HAL
open science

Les médecins généralistes lorrains et les mesures encadrant la prescription d'antibiotiques

Marianne Giry

To cite this version:

Marianne Giry. Les médecins généralistes lorrains et les mesures encadrant la prescription d'antibiotiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01733084

HAL Id: hal-01733084

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733084

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE 2015 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marianne GIRY

Le 10 novembre 2015

LES MEDECINS GENERALISTES LORRAINS ET LES MESURES ENCADRANT LA PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES

Examinateurs de la thèse:

Monsieur le Professeur Christian RABAUD	Président
Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Juge
Madame le Professeur Céline PULCINI	Juge
Madame le Docteur Violaine MAUFFREY	Juge
Monsieur le Docteur Jacques BIRGE	Juge et directeur

Président de l'Université de Lorraine **Professeur Pierre MUTZENHARDT**
Doyen de la Faculté de Médecine **Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens :

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL
Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA
Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission :

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*

Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL
64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN - Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)
Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences)*
3ème sous-section : *(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)*
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Nelly AGRINIER

2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*
Docteur Aurore PERROT
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : *(Réanimation ; Médecine d'Urgence)*
Docteur Antoine KIMMOUN *(stagiaire)*
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)*
Docteur Nicolas GIRERD *(stagiaire)*

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Docteure Laure JOLY

55ème Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET *(stagiaire)*

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE- Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christian RABAUD

Professeur de Maladies Infectieuses

Chef de service des Maladies Infectieuses et Tropicales au CHU de Nancy

Et Président de ce jury de thèse,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en ayant accepté d'être président de cette thèse,

Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc-Boivin

Professeur des Universités de Médecin Générale

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en siégeant au jury de cette thèse,

Soyez assuré de ma respectueuse considération.

A Madame le Professeur Céline PULCINI

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Praticien Hospitalier dans le service de Maladies Infectieuses et Tropicales,

Veuillez accepter tous mes remerciements pour votre aide précieuse,

Veuillez trouver ici toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Violaine MAUFFREY

Docteur en médecine

Chef de clinique des Universités au Département de Médecine Générale de Nancy

Je te remercie pour l'aide que tu m'as apportée.

A Monsieur le Docteur Jacques BIRGE

Docteur en médecine

Maître de Stage des Universités,

Pour la confiance que tu m'as apportée en me confiant ce sujet de thèse,

Pour ton aide et ton soutien à chaque étape de ce travail,

Pour ton accueil chaleureux au sein du cabinet,

Pour les projets professionnels que nous avons en commun,

Je tiens à te dire un grand merci.

A Antibiolor et aux associations de FMC lorraines

Vous avez permis la réalisation de cette étude en diffusant le questionnaire.

Aux médecins généralistes installés et remplaçants

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire. Sans vous rien n'aurait été possible.

Aux services hospitaliers

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont contribué à ma formation d'interne. A savoir : le Service d'Accueil des Urgences du CHR de Metz qui m'a gentiment accueillie pour mon premier semestre, la Maternité Sainte Croix, le Centre Spillmann de Nancy, et la gériatrie de l'Hôpital Mercy.

Aux médecins généralistes

A ceux qui m'ont suivie quand j'étais enfant.

A ceux qui ont contribué à ma formation,

Vous m'avez guidée au cours de mes stages et fait partager votre amour de la médecine générale,

Je remercie le Docteur Jean-Marie BIEVELEZ avec qui j'ai réalisé mon stage d'externe, puis mon stage praticien avec en binôme le Docteur Marie-France BAUDOIN.

Je remercie tout particulièrement les médecins qui m'ont accueillie lors de mon SASPAS :

- Au Docteur Jacques BIRGE
- Au Docteur Yves DELRUE
- Au Docteur Daniel HENLE
- Au Docteur Bernard RENAULD
- Au Docteur Elisabeth STEYER
- Au Docteur Norbert STEYER

A Pascale Beyel

Aux deux Nathalie

Pour leur gentillesse

A ma famille

A la mémoire de ma Mamie. Je te dédie cette thèse. J'espère que tu me vois de là-haut. Tu as toujours été là, tu as toujours su trouver les mots. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi. Je te remercie de m'avoir inculquée tes belles valeurs. Ta sagesse me manquera toujours.

A mes parents. Je vous remercie de m'avoir permis de faire ce métier que j'aime tant et que je rêvais de faire depuis le cours préparatoire. Je vous remercie pour tout.

A Nicolas. Tu as traversé avec moi toutes les étapes de ces longues études. Je te remercie pour ta patience, ton écoute, et ton soutien. Je ne te remercierai jamais assez. A tous nos projets à venir.

A mes sœurs, Elisabeth et Cécile. Je suis fière de vous.

A mes tantes. Evelyne si je t'avais écoutée je serais devenue vétérinaire. Je me souviens encore de ces dossiers de classes préparatoires que je n'ai jamais remplis. Merci pour tes corrections. Yvette, ma marraine. Tu as toujours de bons conseils, une oreille attentive. Je sais que je peux compter sur toi.

A mon oncle Guy, parti trop tôt. Tu aurais été fier.

A mes cousins et cousines Lorraine, Anaëlle et Thomas. Travaillez bien à l'école. Plus tard ce sera votre tour !

A ma belle-famille. Merci à vous d'avoir été présents.

A mes amis

A Sandrine, qui a toujours été là. Merci pour ta « zen-attitude ». C'est bientôt ton tour.

A Marilyn, ma pédiatre parisienne adorée.

A Elodie et Aurélie. Nous avons passé de bons moments.

A Joffrey. A nos râleries et nos fous rires.

A Sarah. Je te remercie d'avoir été là.

A la team Spillman : Célia, Léa, Vaso, Mathieu et Guillaume et vos moitiés respectives. A Marie-Caroline. Nous avons passé tous ensemble un stage d'été mémorable qui a été à l'origine d'une belle amitié. A vos thèses ! A nos futures soirées !

A Marie et à nos origines bouzonvilloises.

A Audrey, qui sait toujours trouver le mot juste. Merci d'être là.

A Céline, ma chef préférée. Ton papi serait content de voir que nous sommes toutes les deux devenues docteurs.

A Myriam. Même si nous sommes éloignées géographiquement, nous savons être là l'une pour l'autre

Et à ceux que j'ai oubliés

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

LES MEDECINS GENERALISTES LORRAINS ET LES MESURES ENCADRANT LA PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES

THE GENERAL PRACTITIONERS OF LORRAINE AND THE MEASURES RELATED TO THE ANTIBIOTICS PRESCRIPTION

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 22

RESUME 23

ABSTRACT 24

DECLARATIONS 25

1. INTRODUCTION 26

2. MATERIEL ET METHODE 27

2.1 Type d'étude 27

2.2 Population étudiée et mode de recrutement 27

2.3 Nombre de sujets nécessaires 27

2.4 Sélection des mesures visant à améliorer le bon usage des antibiotiques en ville 27

2.5 Le questionnaire 28

2.6 Déroulement de l'enquête 29

2.7 Analyses statistiques 29

3. RESULTATS 30

3.1 Données globales de l'étude 30

3.2 Analyse descriptive de la population de l'étude 30

3.3 Analyse descriptive de l'acceptabilité des 22 mesures qui pourraient concerner l'ensemble des médecins généralistes 31

3.4 Analyse de l'acceptabilité des 9 mesures qui concerneraient les médecins généralistes les plus gros prescripteurs d'antibiotiques 33

3.5 Analyse de l'acceptabilité en fonction de l'âge 34

3.6 Analyse de l'acceptabilité en fonction du statut d'exercice 35

3.7 Analyse des commentaires libres 36

4. DISCUSSION 37

4.1 Sur les mesures 37

4.2 Sur l'étude 39

4.3 Conclusions et perspectives 40

5. CONCLUSION 41

BIBLIOGRAPHIE 42

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des mesures visant à optimiser la prescription des antibiotiques 46

Annexe 2 : Courrier explicatif associé au questionnaire 48

Annexe 3 : Tableau représentant l'acceptabilité des mesures en fonction de l'âge 49

Annexe 4 : Tableau représentant l'acceptabilité des mesures en fonction du statut d'exercice 52

Annexe 5 : Commentaires libres 55

Annexe 6 : Dépliant Antibiolor « Trop d'antibiotiques nuit aux antibiotiques » 67

Annexe 7 : Lettre pour l'URPS 68

LISTE DES ABREVIATIONS

AMMFC 55	Association Médicale Meusienne de Formation Médicale Continue
AMMPPU 57	Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Postuniversitaire
AMPPU 54	Association Médicale de Perfectionnement Postuniversitaire de la région sanitaire de Nancy
ARS	Agence Régionale de Santé
ATB	Antibiotiques
BU	Bandelette urinaire
C3G	Céphalosporines de troisième génération
DPC	Développement Professionnel Continu
FMC	Formation Médicale Continue
FQ	Fluoroquinolones
MG	Médecin(s) généraliste(s)
MS	Maître de stage
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMA	Otite moyenne aigue
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAAIR	Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PDA	Prescription différée d'antibiotique
PMI	Protection Maternelle et Infantile
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
TDR	Test de Diagnostic Rapide
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

RESUME

Objectif : Evaluer l'acceptabilité de mesures visant à optimiser la prescription des antibiotiques par les médecins généralistes lorrains.

Matériel et méthode : Etude épidémiologique descriptive transversale menée en 2015 auprès des médecins généralistes adhérents aux associations de Formation Médicale Continue des départements de Meurthe et Moselle, Meuse, Moselle et au réseau ANTIBIOLOR en utilisant un questionnaire standardisé, diffusé par courriel.

Résultats : Deux-cent quatre-vingt-trois généralistes ont répondu, soit un taux de réponse de 24%. (283/1171)

Les outils d'aide à la prescription et les mesures de formation étaient bien acceptés par les médecins : 71% des médecins interrogés étaient ainsi très favorables à la distribution gratuite des bandelettes urinaires et 54% étaient très favorables à l'incitation à la participation à des formations sur l'antibiothérapie.

Les mesures contraignantes étaient par contre rejetées par les généralistes : 68% des médecins étaient par exemple hostiles à la justification sur l'ordonnance de la conformité aux recommandations. Ces mesures contraignantes n'étaient pas mieux acceptées si elles s'adressaient uniquement aux gros prescripteurs d'antibiotiques.

Discussion : Les mesures incitatives étaient plébiscitées par les généralistes interrogés. Les médecins de l'étude, probablement les plus motivés et sensibilisés sur le sujet, étaient hostiles à la mise en place de mesures contraignantes concernant la prescription des antibiotiques.

Conclusion : Cette enquête menée auprès d'un large échantillon de généralistes peut orienter la politique de bon usage de notre pays. La mise en place de mesures restreignant la liberté des médecins risque de se heurter à l'opposition de ces derniers.

Mots clés : antibiotiques, bon usage, médecine générale, mesures, prescription.

ABSTRACT

Objective: To assess the acceptability of antibiotic stewardship measures among general practitioners (GPs) of Lorraine.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive epidemiological study conducted in 2015. The analysis was performed using a standardized questionnaire sent by e-mail to GPs belonging to local associations Continuing Medical Education (CME) of the departments of Meurthe and Moselle, Meuse, Moselle and to the network ANTIBIOLOR.

Results: Two hundred and eighty three GPs participated (24% response rate, 281/1171). Support tools for prescribing and educational measures were well accepted by GPs: 71% were very favorable toward the free distribution of urinary dipsticks and 54% were very favorable toward incentives to participate in educational sessions on antibiotics. The restrictive measures were rejected by almost all GPs : as an example,68% of them were opposed to the justification on the prescription of the conformity with the recommendations. These restrictive measures were not better accepted if they targeted only high antibiotic prescribers.

This survey including a large sample of GPs could help orientate the antibiotic stewardship policy in our country. The implementation of measures restricting the freedom of general practitioners is likely to face opposition from them.

Discussion: The incentive measures were approved among GPs. The surveyed GPs, although probably the most motivated and aware of the topic, were particularly hostile to the introduction of restrictive measures concerning the prescription of antibiotics.

Conclusion: This survey including a large sample of GPs could help orientate the antibiotic stewardship policy in our country. The implementation of measures restricting the freedom of general practitioners is likely to face opposition from them.

Keywords: antibiotics, antibiotic stewardship, general medicine, measures, prescription.

Je déclare n'avoir aucun lien, direct ou indirect, avec des entreprises ou établissements produisant ou exploitant des produits de santé non plus qu'avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits.

(Mention obligatoire selon l'article L4113-13 du Code de la Santé Publique)

Cette thèse a été rédigée sous forme d'article qui a été remanié et soumis à la revue

Médecine et Maladies Infectieuses.

1. INTRODUCTION

Les résistances bactériennes aux antibiotiques (ATB) sont un enjeu de santé publique à l'échelle internationale, (1,2) et leur prévalence est directement liée au niveau de consommation des ATB (3). L'antibiorésistance est à l'origine d'impasses thérapeutiques et est responsable d'au moins 25000 décès par an au sein de l'Union Européenne. (4,5)

La France était en 2013 le deuxième pays européen prescripteur d'ATB, loin derrière les Pays Bas, la Suède, l'Allemagne et le Royaume-Uni, avec une consommation en ville à 30,1 dose définie journalière pour 1000 habitants et par jour, très au-dessus de la moyenne européenne de 21,5 DDJ/1000H/J. (6)

Quatre-vingt-dix pourcents des prescriptions d'antibiotiques sont réalisées en médecine de ville dont 70% par des médecins généralistes (MG). Les pathologies respiratoires, majoritairement virales, représentent 70% des prescriptions d'ATB ce qui suggère que les prescriptions d'antibiotiques sont souvent inappropriées, (6,7), ce qui a en effet été démontré dans la littérature. (8)

L'amoxicilline-acide clavulanique, les céphalosporines de troisième génération (C3G) et les fluoroquinolones (FQ), ATB particulièrement générateurs de résistances, sont encore largement prescrits en ville. (9,10)

Devant le caractère préoccupant de la situation, des mesures ont été mises en œuvre. Le Plan National du Ministère de la Santé sur les Antibiotiques existe depuis 2001. La consommation française a baissé de 10,7% entre 2000 et 2013. (11, 12, 13)
La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a réalisé des campagnes de communication auprès du grand public avec des slogans comme « Les antibiotiques, c'est pas automatique » (en 2002) puis « Les antibiotiques utilisés à tort, ils deviendront moins forts » (en 2010).

