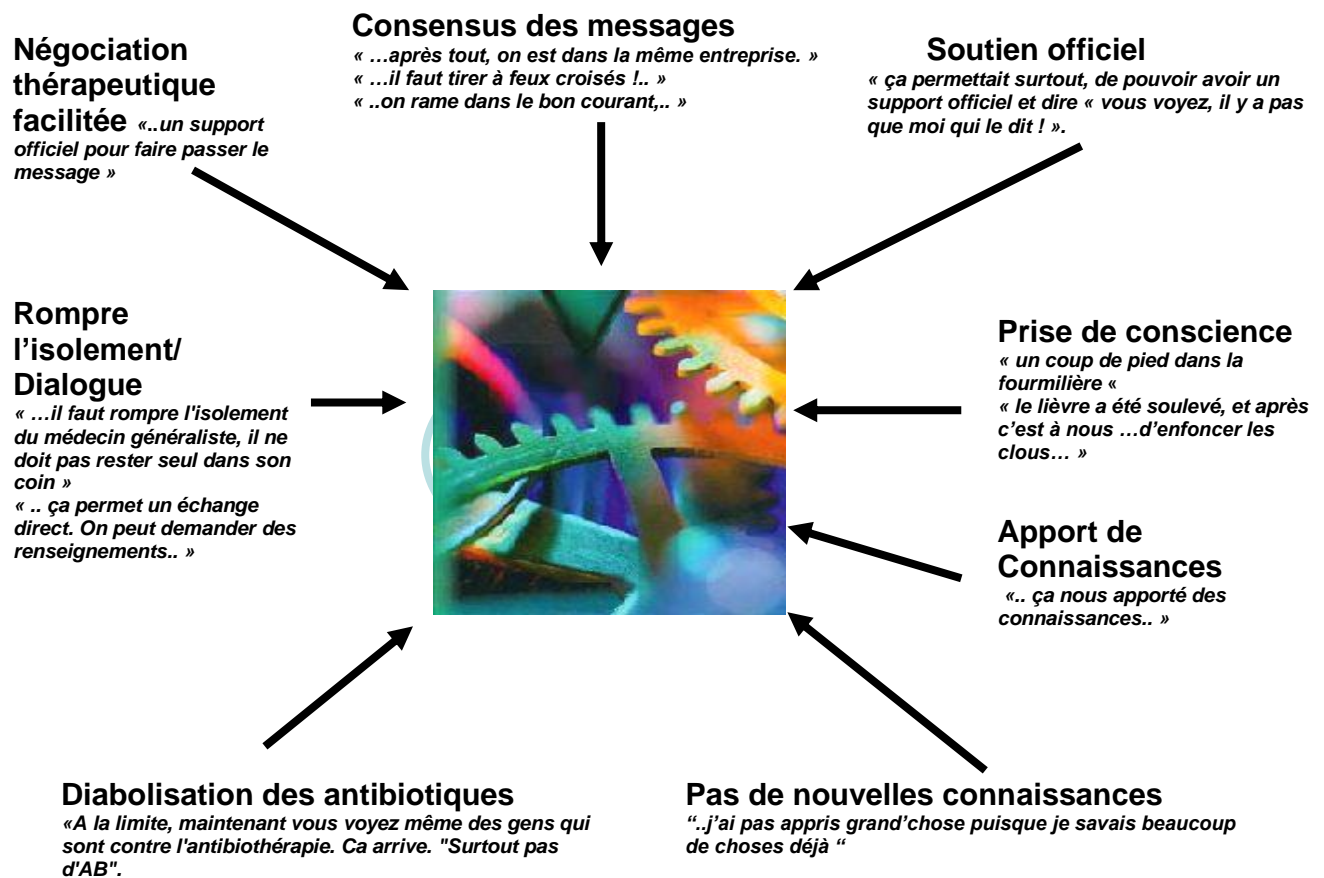
Dans la campagne Gepie au cours des visites confraternelles nous avons recommandé des stratégies de non prescription aux praticiens. Certaines de ces stratégies ont été citées dans cette étude par les médecins comme les plus utilisées actuellement, alors que dans l'étude des focus groupes initiale en 99 ce n'était pas le cas.

Il s'agit notamment

- d'Expliquer et Informer de l'histoire naturelle de la maladie, pas du tout citée en 99
- Rassurer, prendre en compte leur inquiétude, citée seulement par des pédiatres en 99

Figure 3

Utilité de la campagne dans la pratique des médecins ou pas...ou pas ? Mécanisme d'implémentation