Cependant, depuis quelques années les prescriptions ATB repartent à la hausse (+5,9% depuis 2010). C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé a reconduit en 2011 le troisième Plan Antibiotique, dit d'Alerte, qui a comme objectif de faire diminuer de 25% la consommation d'antibiotiques d'ici 2016. (14)

Une revue récente a recensé les mesures existantes en France et à l'étranger pour améliorer l'utilisation des ATB en médecine ambulatoire. (15) Ces mesures pourraient être une source d'inspiration pour que notre système de santé adopte un « juste usage » des antibiotiques.

Notre étude avait comme objectif d'évaluer l'acceptabilité de mesures visant à optimiser la prescription des antibiotiques par les MG lorrains.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive transversale utilisant un questionnaire individuel standardisé et diffusé par mail.

2.2 Population étudiée et mode de recrutement

2393 MG exercent en Lorraine dont 199 remplaçants selon les données du Conseil de l'Ordre des médecins de 2013. (16)

Parmi eux, 1171 font partie des listes de diffusion des associations suivantes:

- Association médicale mosellane de perfectionnement postuniversitaire (AMMPPU 57)
- Association médicale de perfectionnement postuniversitaire de la région sanitaire de Nancy (AMPPU 54)
- Association médicale meusienne de formation médicale continue (AMMFC 55)
- ANTIBIOLOR, le réseau lorrain d'antibiologie.

Le questionnaire a été envoyé par mail à ces 1171 MG de la région Lorraine exerçant en ambulatoire, y compris les médecins remplaçants (thésés ou non).

2.3 Nombre de sujets nécessaires :

Le nombre de sujets nécessaires à l'étude a été calculé selon une formule mathématique comprenant le risque α ou risque de première espèce fixé par convention à 0,05, une précision à 0,05 et une proportion (p) attendue de médecins qui seraient d'accord avec les mesures proposées fixée arbitrairement à 20%.

$$N = \frac{1{,}96^2 \times p\,(1-p)}{\text{Précision}^2}$$

Le nombre minimal de médecins permettant d'obtenir un résultat statistiquement significatif était donc de 245.

2.4 Sélection des mesures visant à améliorer le bon usage des antibiotiques en ville

Pour réaliser notre étude nous avions besoin de lister les mesures qui pourraient permettre de faire diminuer la prescription des antibiotiques.

Dans un premier temps nous nous sommes basés sur les résultats publiés dans le travail du Dr Sophie Wang intitulé « Inventaire des programmes de bon usage des antibiotiques en médecine générale en France et à l'étranger ». (15) Cette étude a permis d'établir une liste de mesures utilisées dans d'autres pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

Puis nous avons envisagé d'autres mesures plus ou moins contraignantes visant à optimiser les prescriptions. Nous y avons ajouté des mesures discutées dans une Task Force antibiorésistance, consensus d'experts sur le « bon usage des antibiotiques », sous l'égide du Ministère de la Santé.

Les 31 mesures sélectionnées étaient présentées par ordre croissant de contrainte pour le MG ; elles concernaient l'ensemble des médecins pour 22 d'entre elles, et les gros prescripteurs d'antibiotiques dans 9 cas. (Annexe 1)

2.5 Le questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme SurveyMonkey. Le logo Antibiolor a été intégré dans chaque questionnaire.

Il a été testé au préalable sur 20 médecins, pour vérifier la clarté des questions, et pour estimer la durée de passation du questionnaire (moyenne de cinq minutes). Des modifications ont été nécessaires :

- Plusieurs remplaçants ne savaient pas définir leur lieu d'exercice. Nous leur avons demandé de tenir compte du lieu où ils effectuent la majorité de leurs remplacements.
- La question sur la situation testing a été clarifiée car l'explication initiale n'était pas assez explicite.

Les questionnaires testés n'ont pas été analysés.

Le questionnaire comprenait:

- Des renseignements sociodémographiques

  -tranche d'âge

  -sexe

  -statut professionnel (remplaçant, installé, maître de stage (MS))

  -date de début d'exercice

  -mode d'exercice (seul, groupe, maison de santé pluridisciplinaire)

  -lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural)

- L'évaluation des 31 mesures sélectionnées: échelle de Likert comprenant les options de réponse : « pas du tout favorable », « peu favorable », « assez favorable », « très favorable» ou « je ne sais pas ».

- Des commentaires et suggestions : les réponses étaient libres.

2.6 Déroulement de l'enquête

La diffusion du questionnaire a été réalisée avec la participation des associations de FMC des départements 54, 55, 57 et du réseau ANTIBIOLOR. Chaque association a envoyé à l'ensemble de ses contacts notre courriel d'invitation dans lequel figurait un lien web permettant de répondre au questionnaire.

Chaque courriel envoyé était associé à une lettre explicative (Annexe 2). Le questionnaire était à remplir en ligne et l'anonymat des participants était préservé.

La diffusion a débuté le 30 mars 2015 suivie d'une relance le 28 avril 2015. L'enquête a été clôturée le 20 mai 2015.

2.7 Analyses statistiques

Nous avons réalisé une analyse statistique descriptive. Les variables qualitatives étaient présentées en pourcentages.

Nous avons procédé à une analyse statistique univariée en utilisant le test du Chi 2 (logiciel EXCEL version 2010) afin d'étudier l'association entre l'âge ou le statut du MG et l'acceptabilité des mesures. Le degré de significativité était fixé à 5% (soit un $p < 0,05$).

3. RESULTATS

3.1 Données globales de l'étude

Le questionnaire a été envoyé à 1171 personnes. 283 réponses nous ont été adressées ce qui est plus que le nombre de sujets nécessaires qui était de 245.

Le taux de réponse était de 24%. (= 283/1171)

283 questionnaires ont été inclus dans notre étude.

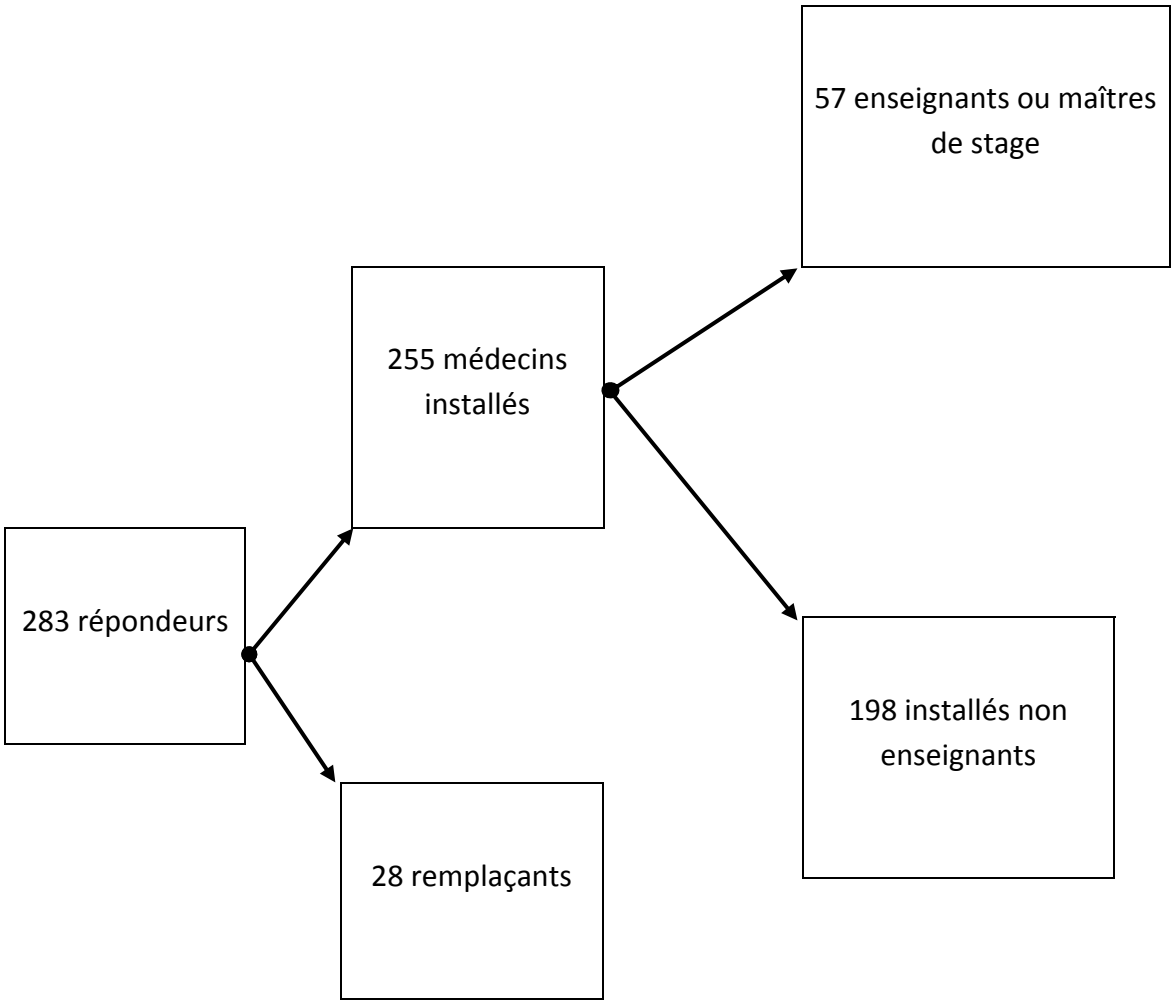
3.2 Analyse descriptive de la population de l'étude

Tableau N°1: Caractéristiques de la population étudiée.

Caractéristiques	N	%
Age		
Moins de 30 ans	18/279	6
30-39 ans	55/279	20
40-49 ans	45/279	16
50-59 ans	106/279	38
Plus de 60 ans	55/279	20
Sexe		
Femme	121/283	43
Homme	162/283	57
Statut d'exercice		
Remplaçant	28/283	10
Installé	255/283	86
Enseignant, maître de stage	57/283	20
Début d'exercice		
Années 70	22/281	8
Années 80	92/281	33
Années 90	73/281	26
Années 2000	49/281	17
Années 2010	45/281	16
Mode d'exercice		
Seul	108/280	39
Groupe	141/280	50
Maison de santé	31/280	11
Lieu d'exercice		
Urbain	127/281	45
Semi-rural	117/281	42
Rural	37/281	13

N=effectif ; %=pourcentage

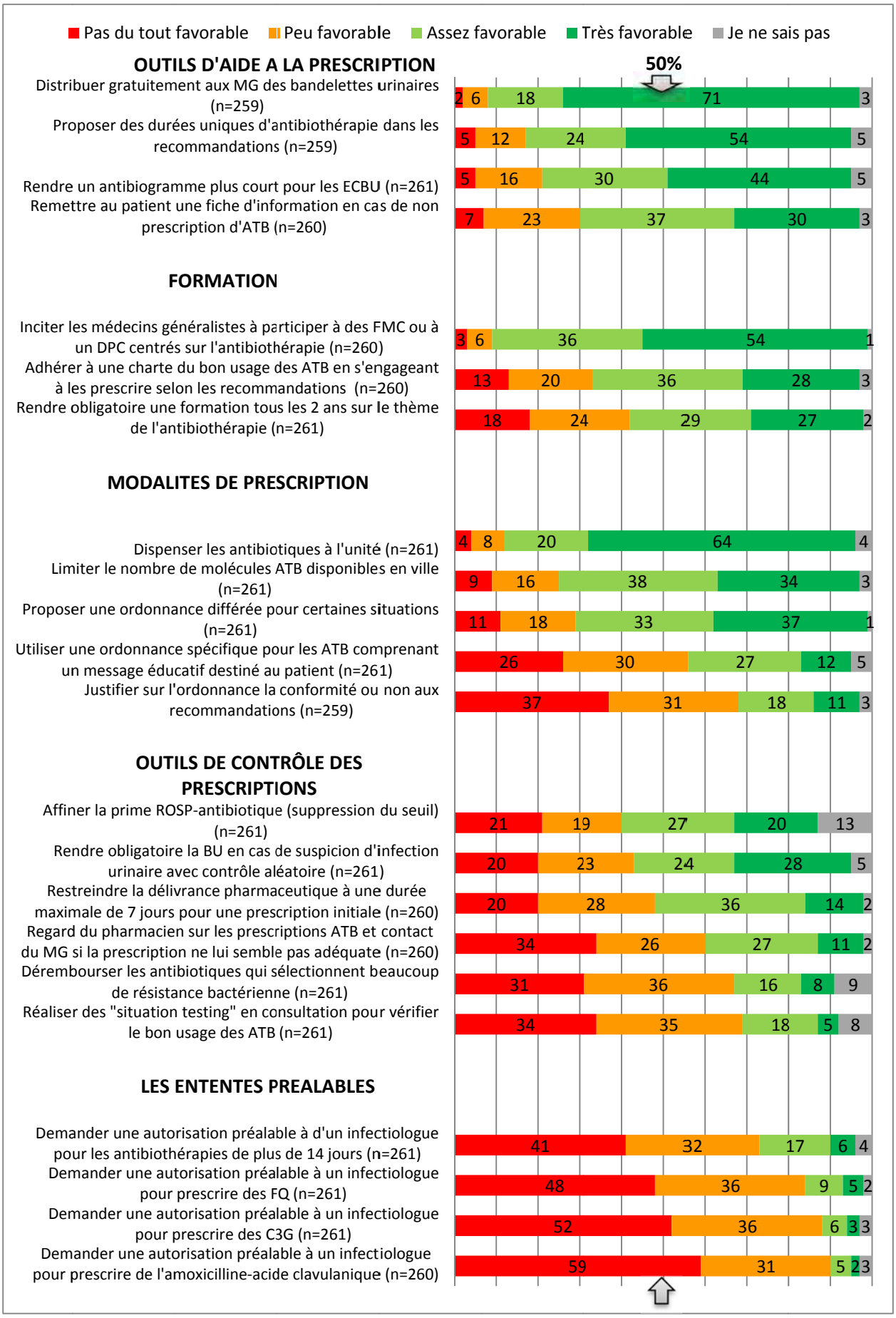
Figure N°1: Répartition de la population de l'étude en fonction du statut d'exercice des personnes interrogées.



3.3 Analyse descriptive de l'acceptabilité des 22 mesures qui pourraient concerner l'ensemble des médecins généralistes

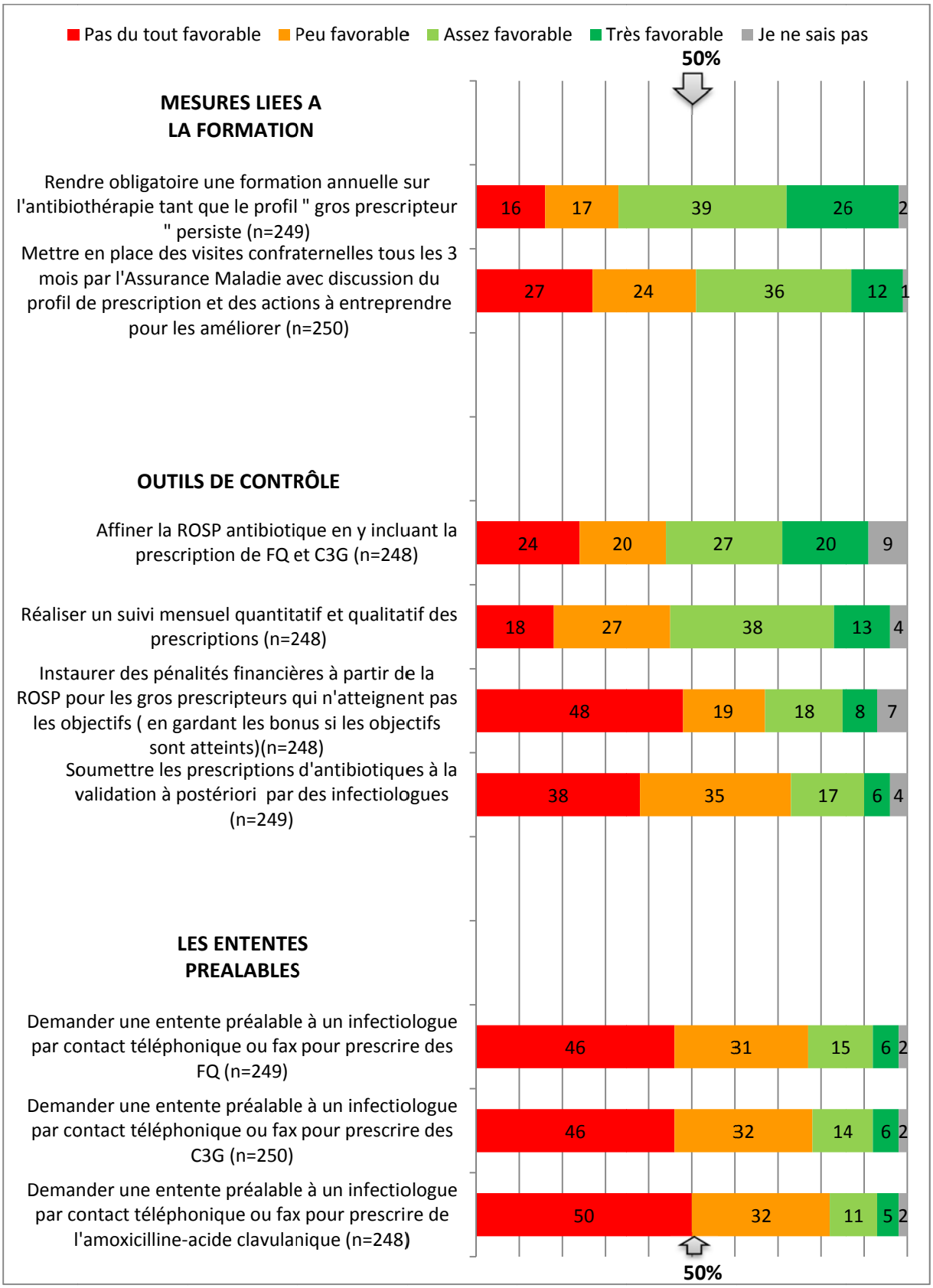
La Figure N°2 ci-dessous résume les données issues des questionnaires. Elle permet d'analyser l'acceptabilité des mesures qui concerneraient l'ensemble des MG quelque soit leur taux de prescription d'antibiotiques.

Figure N°2: Répartition du taux d'acceptabilité des mesures qui concerneraient tous les médecins. (N=283 médecins généralistes) Les résultats sont exprimés en pourcentages.



3.4 Analyse de l'acceptabilité des 9 mesures qui concerneraient les médecins généralistes les plus gros prescripteurs d'antibiotiques

Figure N°3: Répartition du taux d'acceptabilité des mesures qui concerneraient les médecins qui prescrivent beaucoup d'antibiotiques. (N=283 médecins généralistes) Les résultats sont exprimés en pourcentages.



3.5 Analyse de l'acceptabilité en fonction de l'âge

La population étudiée a été divisée en deux sous-groupes en fonction de l'âge médian qui a été calculé à 50 ans. Les réponses « très favorable » et « assez favorable » relatives à chaque mesure ont été regroupées dans la catégorie opinion positive.

L'analyse statistique a été réalisée avec le test du Chi 2 avec un degré de significativité fixé à 5%. Nous avons posé l'hypothèse d'indépendance entre l'âge et l'acceptabilité des mesures.

Les résultats sont consultables en annexe 3. Le tableau N°2 représente les mesures pour lesquelles il existait une association significative entre l'âge du médecin et l'acceptabilité au risque de 5%. Pour toutes les autres mesures, et notamment celles concernant les gros prescripteurs nous avons pu conclure que leur acceptabilité ne dépendait pas de l'âge.

Tableau N°2: Mesures pour lesquelles il existe une association significative entre l'âge et l'acceptabilité

Mesures	**Opinion positive* <50 ans (n=118) N (%)**	**Opinion positive* ≥50 ans (n=161) N (%)**	**p**
Mesures qui concerneraient tous les médecins			
Remettre au patient une fiche d'information en cas de non prescription d'antibiotiques	84/110 (76)	89/147 (61)	0,048
Proposer une ordonnance différée pour certaines situations (antibiotique à utiliser au bout de 48-72H sous certains critères)	55/110 (50)	105/148 (71)	0,002
Rendre obligatoire une formation tous les 2 ans sur le thème de l'antibiothérapie	76/110 (69)	67/148 (45)	0,010
Adhérer à une charte du bon usage des antibiotiques en s'engageant à les prescrire selon les recommandations en vigueur et l'afficher dans sa salle d'attente	83/110 (76)	81/147 (55)	0,007
Justifier sur l'ordonnance la conformité ou non aux	35/109 (32)	39/147 (27)	0,001

recommandations			
Réaliser des "situation testing" pour vérifier le bon usage des antibiotiques en consultation	36/110 (33)	24/148 (16)	0,027
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire C3G	7/110 (6)	17/148 (12)	0,027
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire de l'amoxicilline-acide clavulanique	6/110 (6)	13/147 (9)	0,043

Abréviations : n/N : effectif, % : pourcentage, p : p value
** : réponses « très favorable » et « assez favorable »*
Analyse statistique réalisée avec le test du Chi 2

3.6 Analyse de l'acceptabilité en fonction du statut d'exercice

Dans un second temps nous avons comparé l'acceptabilité en fonction du statut. Nous avons créé deux sous-groupes :

-les médecins installés enseignants ou MS ; les remplaçants

-les autres médecins installés

L'analyse statistique a été réalisée avec le test du Chi 2. Nous avons posé l'hypothèse d'indépendance entre le statut d'exercice et l'acceptabilité des mesures au risque de 5%.

Les résultats sont consultables en annexe 4. Le tableau N°3 suivant résume les mesures pour lesquelles l'acceptabilité était associée de manière significative au statut d'exercice au risque de 5%. Pour toutes les autres mesures, et notamment celles concernant les gros prescripteurs nous avons pu conclure que leur acceptabilité ne dépendait pas du statut d'exercice.

Tableau N°3: Mesures pour lesquelles il existe une association significative entre le statut et l'acceptabilité

Mesures	**Opinion positive* remplaçants et médecins installés enseignants/MS (n=85) N (%)**	**Opinion positive* médecins installés à l'exception des enseignants/MS (n=198) N (%)**	**p**
Mesures qui concerneraient tous les médecins			
Proposer une ordonnance différée pour certaines situations (antibiotique à utiliser au bout de 48-72H sous certains critères)	49/80 (61)	161/194 (83)	0,029
Rendre obligatoire une formation tous les 2 ans sur le thème de l'antibiothérapie	51/80 (64)	100/193 (52)	0,012
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire des FQ	6/80 (8)	33/193 (17)	0,001

Abréviations : n/N : effectif, % : pourcentage, p : p value
** : réponses « très favorable » et « assez favorable »*
Analyse statistique réalisée avec le test du Chi 2

3.7 Analyse des commentaires libres

Les MG ont eu la possibilité de commenter le sujet et de faire des propositions. 122 médecins y ont répondu, soit près d'un médecin sur deux. (Annexe 5).

Ces commentaires étaient en majorité négatifs voire agressifs pour certains d'entre eux. D'autres étaient encourageants et chaleureux. Les MG étaient farouchement opposés à la mise en place de mesures contraignantes, notamment en ce qui concerne les demandes d'autorisation préalable. La surcharge de travail, le manque de temps et de ressources étaient récurrents dans les commentaires. Le mode de rémunération était également discuté. Plusieurs médecins proposaient une rémunération de l'information du patient concernant la non prescription d'antibiotique, qui est chronophage.

Il existait une importante demande concernant l'éducation du patient, la mise en place de campagnes d'informations à destination du grand public et la formation des médecins. Aucune mesure additionnelle, en dehors de celles déjà listées dans le questionnaire, n'a été proposée.

4. Discussion

4.1 Sur les mesures

Notre enquête menée auprès de 283 médecins généralistes de Lorraine montre que les mesures incitatives promouvant le bon usage des ATB et respectant la liberté de prescription des MG sont plutôt bien acceptées, alors que les MG sont hostiles aux mesures restrictives. Les outils d'aide à la prescription et les mesures relatives à la formation médicale étaient acceptées par plus de la moitié des MG ayant participé à l'étude. Ces mesures sont relativement simples à mettre en place voire déjà existantes. D'autres études ont été réalisées afin d'évaluer la perception des MG concernant l'antibiorésistance et les mesures visant un juste usage des ATB. Elles ont confirmé que la formation arrivait en tête des mesures plébiscitées par les MG. (17)

En France depuis la création des Plans Nationaux sur les antibiotiques par la Direction Générale de la Santé dans les années 2000, plusieurs actions ont été menées. Les prescriptions ATB sont surveillées à l'échelle nationale par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament ; au niveau régional par les Agences Régionales de Santé, les Unions régionales des Professionnels de Santé et les Caisses régionales d'Assurance maladie (CRAM). (14, 18)

Le conseil en antibiothérapie a une place importante avec notamment le rôle des différents réseaux régionaux tels que MedQual et Antibiolor, et les actions des référents antibiotiques hospitaliers. (19,20) La diffusion de recommandations de bonne pratique utilise différents référentiels d'antibiothérapie, ou le site Antibioclic. (21) Antibiolor distribue également régulièrement le guide thérapeutique Antibioville et a créé le dépliant « Trop d'antibiotiques nuit aux antibiotiques » à destination des patients en cas de non prescription ATB. (Annexe 7)

Les CRAM permettent aux praticiens d'avoir un retour sur leurs prescriptions, grâce aux visites effectuées par les délégués de l'Assurance Maladie et les médecins conseils auprès des gros prescripteurs, en analysant leurs profils de prescriptions. Les CRAM mettent à la disposition des MG des tests diagnostiques comme le Test de Diagnostic Rapide (TDR) utilisé dans les angines. La Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP), attribuée de manière annuelle par l'Assurance Maladie aux médecins atteignant l'objectif de moins de 37 prescriptions annuelles d'ATB pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans affection de longue durée, permet de valoriser leurs bonnes pratiques. (22)

78% des généralistes étaient favorables aux durées uniques d'antibiothérapie, ce qui permettrait de réduire les durées de traitement. Des recommandations nationales en ces sens sont en cours de validation par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Pourtant seulement 50% des MG étaient favorables à une limitation de la durée du traitement à sept jours pour une prescription initiale.

74% des généralistes étaient favorables aux antibiogrammes ciblés, mesure qui a démontré un impact positif sur la qualité des antibiothérapies dans les infections urinaires dans la littérature. (23)

90% des généralistes étaient favorables à la participation à des FMC centrées sur l'antibiothérapie. Le caractère obligatoire d'une formation faisait diminuer ce taux à 65% en cas de formation annuelle aux gros prescripteurs et à 56% en cas de formation tous les deux ans pour l'ensemble des généralistes. La formation continue, bien qu'obligatoire, n'est pas soumise à un contrôle de la part des autorités, c'est pourquoi il n'existe pas à notre connaissance dans la littérature une estimation annuelle du taux de participation des généralistes français à la formation. Nous pouvons nous demander également si les offres de formation sont suffisantes et si elles répondent aux attentes et aux besoins des MG. De plus, il n'existe pas d'offres intéressantes en termes d'e-learning, formations qui permettraient au MG de se former à des horaires qui leur conviennent.

64% des généralistes étaient favorables à la création d'une charte concernant la prescription des ATB. Cette mesure simple et non coûteuse a démontré une réduction des prescriptions inutiles dans la littérature américaine (24), entraînant sa diffusion dans les établissements de santé par le biais des chefs d'établissements. (25)

72% des généralistes étaient favorables à la réduction du nombre de molécules ATB disponibles en ville. Une étude européenne avait montré une corrélation entre le nombre de molécules ATB disponibles en ville et la consommation d'antibiotiques. (26) A titre d'exemple, la Suède compte 23 molécules ATB disponibles en ville contre 50 en France. (6,27)

La distribution gratuite des bandelettes urinaires (BU) était perçue de manière très favorable par 75% des médecins interrogés. La distribution des TDR utilisés dans les angines est gratuite depuis 2002. Pourtant le TDR n'est utilisé régulièrement que par 16% des MG. (28) Il existe de nombreux freins à leur utilisation, le manque de temps arrivant en tête. (29) Il est difficile de penser que les BU seront plus utilisées que les TDR angines ; des études sont nécessaires à ce sujet.