- Comment les médecins se sont sentis aidés dans leur pratique ? Ces facteurs sont intriqués entre eux et nous aident à approfondir le mécanisme d'implémentation.
- La grande majorité des médecins de tous les 5 groupes citent le soutien officiel dans leurs efforts à prescrire suivant leur conviction
- Ce soutien est d'autant plus utile qu'il (résulte d'une action coordonnée des différents partenaires de la communauté médicale,) débouche sur un consensus de message. Ici nous avons 2 niveaux de consensus de messages, à l'intérieur de la campagne Gepie pluridisciplinaire et pluri institutionnel et aussi avec la campagne national depuis 2002.
- Ces facteurs facilitent particulièrement la négociation thérapeutique avec le patient.
- La méthode de visites de pairs constituent des échanges privilégiés de face à face a permis non seulement
- une prise de conscience individuelle de la problématique par les médecins,
- mais aussi de rompre l'isolement dû à la pratique libérale.
- Ces facteurs sont davantage cités que l'apport de connaissance
- Peu de médecins ne se sont pas sentis aidés (diabolisation des antibiotiques ou pas d'apport de nouvelles connaissances)

Références

1. Cars O, Mölstad S, Melander A. Variations in antibiotics use in the European Union. *The LANCET*, 2001; 357: 1851-53.
2. Guillemot D, Maison P, Carbon C, Balkan B, Vauzelle-Kervroedan F, Sermet C *et al.* Inappropriateness and variability of antibiotic prescription among French office-based physicians. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(1): 61-68.
3. Etude de la prescription et de la consommation des antibiotiques en ambulatoire. Rapport de l'observatoire National des Prescriptions et Consommation des Médicaments. Agence du Médicament, mai 1998.
4. Bronzwaer S L.A.M, Cars O, Buchholz U, Mölstad S, Goettsch W, Veldhuijzen IK *et al*, and participants in the European Antimicrobial Resistance Surveillance System. A European study on the relationship between antimicrobial use and antimicrobial resistance. *Emerging Infectious Diseases*, 2002; 8(3): 278-81.
5. Pradier C, Dunais B, Ricort-Patuano C, Maurin S, Andreini A, Hofliger P, Durant M.L, Joulié E, De Ricaud D, Mabriez J.C, Muller J.M, Touboul P, Bruno P, Carsenti H, Dellamonica P, pour le Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant(Gepie). Campagne « Antibios quand il faut » mise en place dans le département des Alpes-Maritimes. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2003; 33 : 9-14.
6. Pradier C, Dunais B, Carsenti-Etesse H, Cavaller P, Haas H, Boutin-Andreu L, Dellamonica P. Portage nasopharyngé de pneumocoques résistants dans les crèches des Alpes-Maritimes. *Path Biol* 1999; 47(5): 478-82.
7. Bruno P, Touboul P, Hofliger P, Mariné-Barjoan E, Pradier C, Patuano C, Dunais B, Dellamonica P pour le Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant(Gepie). Méthodologie, faisabilité et intérêt des visites confraternelles à l'ensemble des médecins libéraux généralistes et pédiatres des Alpes Maritimes lors de la campagne « Antibios quand il faut » en cours de publication dans *La Presse Médicale*.
8. Carbon C, Guillemot D, Geneviève Paicheler G, Feroni I, Lamar L, Aubry-Damont H. Rapport d'évaluation 2002 de la campagne menée par le GEPIE (Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant) pour une utilisation prudente des antibiotiques chez l'enfant, Alpes-Maritimes 1999-2005 Institut de Veille Sanitaire : www.invs.sante.fr/publications/2002/gepie/index.html
9. Soumerai SB and Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA* 1990; 263: 549-56.
10. Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach : a randomized controlled trial of academically based "detailing". *NEJM* 1983; 308: 1457-63.

11. Davis D.A, Thomson M.A, Oxman AD, Haynes R B. Changing Physician Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. JAMA September 6 1995; Vol 274, No.9.
12. Thomson O'Brien M.A, Oxman A.D, Davis D.A, Haynes R.B, Freemantle N, Harvey E.L. Outreach visits to improve health professional practice and health care outcomes. The Cochrane Library 1997 Issue 1; 1-13 (information <http://www.cochrane.co.uk>).
13. Thomson O'Brien M.A, Oxman A.D, Davis D.A, Haynes R.B, Freemantle N, Harvey E.L. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes Cochrane Database Syst Rev 2000;(2): CD000409.
14. Durieux P., Ravaud P., Chaix C., Durand-Zaleski I. La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins ? La Presse Médicale 1999; 28: 468-72.
15. www.gepie.org
16. Dunais B, Carsenti-Dellamonica H, Bruno P, Touboul P, Hofliger P, Maurin S , Haas H, Pradier C, Dellamonica P. Mode de garde et portage naso-pharyngé de *S. pneumoniae* et *H. Influenzae* d'enfants dans les Alpes-Maritimes. La Presse Médicale 2004 ; 33 : 1425-30.
17. Collège Azuréen des Généralistes Enseignants, Association des Pédiatres de Nice Côte d'Azur, Rapport de l'enquête d'évaluation de la campagne du Groupe d'Etude et de Prévention des Infections de l'Enfant (Gepie) sur le bon usage des antibiotiques dans les Alpes Maritimes, Septembre 2002
18. Kruger R. A. Focus Groups, A Practical Guide for Applied Research, Editions Sage
19. www.ameli.fr, rubrique professionnels de santé /formation : Formation continue des médecins : bilan du dispositif conventionnel, 1^{er} Juillet 2004.