54% des MG interrogés étaient très favorables à la dispensation des ATB à l'unité. Un Français achète en moyenne 48 boites de médicaments par an. (30) La moitié de ces boites ne sont pas consommées et sont source d'automédication. (30) Le mésusage des comprimés d'ATB restants comporte un risque d'erreur diagnostique , d'inefficacité et d'antibiorésistance (31) La dispensation des ATB à l'unité est à l'essai depuis décembre 2014 dans cent pharmacies de France (Ile de France, Limousin, Lorraine, PACA). (30)

L'ordonnance dédiée (spécifique pour les ATB) était perçue de manière défavorable par 56% des généralistes. L'analyse des commentaires libres suggérait que le manque de temps était la principale barrière à son utilisation.

La prescription différée des antibiotiques était acceptée favorablement par 70% des médecins interrogés. Cette pratique, utilisée en Norvège et au Royaume Uni, où le National

Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recommande une antibiothérapie différée associée à une fiche d'information patient dans les infections respiratoires telles que l'otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant de plus de 3 mois, la sinusite aiguë et la bronchite aiguë des enfants de plus de 2 ans et des adultes sains (32,33); cette stratégie a en effet démontré une réduction des prescriptions antibiotiques. (34)

La prescription différée a cependant peu été étudiée en France. (35,36) Une étude descriptive auprès de MG réalisée en Savoie en 2013 a montré que cette pratique était utilisée de manière importante dans les OMA de l'enfant de plus de 2 ans ou les sinusites débutantes de l'adulte. (37) Dans certaines situations conflictuelles ou d'incertitude diagnostique, la prescription différée d'ATB peut être un compromis entre le médecin et son patient.

Les demandes d'entente préalable concernant la prescription de FQ, de C3G ou d'amoxicilline-acide clavulanique étaient refusées par plus de 80% des MG. Leur acceptabilité était très légèrement supérieure si ces mesures concernaient uniquement les gros prescripteurs.

4.2 Sur l'étude

- **Sur la population**

Nous souhaitions interroger l'ensemble des MG lorrains. Cela n'a pas été possible devant le refus de l'URPS de diffuser notre questionnaire. Le courrier qui leur a été adressé est en annexe 7.

Le conseil d'administration de l'association vosgienne de FMC a voté contre sa diffusion en expliquant qu'ils ne voulaient pas froisser leurs adhérents compte tenu de l'hostilité des médecins vis-à-vis de ce type de mesures.

Le taux de réponse est faible avec une participation de 24%. La performance de l'étude est limitée par un manque de puissance relatif au petit nombre de médecins ayant réalisé l'étude. Seulement 10% des MG lorrains ont participé à ce travail. (=243/2393*100)

La population étudiée est très proche de la population lorraine de MG en se référant à la démographie médicale Lorraine de 2013. L'âge moyen des MG exerçant une activité est de 53 ans. Les plus de 60 ans représentent 25%, tandis que les moins de 40 ans représentent 10% de la population. Les hommes représentent 71% des MG. Les femmes représentent 55% de l'effectif des moins de 40 ans. (16)

L'invitation précisait que le questionnaire concernait uniquement les MG. Il a été envoyé à des mailings-lists comprenant d'autres professionnels de santé, ce qui est à l'origine d'un biais de sélection. Aucun tirage au sort n'a pu être réalisé car nous ne pouvions pas avoir accès aux mailings-lists. Notre échantillon n'est pas représentatif de la population et nous ne pouvons pas extrapoler nos résultats.

Nous avons interrogé les médecins figurant dans les listes de diffusion des associations de FMC (54, 55 et 57) et du réseau ANTIBIOLOR. Les médecins ayant répondu au questionnaire sont des médecins souhaitant se former et sensibilisés à la problématique abordée.

- **Sur la diffusion**

Nous avons choisi de diffuser le questionnaire par voie informatique.

Nous avions envisagé le contact direct par entretien. Nous n'avons pas retenu cette méthode car nous souhaitions que le médecin-répondeur puisse donner son avis sans avoir l'impression d'être jugé par l'interviewer et sans que celui-ci puisse l'influencer dans un sens ou dans l'autre. Elle nous aurait exposé à un biais de déclaration.

- **Sur le questionnaire**

Notre questionnaire avait comme objectif d'évaluer 31 mesures. Certains répondeurs ont pu être découragés par ce nombre conséquent.
Nous avons constaté qu'au fur et à mesure du questionnaire le nombre de répondeurs diminuait. Ce problème aurait pu être écarté si nous avions obligé le médecin à répondre à chaque question. Tout questionnaire incomplet n'aurait pas pu être validé ni interprété, ce qui aurait diminué le nombre de réponses.

Nous pouvons nous interroger sur la compréhension de certaines mesures à l'origine de biais de confusion.
La partie concernant les MG gros prescripteurs a obtenu un nombre plus faible de réponses. Le répondeur a pu croire que cette partie s'adressait uniquement aux gros prescripteurs et ne s'est pas senti concerné.
Dans les commentaires libres plusieurs médecins affirmaient ne pas avoir compris la question sur la situation testing.

Les MG avaient la possibilité de répondre par « je ne sais pas » ce qui pouvait arranger ceux qui ne savaient pas se positionner. Les MG avaient une opinion bien tranchée sur la problématique car seulement 4% des réponses appartenaient à cette catégorie.

4.3 Conclusions et perspectives

Peu de travaux français ont évalué l'acceptabilité par les MG de mesures visant à améliorer les prescriptions antibiotiques, et la plupart de ces études sont anciennes. (17) Notre travail mené auprès d'un échantillon de près de 300 MG apporte donc des données originales. Cependant, le taux de réponse de 24% rend très probable l'existence d'un biais de sélection. De plus, les MG qui ont répondu sont vraisemblablement les plus motivés et sensibilisés, car ils appartiennent aux mailing-lists des associations de FMC et du réseau Antibiolor. L'acceptabilité des mesures sélectionnées est donc probablement surestimée dans notre étude.

5. CONCLUSION

La prescription des antibiotiques est préoccupante aussi bien en France que dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) évoque l'idée d'une ère post-antibiotique où les humains pourraient à nouveau mourir d'infections courantes. Les différentes campagnes et plans nationaux réalisés jusqu'alors n'ont pas eu suffisamment d'impact sur les prescriptions.

Cette étude s'intègre dans un ensemble de travaux au sein du réseau Antibiolor. Si le travail de S. Wang a déjà été publié, d'autres travaux sont en cours et à venir.

Notre travail montre que les MG sont hostiles à l'égard de mesures contraignantes pour leur exercice. Les MG interrogés appartiennent aux listes de diffusion du réseau Antibiolor et des associations de FMC ce qui conforte le caractère préoccupant de la situation. Les médecins sensibilisés au problème ne devraient-ils pas être plus compliants vis à vis de telles mesures ?

L'exercice libéral de la médecine est un des éléments du problème. Les MG craignent de perdre leur légitimité vis-à-vis de leur patient. (38) Il s'agit également d'un problème culturel avec d'une part la peur de déplaire à son patient associée à la difficulté de ne pas prescrire et d'autre part le paiement à l'acte, dans un système de santé où la consultation s'achève traditionnellement par la remise d'une ordonnance. (39)

Parfois les progrès en santé passent par des mesures sociales et environnementales. Bien qu'impopulaires, les mesures mises en place par la Sécurité Routière dans les années 60 ont permis de faire baisser de manière significative le nombre de morts sur les routes. Des vies sont en jeu : le parallèle s'impose.

La Task Force ATB a transmis ses propositions au gouvernement et les mesures proposées ont été rendues publiques. (40)

Il est du devoir des autorités sanitaires de mettre en place des mesures efficaces dans l'objectif d'une juste-prescription de nos précieux antibiotiques même si le corps médical est résistant.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Antimicrobial resistance : global report on surveillance. 2014.

2. Carlet J, Pulcini C, Piddock LJ. Antibiotic resistance : a geopolitical issue. Clin Microbiol Infect. 2014 Oct ; 20(10) : 949-53.

3. Bell BG, Schellevis F, Stobberingh E, Goossens H, Pringle M. A systematic review and meta-analysis of the effects of antibiotic consumption on antibiotic resistance. BMC Infect Dis. 2014 ; 14 : 13.

4. ECDC/EMEA. The bacterial challenge : time to react. Technical report [Internet]. 2009 Sept. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf

5. O'Neil J. Review on antimicrobial resistance. Tackling drug-resistant infections globally [Internet]. 2015 Mai. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://amr-review.org/home

6. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013. Rapport. 2014 Nov.

7. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France. Rapport thématique [Internet]. 2012 Juil. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/80021cd6bb92b94c16a3db89088fd4f0.pdf

8. Etienne C, Pulcini C. Prospective cross-sectional study of antibiotic prescriptions in a sample of French general practitioners. Press Med. 2015 Jan ; 44 (3) : 59-66.

9. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Emergence des bactéries multi-résistantes. Importance renforcée du bon usage des antibiotiques. Rapport [Internet]. 2010 Nov. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9d362917f68e27328483ab1320f1bed7.pdf

10. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Caractérisation des antibiotiques considérés comme « critiques ». Rapport d'expertise. 2013 Nov.

11. Ministère de la Santé. Plan National pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2001-2005 [Internet]. [cité le 14 août 2015]. 2001. Disponible sur : http://www.plan-antibiotiques.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_pour_preserve_l_efficacite_des_antibiotiques.pdf

12. Ministère de la Santé. Plan antibiotiques 2007-2010 : propositions du Comité de suivi pour la deuxième phase du Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques [Internet]. 2007 Nov. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://www.plan-antibiotiques.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_plan_2007.pdf

13. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010 [Internet]. 2010 Fév. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110204_pnpeantibio.pdf

14. Ministère de la Santé. Plan National d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 [Internet]. 2011 Nov. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_antibiotiques_2011-2016_.pdf

15. Wang S, Pulcini C, Rabaud C, Boivin JM, Birgé J. Inventory of antibiotic stewardship programs in general practice in France and abroad. Med Maladies Infect. 2015 Avr ; 45 (4) :111-23.

16. Le Breton G. La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2013. 2013.

17. Pulcini C, Naqvi A, Gardella F, Dellamonica P, Sotto A. Bacterial resistance and antibiotic prescriptions: perceptions, attitudes and knowledge of a sample of French GPs. Med Maladies Infect. 2010 ; 40(12) :703-9.

18. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Instruction N° DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/2015/212 [Internet]. 2015 Juin. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/dossierthematique/A/cir_39807%284%29.pdf

19. MedQual. Centre ressource en antibiologie [Internet]. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://www.medqual.fr/

20. Antibiolor. Le réseau lorrain d'antibiologie [Internet]. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://www.antibiolor.org

21. Antibioclic. Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://www.antibioclic.com

22. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs Salariés. Comité de suivi du plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. Bilan 2013 ROSP Antibiotiques [Internet]. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://omedit.e-santepaca.fr/sites/omedit.e-santepaca.fr/files/u19/bilan%20ROSP%202013%20-%2019%2006%2014.pdf

23. Coupat C, Pradier C, Degand N, Hofliger P, Pulcini C. Selective reporting of antibiotic susceptibility data improves the appropriateness of intended antibiotic prescriptions in urinary tract infections: a case-vignette randomised study. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2013 Mai ; 32(5) : 627-36.

24. Meeker D, Knight TK, Friedberg MW, Linder JA, Goldstein NJ, Fox CR, et al. Nudging guideline-concordant antibiotic prescribing: a randomized clinical trial. JAMA intern med. 2014 ; 174(3) : 425-31.

25. Fédération Hospitalière de France. SPILF. Campagne sur le juste usage des antibiotiques à l'hôpital. Dossier de presse. Les antibios juste ce qu'il faut [Internet]. Mai 2015. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : Dossier_de_Presse_campagneresistancesauxantibios2015.pdf.

26. Monnet DL, Ferech M, Frimodt-Moller N, Goossens H. The more antibacterial trade names, the more consumption of antibacterials: a European study. Clinical infectious diseases. 2015 Juil;41(1) : 114-17.

27. Fass Vardpersonal. Startsida [Internet]. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://www.fass.se

28. El Fatmaoui M. Quels sont les obstacles à l'utilisation de la bandelette urinaire dans l'infection urinaire et du test de diagnostic rapide de l'angine en médecine générale ? Quels sont les déterminants de la prescription des antibiotiques chez les généralistes ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université Henri Poincaré -Nancy I. UFR de médecine ; 2014.

29. Michel-Lepage A, Ventelou B, Verger P, Pulcini C. Factors associated with the use of rapid antigen diagnostic tests in children presenting with acute pharyngitis among French general practitioners. European journal of clinical microbiology & infectious diseases. 2014 ; 33(5) : 723-28.

30. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Dispensation d'antibiotiques à l'unité : une juste délivrance pour un juste usage [Internet]. 2014 Déc. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/dispensation-d-antibiotiques-a-l-unite-une-juste-delivrance-pour-un-juste-usage.html

31. Grigoryan L, Monnet DL, Haaijer-Ruskamp FM, Bonten MJ, Lundborg S, Verheij TJ. Self-medication with antibiotics in Europe: a case for action. Curr Drug Saf. 2010 Oct ; 5(4) : 329-32.

32. National Institute for Health and Clinical Excellence. Respiratory tract infections-antibiotic prescribing : Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. NICE guidelines. 2008 Juil ; 69.

33. Lindbæk M, Jensen S, Eliassen KE, Fetveit A, Grude N, Berild D, et al. New guidelines for use of antibiotics in the primary health care service. Tidsskr Norske Laege. 2013 Mai ; 133 (10) :1052-53.

34. Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. BMJ. 1997 Mar ; 314 (7082) : 722-7.

35. Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, Cohen JM, Pouchain D, Huas D, et al. Infections respiratoires présumées virales : comment prescrire moins d'antibiotiques? résultats de l'étude PAAIR. Revue du Praticien de Médecine Générale. 2003 Fév ; 17 (601) : 155-60.

36. Attali C, Rola S, Renard V, Roudot-Thoraval F, Montagne O, Le Corvoisier P, et al. Les situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et les stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires hautes et basses. Exercer. 2008 ; 19 (82) : 66-72.

37. Ghez A, Marc J. Analyse qualitative de la prescription différée d'antibiotiques par des médecins généralistes : étude dans les infections respiratoires hautes et basses (en dehors de la pneumopathie) de l'enfant de plus de 2 ans et de l'adulte sain. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Joseph Fourier-Grenoble I. UFR de médecine ; 2013.

38. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise : faits et questions. Médecine. 2006 Mai ; 2 (5) : 223-8.

39. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine. Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Rapport final. Cuisine et dépendance: les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français [Internet]. 2011 Août. [cité le 14 août 2015]. Disponible sur : http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf

40. Carlet J, Le Coz P. Rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques. 2015 Sept. [cité le 27 septembre 2015]. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf

Annexe 1 : Liste des mesures visant à optimiser la prescription des antibiotiques

MESURES QUI CONCERNERAIENT TOUS LES MEDECINS
Remettre au patient une fiche d'information en cas de non prescription d'antibiotiques
Proposer des durées uniques d'antibiothérapie dans les recommandations et pas une fourchette (exemple: 7 jours et pas 7-10 jours)
Distribuer gratuitement aux médecins généralistes des bandelettes urinaires
Rendre obligatoire la BU en cas de suspicion d'infection urinaire avec contrôle aléatoire du patient et/ou du médecin
Rendre un antibiogramme plus court pour les ECBU (5-10 antibiotiques cités dans le compte rendu, comprenant les alternatives en cas d'allergie)
Dispenser les antibiotiques à l'unité
Proposer une ordonnance différée pour certaines situations (antibiotique à utiliser au bout de 48-72 heures sous certains critères)
Limiter le nombre de molécules antibiotiques disponibles en ville (actuellement 50 en France et 17 en Norvège)
Inciter les médecins généralistes à participer à des formations médicales continues ou à un développement professionnel continu centrés sur l'antibiothérapie
Rendre obligatoire une formation tous les 2 ans sur le thème de l'antibiothérapie
Adhérer à une charte du bon usage des antibiotiques en s'engageant à les prescrire selon les recommandations en vigueur et l'afficher dans sa salle d'attente
Justifier sur l'ordonnance la conformité ou non aux recommandations ("R" pour recommandé et "HR" pour hors recommandation)
Utiliser une ordonnance spécifique pour les antibiotiques comprenant un message éducatif destiné au patient
Déremboursser les antibiotiques qui sélectionnent beaucoup de résistance bactérienne
Permettre au pharmacien d'avoir un regard sur les prescriptions antibiotiques et de contacter le médecin si la prescription ne lui semble pas adéquate
Restreindre la délivrance pharmaceutique à une durée maximale de 7 jours pour une prescription initiale
Réaliser des "situation testing" pour vérifier le bon usage des antibiotiques en consultation (mise en situation au cabinet par des infectiologues testeurs)

Demander une autorisation préalable auprès d'un infectiologue pour les antibiothérapies de plus de 14 jours
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire des fluoroquinolones
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire des céphalosporines de troisième génération
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire de l'amoxicilline-acide clavulanique
Affiner la prime ROSP-antibiotique (prime en fonction du pourcentage de prescription et suppression du seuil) ROSP=rémunération sur objectifs de santé publique; attribuée par l'Assurance Maladie
MESURES QUI CONCERNERAIENT UNIQUEMENT LES MEDECINS LES PLUS GROS PRESCRIPTEURS
Mettre en place des visites confraternelles tous les 3 mois par l'Assurance Maladie avec discussion du profil de prescription et des actions à entreprendre pour les améliorer
Rendre obligatoire une formation annuelle sur l'antibiothérapie tant que le profil " gros prescripteur " persiste
Réaliser un suivi mensuel quantitatif et qualitatif des prescriptions
Soumettre les prescriptions d'antibiotiques à la validation à postériori par des infectiologues
Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire des fluoroquinolones (FQ)
Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire des céphalosporines de troisième génération (C3G)
Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire de l'amoxicilline-acide clavulanique
Affiner la ROSP antibiotique en y incluant a prescription de FQ et C3G
Instaurer des pénalités financières à partir de la ROSP pour les gros prescripteurs qui n'atteignent pas les objectifs (en gardant les bonus si les objectifs sont atteints)

<u>Abréviations :</u> BU : bandelette urinaire ; ECBU : examen cytobactériologique des urines ; FQ : fluoroquinolones ; C3G : céphalosporines de troisième génération ; ROSP : rémunération sur objectif de santé publique

Annexe 2 : Courrier explicatif associé au questionnaire

Madame, Monsieur,

Cher confrère,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse de médecine générale qui se propose d'évaluer l'acceptabilité de mesures relatives à la prescription des antibiotiques en médecine de ville pour la région Lorraine.

En 2012 la France est le quatrième pays européen prescripteur d'antibiotiques. Les antibiotiques sont majoritairement prescrits en médecine de ville (90% de la consommation).

Ces prescriptions concernent essentiellement les infections ORL et respiratoires, majoritairement virales.

Nous vous proposons une liste de mesures qui pourraient permettre d'optimiser la prescription des antibiotiques en médecine de ville.

Ce travail est réalisé sous l'égide d'ANTIBIOLOR, avec le concours du Professeur RABAUD, président et du Docteur BIRGE, vice-président et avec la collaboration des associations de formation médicale continue de Lorraine.

Pour mener à bien ce projet, je vous propose ce questionnaire que vous pouvez remplir en ligne et de manière anonyme.

Il comporte 11 questions et le temps nécessaire à sa réalisation est de 5 minutes.

Ce questionnaire s'adresse uniquement aux médecins généralistes y compris aux remplaçants :

https://fr.surveymonkey.com/s/medecins_generalistes_lorrains_mesures_relatives_prescription_antibiotiques

Je me tiens à votre disposition pour toute précision complémentaire.

Nous tiendrons à votre disposition les résultats de notre étude si vous le souhaitez.

Veuillez accepter Madame, Monsieur, Cher confrère, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

Marianne GIRY

[redacted]

Annexe 3 : Tableau représentant l'acceptabilité des mesures en fonction de l'âge

Mesures	**Opinion positive* <50 ans (n=118) N (%)**	**Opinion positive* ≥ 50 ans (n=161) N (%)**	**p**
Mesures qui concerneraient tous les médecins			
Remettre au patient une fiche d'information en cas de non prescription d'antibiotiques	84/110 (76,4)	89/147 (60,5)	0,048
Proposer des durées uniques d'antibiothérapie dans les recommandations et pas une fourchette (exemple: 7 jours et pas 7-10 jours)	92/110 (83,6)	110/146 (75,3)	0,494
Distribuer gratuitement aux médecins généralistes des bandelettes urinaires	97/109 (89)	129/147 (87,8)	0,169
Rendre obligatoire la BU en cas de suspicion d'infection urinaire avec contrôle aléatoire du patient et/ou du médecin	60/110 (54,5)	75/148 (50,7)	0,517
Rendre un antibiogramme plus court pour les ECBU (5-10 antibiotiques cités dans le compte rendu, comprenant les alternatives en cas d'allergie)	82/110 (74,5)	108/148 (73)	0,359
Dispenser les antibiotiques à l'unité	98/110 (89)	118/148 (79,7)	0,255
Proposer une ordonnance différée pour certaines situations (antibiotique à utiliser au bout de 48-72H sous certains critères)	55/110 (50)	105/148 (70,9)	0,002
Limiter le nombre de molécules antibiotiques disponibles en ville (actuellement 50 en France et 17 en Norvège)	85/110 (77,3)	101/148 (68,2)	0,439
Inciter les médecins généralistes à participer à des formations médicales continues ou à un développement personnel continu centrés sur l'antibiothérapie	70/110 (63,6)	79/147 (53,7)	0,19
Rendre obligatoire une formation tous les 2 ans sur le thème de l'antibiothérapie	76/110 (69,1)	67/148 (45,3)	0,010

Adhérer à une charte du bon usage des antibiotiques en s'engageant à les prescrire selon les recommandations en vigueur et l'afficher dans sa salle d'attente	83/110 (75,5)	81/147 (55,1)	0,007
Justifier sur l'ordonnance la conformité ou non aux recommandations ("R" pour recommandé et "HR" pour hors recommandation)	35/109 (32,1)	39/147 (26,5)	0,001
Utiliser une ordonnance spécifique pour les antibiotiques comprenant un message éducatif destiné au patient	50/110 (45,5)	51/148 (34,5)	0,364
Dérembourser les antibiotiques qui sélectionnent beaucoup de résistance bactérienne	36/110 (32,7)	26/148 (17,6)	0,052
Permettre au pharmacien d'avoir un regard sur les prescriptions antibiotiques et de contacter le médecin si la prescription ne lui semble pas adéquate	51/110 (46,4)	47/147 (32)	0,192
Restreindre la délivrance pharmaceutique à une durée maximale de 7 jours pour une prescription initiale	52/110 (47,3)	75/147 (51)	0,097
Réaliser des "situation-testing" pour vérifier le bon usage des antibiotiques en consultation (mise en situation au cabinet par des infectiologues testeurs)	36/110 (32,7)	24/148 (16,2)	0,027
Demander une autorisation préalable auprès d'un infectiologue pour les antibiothérapies de plus de 14 jours	31/110 (28,2)	30/148 (20,3)	0,432
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire des FQ	12/110 (10,9)	23/148 (15,5)	0,052
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire C3G	7/110 (6,4)	17/148 (11,5)	0,027
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire de l'amoxicilline-acide clavulanique	6/110 (5,5)	13/147 (8,8)	0,043

Affiner la prime ROSP-antibiotique (prime en fonction du pourcentage de prescription et suppression du seuil) ROSP=rémunération sur objectifs de santé publique; attribuée par l'Assurance Maladie	63/110 (57,3)	58/148 (39,2)	0,106
Mesures qui concerneraient uniquement les gros prescripteurs			
Mettre en place des visites confraternelles tous les 3 mois par l'Assurance Maladie avec discussion du profil de prescription et des actions à entreprendre pour les améliorer	55/106 (51,9)	62/141 (4,4)	0,853
Rendre obligatoire une formation annuelle sur l'antibiothérapie tant que le profil " gros prescripteur " persiste	78/106 (73,6)	80/140 (57,1)	0,078
Réaliser un suivi mensuel quantitatif et qualitatif des prescriptions	61/105 (58,1)	64/140 (45,7)	0,507
Soumettre les prescriptions d'antibiotiques à la validation à postériori par des infectiologues	31/106 (29,2)	26/140 (18,6)	0,184
Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire des FQ	23/106 (21,7)	29/140 (20,7)	0,350
Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire des C3G	20/106 (1,9)	28/141 (19,9)	0,238
Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire de l'amoxicilline-acide clavulanique	16/106 (15,1)	24/139 (17,3)	0,134
Affiner la ROSP antibiotique en y incluant a prescription de FQ et C3G	50/105 (47,6)	63/140 (45)	0,550
Instaurer des pénalités financières à partir de la ROSP pour les gros prescripteurs qui n'atteignent pas les objectifs (en gardant les bonus si les objectifs sont atteints)	31/105 (29,5)	32/140 (22,9)	0,337

<u>Abréviations</u> : n/N : effectif, % : pourcentage, p : p value
** : réponses « très favorable » et « assez favorable »*
Analyse statistique réalisée avec le test du Chi 2

Annexe 4 : Tableau représentant l'acceptabilité des mesures en fonction du statut d'exercice.

Mesures	**Opinion positive* remplaçants et médecins installés enseignants/MS (n=85) N (%)**	**Opinion positive* médecins installés à l'exception des enseignants et MS (n=198) N (%)**	**p**
Mesures qui concerneraient tous les médecins			
Remettre au patient une fiche d'information en cas de non prescription d'antibiotiques	58/80 (72,5)	145/194 (74,7)	0,429
Proposer des durées uniques d'antibiothérapie dans les recommandations et pas une fourchette (exemple: 7 jours et pas 7-10 jours)	61/80 (76,2)	174/194 (89,7)	0,587
Distribuer gratuitement aux médecins généralistes des bandelettes urinaires	70/78 (89,7)	196/198 (99)	0,546
Rendre obligatoire la BU en cas de suspicion d'infection urinaire avec contrôle aléatoire du patient et/ou du médecin	38/80 (47,5)	114/193 (59,1)	0,408
Rendre un antibiogramme plus court pour les ECBU (5-10 antibiotiques cités dans le compte rendu, comprenant les alternatives en cas d'allergie)	60/80 (75)	165/194 (85,1)	0,674
Dispenser les antibiotiques à l'unité	65/80 (81,3)	187/194 (96,4)	0,501
Proposer une ordonnance différée pour certaines situations (antibiotique à utiliser au bout de 48-72H sous certains critères)	49/80 (61,3)	161/194 (83)	0,029
Limiter le nombre de molécules antibiotiques disponibles en ville (actuellement 50 en France et 17 en Norvège)	62/80 (77,5)	158/195 (81)	0,542
Inciter les médecins généralistes à participer à des formations médicales continues ou à un développement personnel continu centrés sur l'antibiothérapie	74/80 (92,5)	197/198 (99,5)	0,6615
Rendre obligatoire une formation tous les 2 ans sur le thème de l'antibiothérapie	51/80 (63,8)	100/193 (51,8)	0,012

Adhérer à une charte du bon usage des antibiotiques en s'engageant à les prescrire selon les recommandations en vigueur et l'afficher dans sa salle d'attente	57/80 (71,3)	139/193 (72)	0,196
Justifier sur l'ordonnance la conformité ou non aux recommandations ("R" pour recommandé et "HR" pour hors recommandation)	28/79 (35,4)	62/193 (32,1)	0,437
Utiliser une ordonnance spécifique pour les antibiotiques comprenant un message éducatif destiné au patient	36/80 (45)	84/193 (43,5)	0,416
Dérembourser les antibiotiques qui sélectionnent beaucoup de résistance bactérienne	24/80 (30)	48/193 (24,9)	0,246
Permettre au pharmacien d'avoir un regard sur les prescriptions antibiotiques et de contacter le médecin si la prescription ne lui semble pas adéquate	36/80 (45)	76/193 (39,4)	0,176
Restreindre la délivrance pharmaceutique à une durée maximale de 7 jours pour une prescription initiale	33/80 (41,3)	114/193 (59,1)	0,063
Réaliser des "situation testing" pour vérifier le bon usage des antibiotiques en consultation (mise en situation au cabinet par des infectiologues testeurs)	25/80 (31,3)	47/193 (24,4)	0,161
Demander une autorisation préalable auprès d'un infectiologue pour les antibiothérapies de plus de 14 jours	14/80 (17,5)	52/193 (27)	0,151
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire des FQ	6/80 (7,5)	33/193 (17,1)	0,001
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire C3G	4/80 (5)	22/193 (11,4)	0,099
Demander une autorisation préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax avant de prescrire de l'amoxicilline-acide clavulanique	3/80 (3,8)	17/193 (8,8)	0,156

Affiner la prime ROSP-antibiotique (prime en fonction du pourcentage de prescription et suppression du seuil) ROSP=rémunération sur objectifs de santé publique; attribuée par l'Assurance Maladie	43/80 (53,4)	104/193 (53,9)	0,553
Mesures qui concerneraient uniquement les gros prescripteurs			
Mettre en place des visites confraternelles tous les 3 mois par l'Assurance Maladie avec discussion du profil de prescription et des actions à entreprendre pour les améliorer	42/76 (55,3)	99/183 (54,1)	0,268
Rendre obligatoire une formation annuelle sur l'antibiothérapie tant que le profil " gros prescripteur " persiste	54/76 (71)	133/183 (72,7)	0,287
Réaliser un suivi mensuel quantitatif et qualitatif des prescriptions	42/75 (56)	107/182 (58,8)	0,522
Soumettre les prescriptions d'antibiotiques à la validation à postériori par des infectiologues	17/76 (22,4)	46/183 (25,1)	0,753
Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire des FQ	15/76 (19,7)	45/183 (24,6)	0,584
Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire des C3G	16/76 (21)	42/183 (23)	0,878
Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire de l'amoxicilline-acide clavulanique	11/76 (14,5)	34/183 (18,6)	0,575
Affiner la ROSP antibiotique en y incluant a prescription de FQ et C3G	37/75 (49,3)	97/182 (53,3)	0,545
Instaurer des pénalités financières à partir de la ROSP pour les gros prescripteurs qui n'atteignent pas les objectifs (en gardant les bonus si les objectifs sont atteints)	20/75 (26,7)	53/183 (29)	0,869

<u>Abréviations</u> : n/N : effectif, % : pourcentage, p : p value *Analyse statistique réalisée*
** : réponses « très favorable » et « assez favorable »* *avec le test du Chi 2*

Annexe 5 : Commentaires libres

-Diffuser antibioville a tous les medecins generaliste meme non adherents a antibiolor

-Éducation du patient Sensibilisation aux résistances bactériennes Lutte contre l'automédication Médicaments à l'unité Encadrer le bon usage de la prise des traitements atb par un cahier de suivi

-Améliorer la formation des internes sur la prescription des antibiotiques et respect des recommandations à l'hopital afin de donner un meilleur enseignement des prescriptions aux internes

-plus d'éducation du patient qui est bien souvent le demandeur de l'antibiothérapie et formation obligatoire tous les 2 ans mais formation rémunérée ! et pour les gros prescripteurs, comprendre pourquoi (manque de formation, pas le temps de se mettre à jour au niveau des recos, peur de dire non au patient, etc ...)

-Coucou Marianne :

-Éducation du patient qui est souvent demandeur d antibiotique... Car d après eux ça guérit plus vite...

-En général, oui pour l'incitation, l'accompagnement, l'interdisciplinarité, la formation ou le conseil et non pour les mesures coercitives, chronophages ou complexes. Pas de mesures passant par la ROSP qui est dysfonctionnelle. Les mesures à appliquer doivent être simples, ergonomiques et rapides à utiliser. Des LAP optimisés sont une solution. La communication verbale est toujours à privilégier dans la relation médecin malade.

-Pour limiter la prescription d'antibiotiques, l'assurance maladie pourrait éditer des petites fiches à remettre au patient en expliquant le traitement des angines virales, des rhinopharyngites, bronchites... Cela appuierait notre "non-prescription" d'antibiotiques. On pourrait aussi inventer un système de "télédéclaration obligatoire" à chaque fois que l'on prescrit un antibio en indiquant la pathologie précise (on se rend compte que cela est bcp plus simple de ne pas prescrire d'antibiotique ds les angines lorsque le strepto-test est négatif.

-Judicieuse thèse! Rémunération plus importante de la consultation pour bronchite virale : Ne nécessite pas d'ATB mais une information sur la toux persistante. Donc prend beaucoup plus de temps pour expliquer la non prescription . C'est un des cas où faire du bon travail implique un double défaut de rémunération!

-Obliger la réalisation d'une radiographie pulmonaire dans les infections pulmonaires avant la prescription d'antibiotiques sauf si celle ci est impossible. Interdire la prescription d'antibiotique dans les bronchites, rhino-pharyngite, trachéite...

-La plupart des mesures proposées sont proches d'une forme de stigmatisation et de cohercition qui me parait délicate d'un point de vue moral, ou déontologique. La plupart des patients ont retenu le message que les antibiotiques ne sont pas automatiques, et pour les situation cliniques où le doute existe, la majorité de mes patients adhère au principe: "antibiotique à prendre si persistance température dans 72h " prescrit sur l'ordo. Et la majorité ne vont pas le chercher à la pharmacie. Je crois plus à l'efficacité auprès des patients d'une discussion plutôt que de leur donner des fiches écrites de conduite à tenir, elles aussi pouvant être perçues comme stigmatisantes. Les ententes préalables auprès de l'infectiologue sont peu réalistes d'un point de vue pratique (temps principalement, sans parler du chaperonnage induit) A mon sens, limiter le nombre de molécules à disposition et le conditionnement adapté exactement à la prescription me parait le plus intéressant. Mes molécules "préférées sont amox, clarithromycine/azithromycine pour le pneumo, amox pour l'orl; fosfomycine pour l'urinaire féminin, amox ou bristopen pour le cutané, C3G ou FQ chez l'homme (mais là on a moins le choix). Bref, on se sort de 90% des situations avec ces molécules de première intention, le référentiel d'antibiolor est pour moi un outil précieux que j'utilise quasi quotidiennement. Ceci étant, la problématique est évidemment complexe: j'ai vu un patient de 47 ans ce jour, sans comorbidité, qui a fait une PFLA en vacances dans le sud et à qui a été prescrit augmentin+ tavanic, en première intention... Bon courage pour votre travail et bonne continuation.

-les infectiologue ont probablement autre chose à faire que d'envoyer des fax toute la journée...

-La ROSP n'est pas toujours basée sur l'EBM; objectifs à parfois relativiser. Est-ce efficace dans les modifications des habitudes de prescription? L'entente préalable par un infectiologue serait une perte de temps inimaginable au quotidien. Limiter la formation obligatoire aux seuls "gros prescripteurs" est insuffisant. La formation doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique!!! Quid du financement? Bon courage

-diffuser largement l'antibio ville - éduquer les patients (vaste programme) -ne pas sanctionner les médecins qui en ont déjà ras le bol d'être fliqués par la sécu et taxés de toute part mais plutôt les former davantage et mieux bon courage!

-Informations des patients

-éducation à la santé précoce et continue au cours de la scolarité et dans les entreprises afin de limiter les consultations inutiles pour les viroses, qui nous font batailler pour la non prescription et qui parfois usent notre bonne volonté.

-Ne pas ajouter de paperasserie trop compliquée. OK pour de la formation et du contrôle mais pas de démarche préalable à la prescription. On n'a pas le temps.

-Propositions autoritaires et restrictives.

-informations des patients ++, éducation thérapeutique à faire auprès d'eux par nous et tous les médias. Mais dans 90% des cas, la non-prescription d'antibio lorsqu'elle est expliquée par nous est totalement acceptée et comprise

-Insister sur la formation médicale continue et les recommandations existantes.

-Sujet intéressant!

-il faut "éduquer sa patientèle" car nos prescriptions sont quoiqu'on en dise liées aux attentes de notre patientèle...les médias en sont un bon vecteur !

-Qu'est ce qu'un gros prescripteur ? Quelqu'un qui prescrit beaucoup d'antibiotiques d'une manière absolue ou quelqu'un qui prescrit beaucoup d'antibiotiques rapporté au nombre de patients qui l'ont choisi comme médecin traitant ?

-je suis medecin généraliste capacitaire en gériatrie travaillant en service hospitalier (court séjourt gériatrique) exclusivement

-"oui mme X vous avez raison je vais vous mettre sous antibiotiques pour votre rhume pour éviter que ca ne vous embête ce WE"= 23€ / "non ca ne sert à rien de vous mettre des antibiotiques parce que ... Explication longue avec discussion argumentée " = 23€ aussi!!! Tant qu'on en restera au paiement à l'acte beaucoup seront tentés de choisir la facilité et la rapidité... Le ROSP va dans le bon sens mais juge parfois plus la compliance du patient que les efforts du praticien pour lui faire entendre son intérêt!

-Je n'ai pas compris l'item du contrôle aléatoire de la BU par médecin ou patient, à préciser ou reformuler peut-être. Je pratique l'ordonnance différée (ex : prescription amox si persistance fièvre et otalgie > 48h devant un tympan congestif), et les patients le respectent. La demande d'autorisation de prescrption de certains ATB aux infectiologues reste quelque chose de difficile à mettre en place de part la manque de temps disponible en périodes épidémiques. De plus, le fait de demander un avis antiobiologique pourrait diminuer la crédibilité du prescripteur vis à vis du patient. Les Fluoroquinolones devraint ne pas être disponibles en ville! La validation a postériori n'a que peu d'utilité à mon sens. Bon courage pour ce travail.

-Relancer des campagnes d'info aux patient sur aussi l'évolution naturelle de la maladie (c'est-à-dire que ce n'est pas parce que le 3ème médecin consulté a cédé que la rhinopharyngite ou la bronchite a fini), renforcé l'éducation à la santé et l"hygiène (lavages de mains, lavages de nez) et améliorer l'accès des patients aux produits d'hygiène nasale qui seraient probablement d'un rapport coût-efficacité supérieur aux Ab et produits pour le nez...

-Éducation des patients ++++, très souvent ils comprennent bien la non prescription mais pour cela prendre le temps de leur expliquer, en s'appuyant sur des tests ayant une excellente spécificité (TDR par exemple)

-Penser qu'en médecine libérale, on a pas le temps de passer du temps au téléphone...d'ailleurs certains interlocuteurs de médecine infectieuse ne sont pas tous "consciencieux" : expérience vécue... Suppositions : Sensibiliser les prescripteurs via les antibiogrammes : par exemple préciser après la classe des quinolones qu'il est préférable de respecter une période de 6 mois pour une nouvelle prescription, ou mettre en gras la classe

recommandée selon les indications ou la situation la plus courante selon qu'il s'agisse d'un ECBU, ECBC, prélèvement cutané,...

-les sanctions et les bonus financiers me herissent le poil... je ne supporte pas lidée que pour travailler correctement , il faut du fric comme une carotte et un bâton... on n'est pas des ânes! mais peut être que ceux qui courent derrière les primes en sont finalement... d'autant qu'il me semble qu'elles ne sont pas déductibles des impôts. pour ce qui est des déremboursements... no comment... prise d'otage des patients et des médecins qui bossent à peu prsè correctement demander l'avis des infectiologues... on n'a plus le droit de prescrire un bon nombre de médicaments sans passer par les spécialistes... à l'heure ou on se bat pour que la médecine générale soit considérée comme une spécialité à part entière, n'avez vous pas l'impression que de telles mesures seraient un peu contradictoires... genre enfant de maternelle demandant l'autorisation de colorier avec un crayon jaune à la maitresse... soyons sérieux!! je doute enfin que les infectiologues n'aient que ça a faire... je l'espère pour eux enfin... soumettre les gros prescripteurs à des ententes préalables... vous êtes sûrs que le patient peut attendre 2 semaines pour al réponse?

-ne sommes nous pas déjà assez "fliqué" pour envisager ou simplement même évoquer des mesures telles que celle dans dernières parties du questionnaire ou alors sommes nous si incompétent?

-Formations régulières mais adaptées à la pratique de médecin libéral c'est à dire courtes (1/2 journée) mais 2 à 3 fois par an ou ts les 2 ans pour actualiser les connaissances

-proposer aux patients une formation sur la rhino, pharyngite, tracheite. Signes nécessitant une cs médicale (fièvre>48h, rhinorhée verte...) et principe du ttt par auto médication. Ca limiterai les cs et donc la prescription d'atb!!

-Campagnes d'information grand public régulières ++

-Mise a disposition gratuite par l'assurance maladie de kit TDR permettant de mesurer la PCR par dextro

-Etonnamment, la plupart des questions paraissent très restrictives et assez "policières". Il me semble que plutôt que perdre un temps fou à demander une autorisation pour une prescription d'ABtique quelle qu'elle soit, renforcer de façon importante la formation et l'information médicale auprès des médecins serait de loin la meilleure solution. Les contraintes de prescription (soir, WE, visite à domicile, contexte particulier, intolérance, soucis avec nombre de génériques aux galéniques "indigestes", historique antibiotique récent parfois mal connu, succession d'antibiotiques, etc..) ne peuvent souffrir d'attendre un quelconque avis qui ne pourra jamais être donné rapidement, de surcroit dans l'urgence. Attendre un avis spécialisé est complètement irréalisable et utopique en pratique. De surcroit, dans notre région il existe une ligne téléphonique spécialisée pour aider à la prescription en cas de doute. Former, informer et responsabiliser les médecins OUI. Surveiller, rappeler à l'ordre les quelques confrères qui se jouent des recommandations et pourquoi pas leur imposer formations, recommandations et conseils de prescription OUI.

Des contraintes, des sanctions et une complexification du système déjà de plus en plus chronophage NON.

-si patient doit revenir en cs pour prescription d'atb il faudrait que cette cs nous soit directement réglée car les patients nous disent vous ne mettez pas d'atb tout de suite pour que je revienne et que ça vous fasse 2 cs au lieu d'une.

-plus de campagnes d'information et de responsabilisation des usagers : les malades, sur les risques des prescriptions abusives et inutiles.

-Je suis très favorable à la charte du bon usage des ATB (charte déjà en vigueur chez le vétérinaire ! Nous avons toujours un temps de retard), et très favorable à l'affinage du ROSP en fonction des prescriptions d'ATB, et a l'établissement de pénalités si non respect des recommandations. Même si je me sens très concernée par ces recommandations dans ma pratique quotidienne, est ce que ce n'est pas une utopie de croire que nous pouvons limiter la catastrophe quand on voit que l'industrie agro-alimentaire n'a aucun scrupule à utiliser largement les antibiotiques dans l´élevage intensif ? Je vous souhaite une très bonne thèse

-halte au perte de temps pour joindre untel: pour les ATb, pour les statines, ...ma consultation ne vaut que 23euro!!!! nous sommes des praticiens responsables, renforcons les formations et leur mises a jour! halte au tout obligatoire, au flicage, au repressif!! le harcelement n'est pas loin!

-Accentuer la compréhension de l' inutilité des antibiotiques dans de nombreux cas, vis à vis des patients qui ont toujours dans l' idée que sans antibiotique il n' y aura pas de guérison.

-Il faudrait reprendre une campagne vis - à - vis des patients qui multiplient les consultations pour obtenir un antibiotique lorsqu'un symptôme peu grave persiste plusieurs jours.

-Développer le recours systématique à Antibiolor qui est trop peu utilisé par mes confrères.

-Campagnes grand public pour sensibilisation plutôt que répression et limitation des possibilités de prescription des MG

-Donner les moyens au médecin de prescrire différemment par des fiches technique réactualisé par mail régulier ... plutôt que des sanctions et des restrictions!

-je base toutes mes prescriptions sur l'Antibio Guide, du coup je ne suis pas favorable aux mesures coercitives. Les ententes préalables téléphoniques, fax, courriel, etc me font marrer, quel intérêt de proposer des mesures irréalisables ? ne nous plaignons pas d'avoir à traiter avec des mesures politiques stupides si nous médecins faisons des propositions du même bois (avez vous une armée d'infectiologues à enchainer au téléphone ? avons nous 1/2 heure à perdre à écouter du Vivaldi (au mieux) à chaque prescription ? Maintenant, quand je vois les prescriptions de certains confrères, je me dis que la voie de la coercition est peut-être la bonne

-demander des ententes prealables pour pouvoir prescrire des antibiobitiques??:!! c'est une illusion irrealisable et utopiste.Probablement la vision d'un infectiologue?

-Inciter efficacement les médecins de ville à se former régulièrement (minimum une fois par année et non pas une fois tous les 3 ans comme voudrait l'imposer le Ministère de la Santé actuel) Par ailleurs, pourquoi vouloir absolument mettre la ville sous la tutelle de l'Hôpital ? Des experts généralistes parfaitement formés seraient tout à fait en mesure de conseiller leurs pairs au cours de formations adaptées annuelles !

-UNE MEILLEURE DISPONIBILITÉ DES INFECTIOLOGUES PERMETTRAIT DE MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES SITUATIONS INFECTIEUSES COMPLEXES EN VILLE

-Non

-voir avec les pouvoirs publics pour qu'il y ai plus de spots télévisés sur le caractère non obligatoire de prescription d' antibiotiques

-thème abordé lors de la réunion antibiolor en 2014 mais pas d'applications pratiques pour l'instant (notamment sur la simplification des antibiogrammes) Eviter de rajouter des contraintes à la pratique de prescription (comment gérer une demande d'autorisation avant de prescrire des antibiotiques?)

-rendre obligatoire un stage maladie inf pour visualiser les résistances (on croit toujours que c'est loin de nous)

-c'est la guestapisation de la prescription des ATB . S'il faut une demande ou entente préalabe avant la prescription de chaque ATB et autre molécule remplaçons les médecins libéraux prescripteurs par des distributeurs automatiques

-les concepteurs de cette étude considèrent que les MG sont des irresponsables devant être mis sous tutelle. Les spécialistes d organes et les urgentistes ne respectent pas toujours, loin s en faut , les recos! eduquer le patient consommateur est LA solution je suis un petit prescripteur d ABIOS, avec antibioclic à portée de clic Mais penser que seuls les MG sont incompétents et doivent être tutorés me gêne au plus haut point!

-Mesures "10": si on commence ça, c'est la porte ouverte à une ingérance incontrôlable de la part de la caisse d'assurance maladie.

-prescription à l'unité nouvelle campagne dans les médias qui avait été très efficace

-Je pense que l avis ou l accord d un spécialiste pour les prescriptions n est pas réalisable : spe toujours difficile d accès ,manque de temps en medecin générale pour recourir a un tel avis qui doublerait probablement le temps de la consultation Je travaille en permanence avec antibioville sur mon bureau et la banque Claude Bernard qui m aident à prendre mes décisions

-IL N Y APAS DERAISON QUE LA CPAM VIENNE FOUTTRE LE BORDEL;DANS CERTAINS JE CROIS LES PAYS BAS ON FAIT UNE CRP AU CABINETET CE PAYS EST LE MIEUX PLACE EN ANTIBIOTHERAPIE;

-la coercition toujours mauvaise

-Les mesures cohercitives m'agacent, surtout travailler sur la formation et distribuer le précis annuel de bonne prescription en fonction des pathologies rencontrées , comme le fait antibiolor

-Former et évaluer ok

-continuer les spots d'information grand public sur les médias pour expliquer les risques de résistance en consommant autant d'ab et diffuser des tableaux comparatifs par rapport aux quantités d'ab prescrites chez nos voisins européens !

-test grippe A au cabinet meilleure accessibilité bilan sanguin et RP nuit et weekend sans attente pendant des heures aux urgences

-il n'y a rien d'autres que la formation des prescripteurs et l'information du public sur les résistances et leurs conséquences : documentaire choc pour les patients exigeants ? + Suppression pure et simple des antibiotiques induisant des résistances de l'arsenal thérapeutique des généralistes

-prescriptions pas simples en gériatrie quand existence de BMR

-je ne suis CONTRE toutes les mesures cohercitives, et CONTRE celles qui vont alourdir nos consultations ou notre temps post consultations ... (même si cela peut contribuer à des dérives). Nous avons déjà suffisamment de paperasserie à remplir ou d'appel téléphonique à passer !

-formation surtout

-Non

-vous partez d un constat qui me semble faux, en affirmant que 90/ des infections sont virales l utilisation systematique du strepto test montre que de 50/ des angines sont du aux strepto (en augmentation constante), pour les bronchites c est surement le cas dans la population saine et faux chez les bpco enfin beaucoup d antiotiques sont utilises dans de s problemes dentaires

-adret de vente libre et ou conseillé par les pharmaciens d'anti-inflammatoires

-Je pense qu'il faut derembourser ou sortir certains AB de la prescription en ville. À condition de pouvoir adresser rapidement le patient au correspondant hospitalier. ...je pense que les mesures incitatives sont inefficaces. C'est une culture française de recours à l'AB rapide. ..j'espère que les jeunes médecins sont mieux formés et résistent mieux à la pression culturelle.

-Je ne pense pas que les mesures incitatives soit efficaces. Je pense qu'il faut derembourser ou sortir certains AB de la prescription en ville. Je crains que les mesures incitatives soient complètement inefficaces. J'espère que les jeunes médecins restent plus vigilants. Mais... .

-1/y ' en assez du flicage... 2/faire info au public type" fiche-patient prescrire" sur les pathos orl bronchique et pulmonaire:sur les ondes et avec remis et insister sur lavage nasal type "rhino horn"

-Noter de façon codifiée le diagnostique de la pathologie pour laquelle l'antibiotique est prescrit, seul façon de juger si le traitement est adéquat ?!

-Le suivi mensuel des prescription doit rester indicatif et non coercitif Pour une prostatite , le ttt est long avec des produits onéreux et l'accès à l'urologue n'est pas rapide.De quoi plomber son ROSP qd il s'agit de prostatite chronique et pourtant il faut bien soigner ces patients là aussi donc , pas de pénalités financières , SVP .

-informer les patients sur ce qu'est une sinusite par rapport à un rhume,une pneumonie par rapport à une bronchite,les risques d'une cystite non soignée....

-ça promet, les contrôles à venir!!!

-TDR obligatoire avant de traiter une angine par AB, mais cela me paraît illusoire - encore plus diffuser et faire connaitre les référentiels et aides au diagnostic comme ANTIBIOLOR et ANTIBIOCLIC - limiter le nombre de molécules disponibles en médecine de ville ne m'apparaît pas scandaleux, avec validation d'un infectiologue pour utiliser une molécule qui ne serait plus disponible. Sous condition que l'infectiologue soit joignable facilement et rapidement, sans dossier et formulaire à remplir !

-ou est l'incitation pour le consomateur (patient) de ne pas "exiger" des AB ; il n'est jamais facile (en particulier en liberal) de refuser une prescription d'AB qd le patient revient mecontent car il n'est pas gueri au bout de 3j pour un rhume ou une toux

-Poursuivre la sensibilisation des patients également Envoyer à tous les médecins des messages ciblés sur la prescription des AB

-Beaucoup de contraintes , que reste-t'il de la liberté de prescription ? (cf CRESTOR)

-Donner le nombre exact de comprimé pour une prescription (à l'americaine)

-Des remarques : - La formation et le "recyclage" des connaissances en antibiothérapie est essentielle, mais ce sont tj les mêmes qui sont motivés et qu'on retrouve ds les formations :-((- Il est plus chronophage de refuser et d'expliquer la non prescription d'un antibiotique à un patient que d'en prescrire un . - Le problème de la surconsommation des antibiotiques ne vient pas forcément des généralistes, mais même aussi des hospitaliers ou des spécialistes qui ont souvent la "main lourde " avec les FQ ou les C3G et sont pas forcément très critiques sur les indications de leur prescription . - un gros frein à toutes ces idées : la "sacro sainte liberté de prescription" des médecins de tout bord ... Signé : Une généraliste qui n'hésite pas à consulter à tout bout de champ les référentiels d'Antibiolor ...

-C'est une thèse financée par l'ARS pour un étudiant qui va devenir salarié de la CPAM ?

-Arrêtons de demander des autorisations à quiconque . Encourager les formations (au contraire de ce qui se fait aujourd'hui) Former et faciliter la mise à niveau en responsabilisant Medecins et patients.

-formation formation formation +++ par les pairs et pas par des infectiologues d'hôpital qui ne vivent pas la même chose que les MG

-REFAIRE DES CAMPAGNES MEDIATIQUES TELEVISUELLES

-je suis un prescripteur de faible% et ne prescrit des quinolones que documentées , amox clav et c3g pas dps 12 mois ;je fais dpc et autres et raz le bol des contrôles bon courage pour la thèse

-Assez dommage que le questionnaire ne s'intéresse surtout qu'aux relations généralistes de ville/infectiologues. La FMC continue en ville, avec des recommandations que nous essayons d'appliquer via nos réunions, groupe de pairs en particulier(avec le concours d'antibiolor en particulier pour nos recherches en antibiothérapie)

-Il faut bien plus de cinq minutes pour remplir le questionnaire. La coercition n'est vraiment pas la bonne méthode, mais puisque subsistent de "gros prescripteurs"...tant pis pour eux!

-Difficultés de faire comprendre à certains patients de la non-utilité des antibiotiques malgré message de Sécu qui vont venir 4 fois en 7 jours pour en obtenir...

-LES SOUCHE MULTIRESISTANTES SONT A L HOPITAL A MA CONNAISSANCE LE COUPABLE DESIGNE EST TOUJOURS ET ENCORE UNE FOIS LE GENERALISTE !

-Faire intervenir le pharmacien ne ferait qu'ajouter des difficultés à la formation des PS. Ils sont beaucoup moins compétents que les médecins sur ce sujet. En respectant les recos, je reçois des appels du pharmacien qui s'inquiète des posologies d'amoxicilline prescrites dans les otites, semant en plus le doute dans l'esprit de son client. J'aimerais qu'il appelle plutôt les confrères qui prescrivent des antibiotiques à large spectre. L'utilisation de la BU serait surement favorisée si elle était délivrée gratuitement ou mieux rémunérée 1 euro supplémentaire sur la consultation. L'obligation est idiote : il n'est pas toujours possible d'obtenir des urines au cabinet et l'interrogatoire peut avoir une bonne valeur prédictive de la présence d'une IU si l'on se réfère à une évaluation faite par la revue Prescrire. Des ententes préalables sont infantilisantes et irréalistes dans le cadre de la journée d'un MG, vu la difficulté à joindre un interlocuteur au moment où on en a besoin (déjà que je n'ai pas pu joindre antibioville il y a quelques semaines et les infectiologues ont autre chose à faire que d'être pendus au téléphone pour donner des avis sur une infection respiratoire ou urinaire. Quant aux visites ou contrôles de l'Assurance Maladie, il faut bien mesurer qu'il s'agit d'incapables qui viennent nous rendre visite pour nous réciter les prises en charge recommandées par la HAS - recos pas toujours avisées compte tenu des nombreux conflits d'intérêt de certains de leurs membres malgré quelques progrès - que nous avons facilement par ailleurs en les consultant ou les téléchargeant. Pour ce sujet préoccupant de l'antibiorésistance, comme pour une bonne pratique médicale en général, il faudrait surtout informer les patients de ce qu'ils doivent attendre d'une consultation médicale de qualité

(durée, contenu, périodicité...) afin qu'il sache se tourner vers un professionnel de santé qui protège réellement sa santé.

-Marre des sanctions ententes préalables formations obligatoires etc. Les médecins g sont adultes et competents

-je ne pense pas que de rigidifier la prescription limitera le nombre au moins il aura le mérite de resserrer la liberté de prescription.

-Une formation régulière obligatoire à l'antibiothérapie me semble une bonne idée ; mais tous les 2 ans me semblent un délai bien trop court quand on voit le champ de la MG et l'ensemble des domaines qui justifieraient une formation régulière : une formation obligatoire tous les 5 ans pour TOUS les médecins (tous les MG mais aussi ORL, pneumologues ...etc...) me semblerait plus raisonnable.

-Oui, bravo pour ce questionnaire très complet.je vous conseille de mettre les données socio-demographique à la fin. La part de l'infectiologue est à mon avis trop importante (ils seront vite débordés). Les MG sont capables de s'organiser en concertation avec la SPILF (via la CNGE ou le collège de la MG). Le rôle exact de la CNAM fait débat : doit-elle organiser les visites confraternelles? Pas sûr car son rôle est surtout financier l'identification des gros prescripteurs par le SNIRRAM est une mesure importante bravo pour ce travail et tenez nous au courant des premiers résultats

-NB les sanctions sont contre-productives en psychologie sociale , il vaut mieux instituer un système de récompense ordonnances dédiées pour les antibiotiques avec le diagnostic , en admettant la sécurité sociale au secret professionnel comme en Allemagne

-En pratique courante,principalement en pédiatrie maintenir un contact téléphonique et/ou une C de contrôle facilitée avec le patient en cas de non prescription d'antibiotique

-en general, MIEUX REMUNERER LA CONSULTATION, ici plus longue parce qu'on doit expliquer notre prescription et eduquer les patients pour qu ils y adherent; il faut savoir que, le plus souvent, le patient est satisfait quand il recoit des AB, et le medecin ne "perd pas de temps" à discuter..le pb est general, on ne peut pas faire du bon travail en 15mn.. mener des campagnes publiques d'info des patients, de grande envergure; mettre en place une tracabilité des delivrances d'AB chez un même patient, consultable par tous les pharmaciens qui pourraient alors alerter les prescripteurs, si besion

-La juste prescription des antibiotiques est un réel et inquiétant problème. Mais vouloir y apporter une solution par une démarche essentiellement construite sur la contrainte, la demande d'autorisation préalable, la punition en cas de non respect d'objectifs élaborés par d'autres professionnels n'ayant que peu de connaissance sur l'exercice quotidien de la médecine générale me parait totalement liberticide, abusif, et serait probablement inefficace. Pourquoi y aurait il des restrictions de prescriptions uniquement en médecine de ville ou de campagne ? Confraternellement

-JE SUIS POUR L'INCITATION ET NON LES OBLIGATIONS RESTRICTIVES AVEC MULTIPLICATION DE LA PAPERASSE OU DES COMMUNICATIONS TÉLÉPHONIQUES AVEC LES DIFFICULTÉS DE TEMPS QUE ÇA IMPLIQUE. IL EST IRRÉALISTE DE PENSER QU'UN INFECTIOLOGUE DE RÉFÉRENCE SOIT JOIGNABLE EN MÊME TEMPS PAR UNE MULTITUDE DE CONFRÈRES,EUX MÊMES DÉBORDÉS PAR LA PÉNURIE DE CONFRÈRES MG

-Contacter un infectiologue par fax ou téléphone et avoir une réponse dans les minutes est complètement utopique. Ou alors, il faut "stocker" les patients dans la salle d'attente le temps d'avoir la réponse, ce qui va majorer le temps de consultation de façon exponentielle!

-je n'ai vu ce genre de recherche qu'en Russie soviétique, et encore ! Qui autorise les mises sur le marché et les AMM: les généralistes???

-l'item qui permet au pharmacien d'intervenir me semble une bonne chose ..... à condition d'avoir à faire à un professionnel responsable ...ce n 'est pas toujours le cas donc une formation préalable me semble necessaire

-actuellement retraité, je vous donne mon avis personnel en fonction de mon activité antérieure (2007)

-J’insisterais sur l’obligation de formation

-Adresser les patients susceptible de devoir bénéficier d'un antibiotique à un infectiologue préférentiellement médecin conseil de sa caisse d'assurance maladie

-Si la problématique de départ est indéniable, les propositions du questionnaires sont affligeantes quant à l'infantilisme qu'elles manifestent à l'égard des généralistes.

-EDUCATION DU MALADE EST PRIMORDIALEEGALEMENT !

-je pense que la formation médicale continue ciblée sur une thème précise est la meilleure des mises à jour en antibiothérapie on a déjà une aide précieuse avec ANTIBIOLOR et ANTIBIO Guide à prtée de main

-Les BU je les achète, vous citez de nombreuses contraintes d'encadrement (infectiologues ROSP Sécu...)Je n'ai pas envie de travailler comme ça Je vous souhaite du courage pour contacter les infectiologues à 19 h ou à 18 h ...ou le samedi matin..; bonne thèse

-Assez de cette médecine administrative avec demandes d'entente préalablles à "gogo" sous prétexte de références à des comportements dans d'autres pays mais comparons ce qui est comparable.La prise de conscience est individuelle et passe par la FMC en partenariat avec les universitaires et les laboratoires? Arrêtons de grace ce processus de mise à mort de la médecine générale! Merci!

-a posteriori : latin donc pas d'accents on a assez de nos tutelles pour nous taper sur la tête, essayons d'entrainer des actions positives

-je pense que vous avez avant tout oublié que nous sommes des medecins LIBERAUX. Pas facile de passer son temps à faxer ou téléphoner aux infectiologues !On est vraiment pris

pour quoi.?on est médecins generalistes ,On connait nos patients mieux que n importe qui On essaie de suivre les recommandations MAIS PARFOIS ON SAIT QU ON NE PEUT PAS LES APPLIQUER.

-je ne supporte pas l'idée de soumettre nos prescriptions à entente prélable avec qui que ce soit. C'est humiliant, intolerable et la non reconnaissance de nos competences, de notre expérience. l'idée de mettre en place des pénalités qu'elles qu'elles soient est tout aussi insupportable. La ROSP est une aberration qui ne tient pas compte du fait que le patient fait au bout du compte ce qu'il veut. Qu'on nous paie nos consultations à un niveau décent et la on pourra commencer à discuter. Je n'aime pas du tout l'approche de votre thèse qui situe le problème des antibiotiques au niveau de la "punition" encore une fois contre les médecins. ce n'est pas du tout pédagogique.

-C'est quoi un gros prescripteur. Il serait peut-être bon de se préoccuper de ce qui se passe à l'hopital en matière d'antibiothérapie ... Même aux urgences.

-ras le bol des ententes préalables et de l'administratif

-Faire preuve de bon sens et répondre aux objectifs d utilisation des Antibiotiques ,pourquoi faut il menacer de sanctions financieres(rosp) faire des ententes prealables(nous connaissons cela pour des médicaments deja et JE le vis très mal c'est anormal)depuis longtemps certains médicaments n auraient pas dû être mis sur le marché c a d d accès ville en première intention,l hérésie est là (combien de rhinopharyngites banales ont été soignées avec amox-cla et combien d autres exemples? La délivrance a l unité est un bon moyen de pallier à une auto medication néfaste !des campagnes intelligentes sur l automédication,pas de prise antibiotique sans avis médical préalable c'est le b.a ba .le médecin doit s affirmer par rapport aux pressions des patients qui veulent être gueris des l instant qu ils ont franchi le seuil du cabinet (il serait judicieux de rappeler l innocuité d une rhinite banale que l investissement dans des mouchoirs en papier ou sopalin est préférable aux antibiotiques dans la majorité des cas .Bon courage pour l exploitation des résultats,et l élaboration de votre thèse.

-la durée de 7 jours avat accord : mais otites 8 à 10 jours... Le testing : oui mais pas par des infectiologues !(non réalisable)

Annexe 6 : Dépliant Antibiolor « Trop d'antibiotiques nuit aux antibiotiques »

Les antibiotiques : on ABUSE d'en abuser !

La surconsommation des antibiotiques conduit à une perte de leur efficacité face à des bactéries qui résistent progressivement à leur action.

La France, où la consommation de près de 50 % des antibiotiques n'est pas justifiée, est un des pays européens où l'on rencontre le plus ce phénomène de résistance.

De plus, comme tout médicament, les antibiotiques peuvent entraîner des effets indésirables qui risquent de nuire à votre santé.

- Il ne faut pas prendre d'antibiotiques sans avoir consulté votre médecin.
- Ne pas finir la boîte restée dans votre armoire à pharmacie.
- Obligez-vous à rapporter les médicaments qui vous restent à votre pharmacien à la fin de votre traitement.
- Ne pas prendre les antibiotiques prescrits à une autre personne ou au cours d'une consultation antérieure.

ANTIBIOLOR

Association Antibiolor - Tour Drouet 7e étage
Hôpitaux de Brabois - 54511 Vandœuvre Cedex
E-mail : contact@antibiolor.org

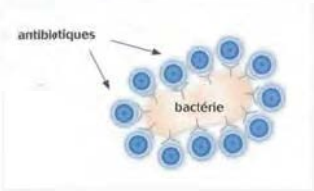
www.antibiolor.org

TROP D'ANTIBIOTIQUES NUIT AUX ANTIBIOTIQUES

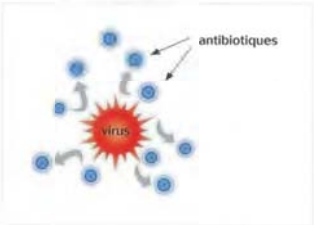
Les antibiotiques AGISSENT sur les bactéries, pas sur les virus.

Les infections sont provoquées par deux types de microbes :
- les virus et
- les bactéries.

Les antibiotiques sont réservés au traitement des **infections bactériennes**.



Prendre un antibiotique dans le cas d'une infection provoquée par un virus est inutile.



BIEN prendre son antibiotique.

La fièvre est habituellement le premier symptôme associé à une infection.

Même si les symptômes ont disparu et que la fièvre a chuté avant la fin du traitement antibiotique, **respectez les doses et la durée prescrites par votre médecin.**

Ne prenez pas d'antibiotiques sans avis médical.

LES ANTIBIOTIQUES

sans effet sur les maladies d'origine virale :

rhumes, mononucléose, bronchites, laryngites, grippes, gastro-entérite, grippe intestinale, herpes, SIDA, rougeole, oreillons, rubéole...

effets sur les maladies d'origine bactérienne :

infections urinaires

avec ou sans effet sur les maladies d'origine bactérienne **ou** virale :

angines, sinusites, pneumonies, otites, pyélonephrites...

Votre médecin vous prescrira des antibiotiques en cas d'infection présumée bactérienne.

L'usage excessif des antibiotiques entraîne des résistances des bactéries. Les antibiotiques deviennent alors inefficaces.

QUIZZ

1. Une infection nécessite toujours la prescription des antibiotiques.
   ☐ VRAI ☐ FAUX
2. Les antibiotiques font baisser la fièvre.
   ☐ VRAI ☐ FAUX
3. On peut guérir tout seul d'une infection.
   ☐ VRAI ☐ FAUX
4. On peut prendre des antibiotiques sans avis médical.
   ☐ VRAI ☐ FAUX
5. Les antibiotiques, ça fatigue.
   ☐ VRAI ☐ FAUX
6. On arrête les antibiotiques dès que la fièvre a chuté.
   ☐ VRAI ☐ FAUX
7. Plus on prend d'antibiotiques, plus le risque d'apparition des résistances des bactéries est grand.
   ☐ VRAI ☐ FAUX

1. FAUX - 2. FAUX - 3. VRAI - 4. FAUX - 5. FAUX - 6. FAUX - 7. VRAI

Annexe 7 : Lettre adressée à l'URPS Lorraine

Marianne GIRY

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Metz, le 28 janvier 2015

Monsieur le Docteur Rémi UNVOIS

Président de l'URPS Lorraine

Centre d'affaires « Les Nations » BP 17

23 boulevard de l'Europe

54501 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX

Monsieur le Président,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse de médecine générale qui se propose d'explorer l'acceptabilité des mesures visant à optimiser la prescription des antibiotiques.

Ce travail est réalisé sous l'égide d'ANTIBIOLOR avec le concours du Professeur RABAUD, Président, et du Docteur BIRGE, Vice-Président.

Pour mener à bien cette étude, nous avons élaboré un questionnaire comportant seize propositions.

Celui-ci sera envoyé par courrier électronique et l'anonymat des participants sera préservé.

Il me faut obtenir un nombre suffisant de réponses afin de réaliser une analyse statistique valide.

Vous serait-il possible de nous fournir les adresses e-mail des médecins généralistes lorrains dans le but de diffuser mon questionnaire tout en respectant l'anonymat.

Je me tiens à votre disposition pour toute précision complémentaire.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

Marianne GIRY

VU

NANCY, Le 28 août 2015

Le Président de Thèse

Professeur Christian RABAUD

NANCY, le 2 septembre 2015

Pour le Doyen de la Faculté de Médecine
Le Vice-Doyen

Professeur Karine ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE / 7078

NANCY, le 7 septembre 2015

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Objectif : Evaluer l'acceptabilité de mesures visant à optimiser la prescription des antibiotiques par les médecins généralistes lorrains.

Matériel et méthode : Etude épidémiologique descriptive transversale menée en 2015 auprès des médecins généralistes adhérents aux associations de Formation Médicale Continue des départements de Meurthe et Moselle, Meuse, Moselle et au réseau ANTIBIOLOR en utilisant un questionnaire standardisé, diffusé par courriel.

Résultats : Deux-cent quatre-vingt-trois généralistes ont répondu, soit un taux de réponse de 24%. (283/1171) Les outils d'aide à la prescription et les mesures de formation étaient bien acceptés par les médecins : 71% des médecins interrogés étaient ainsi très favorables à la distribution gratuite des bandelettes urinaires et 54% étaient très favorables à l'incitation à la participation à des formations sur l'antibiothérapie. Les mesures contraignantes étaient par contre rejetées par les généralistes : 68% des médecins étaient par exemple hostiles à la justification sur l'ordonnance de la conformité aux recommandations. Ces mesures contraignantes n'étaient pas mieux acceptées si elles s'adressaient uniquement aux gros prescripteurs d'antibiotiques.

Discussion : Les mesures incitatives étaient plébiscitées par les généralistes interrogés. Les médecins de l'étude, probablement les plus motivés et sensibilisés sur le sujet, étaient hostiles à la mise en place de mesures contraignantes concernant la prescription des antibiotiques.

Conclusion : Cette enquête menée auprès d'un large échantillon de généralistes peut orienter la politique de bon usage de notre pays. La mise en place de mesures restreignant la liberté des médecins risque de se heurter à l'opposition de ces derniers.

THE GENERAL PRACTITIONERS OF LORRAINE AND THE MEASURES RELATED TO THE ANTIBIOTICS PRESCRIPTION

THESE : MEDECINE GENERALE-ANNEE 2015

MOTS CLEFS : antibiotiques, bon usage, médecine générale, mesures, prescription

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex